

LINEE GUIDA per il Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare

*Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema
informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"*

A cura dell'Osservatorio Epidemiologico

Pubblicazione disponibile sul sito: www.provincia.bz.it/oep

INDICE

1. PREMESSA.....	1
2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO	2
3. DEFINIZIONE	3
4. AMBITO DI APPLICAZIONE.....	4
5. OGGETTO DELLA RILEVAZIONE	9
6. UNITA' DI RILEVAZIONE	10
7. COMPITI E RESPONSABILITA'	10
8. RISPETTO DELLA PRIVACY	10
9. TRASMISSIONE FLUSSI INFORMATIVI	11
10. DEFINIZIONE, CONTENUTO E CODIFICA DELLE VARIABILI DEL FLUSSO INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE	12
A. TRACCIATO 1: PRESA IN CARICO DELL'ASSISTITO.....	12
A1. Variabili anagrafiche.....	13
A2. Presa in carico dell'assistito.....	17
B. TRACCIATO 2: EVENTI DI EROGAZIONE, SOSPENSIONE, RIVALUTAZIONE E CONCLUSIONE	30
B1. Variabili anagrafiche.....	30
B2. Eventi di erogazione, sospensione, rivalutazione e conclusione.....	32
11. DESCRIZIONE FUNZIONALE DEL TRACCIATO RECORD.....	48
A. TRACCIATO 1: PRESA IN CARICO DELL'ASSISTITO.....	49
A1. Variabili anagrafiche.....	49
A2. Presa in carico dell'assistito.....	55
B. TRACCIATO 2: EVENTI DI EROGAZIONE, SOSPENSIONE, RIVALUTAZIONE E CONCLUSIONE	68
B1. Variabili anagrafiche.....	68
B2. Eventi di erogazione, sospensione, rivalutazione e conclusione.....	70
12. TRACCIATI XML E XSD.....	92
12.1. TRACCIATO XML.....	92
12.2. TRACCIATO XSD	96
 ALLEGATO A (Codici Nazioni ISO 3166-11).....	110
ALLEGATO B (Schede per la rilevazione dei dati).....	115

1. PREMESSA¹

Nell'ambito del programma "Mattoni del Servizio sanitario nazionale", approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 10 dicembre 2003, è stata avviata una linea progettuale, Mattone 13 – Assistenza primaria e prestazioni domiciliari, con l'obiettivo di definire una base informativa comune per le prestazioni erogate in regime di assistenza primaria e domiciliare.

Il mattone ha concluso i suoi lavori con l'approvazione, da parte della Cabina di Regia per il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di un sistema di classificazione omogeneo a livello nazionale e di un modello per la rilevazione delle prestazioni di assistenza primaria e domiciliare e del relativo flusso informativo.

Il nuovo Sistema Informativo contribuisce all'assolvimento delle principali funzioni del NSIS:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali dei Servizi, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;
- supporto alla ricerca e al Miglioramento Continuo di Qualità.

Attraverso l'emanazione del DM 17 dicembre 2008, "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9 gennaio 2009, è stata istituita, nell'ambito del NSIS, una banca dati finalizzata a rilevare le prestazioni assistenziali erogate in ambito domiciliare distribuzione diretta; il decreto, inoltre, mira a disciplinare il flusso informativo di alimentazione di tale banca dati.

Contestualmente alla conclusione dei lavori del progetto Mattoni del Ministero, l'Osservatorio epidemiologico provinciale ha avviato un progetto per l'implementazione del flusso informativo sulla assistenza domiciliare erogata a livello provinciale, con la partecipazione di tutti i responsabili dei servizi di Medicina di base, dei Servizi infermieristici distrettuali e dell'Azienda sanitaria.

In tale ambito è stata effettuata una ricognizione sul grado di attivazione e completezza del flusso informativo sull'assistenza domiciliare presso le diverse realtà altoatesine, con particolare attenzione verso le criticità che caratterizzano il suddetto flusso nel Sistema Sanitario Provinciale, sintetizzabili in tre punti:

- Assenza di un sistema informatizzato sul territorio
- Assenza di un protocollo condiviso per la rilevazione delle informazioni
- Carenza di interazione Ospedale – territorio.

Il citato decreto rappresenta quindi un'importante occasione per il superamento di questi elementi e l'avvio a livello provinciale di una rete informativa sull'assistenza territoriale che permetta di completare in maniera accurata il quadro sull'attività svolta per la tutela della salute degli altoatesini. Atteso che, per quanto sopra rilevato, è fondamentale la conoscenza dei dati riferiti all'assistenza domiciliare garantita sul territorio regionale per effettuare una adeguata programmazione.

La trasmissione dei dati verso il NSIS è già partita dal 1° gennaio 2009. Fino al 31 dicembre 2013 le informazioni trasmesse saranno sottoposte a verifica su completezza e qualità. A partire dal 1° gennaio 2013 il sistema dovrà essere a regime.

¹ Le parti introduttive riferite alla situazione nazionale, sono state desunte dal sito del Ministero della Salute

Nel presente documento sono quindi riportate le informazioni oggetto di rilevazione del flusso informativo della assistenza domiciliare, come previsto dal DM del 17 dicembre 2008 e come indicato nelle Linee guida per la predisposizione e la trasmissione dei file al NSIS, sulla rilevazione delle prestazioni assistenziali erogate in ambito domiciliare.

2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

L'assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare integrata si è sviluppata ed affermata nel corso degli ultimi 15 anni, in risposta ai mutamenti della società, con la conseguente ridefinizione dei bisogni sociali e sanitari. In particolare, l'allungamento della vita media associato con l'invecchiamento della popolazione, i progressi della medicina e, più in generale, degli interventi di sanità e igiene pubblica, la prevalenza della morbidità dovuta alle malattie croniche e cronico-degenerative (con progressiva incidenza sulla perdita dell'autonomia delle persone, anziane e non), l'incremento delle opportunità lavorative e di partecipazione sociale attiva della donna, l'affermazione dell'assetto familiare nucleare, monoparentale o individuale (con conseguente riduzione delle capacità di sostegno, protezione e cura offerte in ambito familiare), hanno condotto ad una progressiva valorizzazione del ruolo del territorio nell'assistenza e, nello specifico, delle cure domiciliari integrate.

Gli indirizzi di carattere nazionale hanno fornito indicazioni sullo sviluppo dei servizi, sulla loro diffusione nel territorio e sulla loro articolazione, con una progressiva attenzione allo sviluppo dell'integrazione fra azioni e interventi di carattere sanitario (di pertinenza delle ASL) e socio assistenziale (di pertinenza dei Comuni).

A livello nazionale, i principali riferimenti normativi sono rappresentati da:

- Progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani 1991-1993", approvato il 30 gennaio 1992 a stralcio del Piano Sanitario Nazionale (PSN), unitamente al PSN 1994-1996, che introduce il termine "assistenza domiciliare integrata", fornendo indicazioni volte alla sua attivazione sul territorio;
- D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421" che definisce "le prestazioni sociosanitarie e l'area dell'integrazione sociosanitaria";
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, il quale dedica particolare attenzione alla necessità di spostare il centro dell'assistenza sul territorio, sviluppando forme assistenziali alternative al ricovero ospedaliero, tra cui l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza socio assistenziale;
- DPCM 14 febbraio 2001, "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria", che prevede che le Cure Domiciliari si integrino con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia;
- DPCM 29 novembre 2001, "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", che elenca le prestazioni riferite all'area dell'integrazione socio-sanitaria che vanno erogate secondo criteri di appropriatezza, grado di fragilità sociale e accessibilità;
- Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008 che indica gli accordi di programma "ASL-Comuni" previsti dal decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267, quale strumento primario per la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria atta a garantire effettivamente l'Assistenza Domiciliare Integrata.

Le attività relative all'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) sono anche parte rilevante degli accordi per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che si sono succeduti in questi ultimi anni.

3. DEFINIZIONE

Il DM 17 dicembre 2008 si applica agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSP, nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Per assistenza domiciliare si intende il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone presso il proprio domicilio, caratterizzato da:

- presa in carico dell'assistito;
- valutazione multidimensionale dell'assistito;
- definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale;
- 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.
- piano/programma/progetto di assistenza individuale.

Se sono soddisfatti tali criteri, devono essere inviate anche le informazioni relative a:

- i casi di "dimissione protetta", tesi ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera
- le "cure palliative domiciliari" in quanto caratterizzate 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 esclusi dalla rilevazione:

- le "cure domiciliari prestazionali" 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;
- Cure domiciliari fornite da Hospices.

Gli obiettivi principali dell'assistenza domiciliare sono riconducibili a:

- a) fornire assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- b) garantire la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- c) fornire attività di supporto alla famiglia;
- d) favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- e) promuovere miglioramento della qualità di vita, anche nella fase terminale, evitando il ricorso improprio al ricovero, assicurando la continuità assistenziale, favorendo il recupero delle capacità di autonomia e relazionali, sostenendo la famiglia.

4. AMBITO DI APPLICAZIONE

I dati richiesti dal Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" sono relativi al set di informazioni legate alle prestazioni di assistenza domiciliare.

Il flusso informativo fa riferimento alle seguenti informazioni:

- a. caratteristiche anagrafiche dell'assistito;
- b. valutazione ovvero rivalutazione sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali;
- c. dati relativi alla fase di erogazione;
- d. dati relativi alla sospensione della presa in carico;
- e. dati relativi alla dimissione dell'assistito.

4.1. DESTINATARI DELL'ASSISTENZA E CRITERI PER L'AMMISSIONE IN A.D.I.

L'A.D.I. intende rispondere ai bisogni sanitari e socio-assistenziali di pazienti non autosufficienti per malattie e disabilità fisiche e psichiche e per malattie in fase terminale, per i quali non è richiesto intervento medico continuativo nelle 24 ore.

Le fasi attraverso le quali si sviluppa la procedura di erogazione del servizio A.D.I., vengono di seguito schematizzate e illustrate in Fig.1:

1. **Segnalazione:** segnalazione del problema da parte di MMG, medico ospedaliero, utente/familiari, servizi sociali, ecc
2. **Presa in carico:** valutazione del bisogno assistenziale e presa in carico del paziente
3. **Definizione del piano assistenziale:** definizione degli obiettivi di cura e predisposizione del piano individuale di assistenza
4. **Erogazione prestazioni:** erogazione delle prestazioni previste dal piano assistenziale
5. **Sospensione:** eventuale sospensione dell'erogazione per ricovero o allontanamento temporaneo del paziente
6. **Rivalutazione:** aggiornamento del quadro clinico ed assistenziale ed eventuale ridefinizione del piano
7. **Conclusione del servizio:** Conclusione del servizio A.D.I. per completamento del programma, trasferimento o decesso.

Fig. 1: Processo assistenziale per la presa in carico di un assistito in A.D.I.

FASI	SOGGETTI COINVOLTI / ATTIVITA'	STRUMENTI
-------------	---------------------------------------	------------------

Per la presa in carico dei pazienti in A.D.I. sono individuati:

a. Requisiti di patologia:

- ♦ per gli adulti:
 - malati terminali

- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi
- incidenti vascolari acuti
- gravi fratture negli anziani
- forme psicotiche acute gravi
- riabilitazione di vasculopatici
- riabilitazione in neurolesi
- malattie temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro)
- dimissione protette da strutture ospedaliere.

♦ per i minori:

- asma grave
- fibrosi cistica
- malattie cromosomiche e o genetiche invalidanti
- sindrome di Down
- cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
- artropatie con grave limitazione funzionale
- artrite reumatoide giovanile
- patologie oncoematologiche
- cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi
- tetraplegia
- autismo e altre psicosi
- epilessie
- immunodeficienza acquisita
- diabete mellito
- neonati a rischio di deficit neurosensoriali
- bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori

b. Requisiti di non autosufficienza: deve essere specificato il grado di non autosufficienza e lo strumento utilizzato per la sua valutazione, validato sul piano scientifico internazionale.

c. Requisiti familiari: presenza o possibilità di garantire adeguato supporto alla persona, la presenza di un nucleo familiare o, in caso di sua insufficienza o assenza, possibilità di assicurare la presenza di una rete solidale (vicinato, volontariato, ecc.) o di prestazioni di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico", in grado di prendersi cura del soggetto è richiesta l'esistenza di un supporto familiare o amicale che garantisca la continuità assistenziale.

d. Requisiti strutturali: idoneità delle condizioni abitative, o possibilità di renderle tali con interventi di assistenza abitativa. E' opportuno che questo 'aspetto o condizione, come il precedente, sia rilevato tramite schede di valutazione sociale standardizzate, che valutino la situazione familiare e di integrazione sociale dell'assistito, la sua situazione assistenziale, abitativa, economica, ecc..

e. Economicità dell'assistenza: il costo complessivo dell'assistenza domiciliare integrata, al netto della quota di partecipazione dell'utente, non deve essere superiore a quello dell'assistenza in regime residenziale.

Per l'ammissione in A.D.I., dovranno essere soddisfatti tutti i requisiti sopra esposti.

4.2. CRITERI DI ESCLUSIONE DALL'A.D.I. E DURATA DEL PROGRAMMA A.D.I.

Criteri di esclusione dall'A.D.I.:

- Soggetti con autonomia e autosufficienza giudicate soddisfacenti;

- Gravi condizioni cliniche che richiedono elevato impegno sanitario con stretto monitoraggio clinico;
- Soggetto il cui team familiare è scarsamente o per nulla collaborante.

Durata del programma di assistenza:

- è legata soprattutto agli obiettivi stabiliti dall'U.V. (Unità di Valutazione);
- non dovrà essere superiore a tre mesi, rinnovabili dopo valutazione e verifica da parte della stessa Unità di Valutazione.

4.3. PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELL'A.D.I.

a. RICHIESTA INTERVENTO - SEGNALAZIONE

Gli interventi di assistenza domiciliare integrata possono essere richiesti dall'interessato e/o da un suo familiare; l'opportunità di un programma A.D.I. può essere segnalata da parte dei servizi sociali del comune, dei medici di medicina generale (o pediatri di libera scelta), dei distretti sanitari, del Servizio Infermieristico distrettuale, delle strutture ospedaliere, ma sempre previo consenso dell'interessato (o del suo rappresentante legale).

Tale richiesta, contenente le generalità del possibile utente e di chi eventualmente lo presenta (compresa la causale) dovrà essere indirizzata al Medico di medicina generale o Pediatra di Libera Scelta dell'utente. La segnalazione può essere anche telefonica.

Successivamente alla segnalazione, nel distretto del paziente per il quale è avvenuta la segnalazione viene attivata l'Unità di Valutazione (U.V.) composta dal Medico di medicina generale (o Pediatra di libera scelta) dell'assistito e da un infermiere del Servizio Infermieristico del distretto. A seconda delle disponibilità delle risorse e del caso trattato, l'Unità di Valutazione può comprendere la figura dell'Assistente Sociale. Compito dell'U.V. è quello di valutare le necessità assistenziali del paziente, allo scopo di indicare le risposte più adeguate ai bisogni della persona.

b. MODALITA' DI AMMISSIONE AL SERVIZIO – ATTIVAZIONE DELL'A.D.I. – STESURA PIANO TERAPEUTICO

Se l'U.V. non ritiene necessaria l'attivazione dell'A.D.I., deve dare immediata e motivata comunicazione al soggetto che ha richiesto l'attivazione del servizio, all'assistito interessato o ai suoi familiari.

Per i casi complessi nei quali, secondo l'U.V., risulti opportuna l'erogazione di Cure domiciliari integrate, il Responsabile del Servizio di Medicina di Base di competenza verifica la presenza delle condizioni di eleggibilità socio-economiche, abitative e familiari di ammissibilità del paziente al servizio A.D.I., controllando nel contempo che siano disponibili le risorse necessarie per una corretta erogazione del servizio.

Nel caso in cui la proposta di attivazione del servizio A.D.I. venisse approvata, l'U.V. stila il piano di assistenza individuale (P.A.I.), avvalendosi se necessario anche di altri specialisti, indicando:

- la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
- la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;
- le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale;
- la cadenza degli accessi del MMG o del PLS al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;
- i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

Il programma A.D.I., pertanto, dovrà esplicitare:

- i bisogni socio-assistenziali dell'utente;

- le figure professionali coinvolte per gli specifici programmi terapeutici riabilitativi;
- le osservazioni in merito al supporto familiare;
- lo specifico piano terapeutico;
- gli eventuali trattamenti terapeutici particolari;
- gli eventuali presidi e ausili sanitari o apparecchi elettromedicali necessitanti.

L'U.V. può integrarsi nell'intervento con i servizi sociali del comune.

4.4. PERCORSI PARTICOLARI NECESSARI PER L'ATTIVAZIONE DELL'A.D.I.

◆ Richiesta consulenze specialistiche.

Il Responsabile del Servizio di Medicina di Base, su proposta del MMG su apposito modulo, richiede la consulenza domiciliare dello specialista nell'ambito del progetto alla persona definito dall'U.V., che sarà disponibile almeno per le seguenti branche:

- geriatria
- fisiatria
- cardiologia
- chirurgia
- algologia/anestesia
- neurologia
- oncologia
- urologia
- psichiatria

◆ Richiesta farmaci, sostituti dietetici e materiale per medicazione

L'erogazione dei medicinali per pazienti in A.D.I. è prevista dalla delibera della G.P. n. 3583 del 4.10.2004 e successive modifiche. Le modalità specifiche di erogazione sono state stabilite con circolare dell'Ufficio Distretti Sanitari in data 02.02.2010, prot. 65192.

◆ Erogazione dei prodotti

L'erogazione dei prodotti avviene tramite la farmacia ospedaliera di riferimento secondo le modalità stabilite in ciascun distretto.

La farmacia provvede a consegnare direttamente all'infermiere i prodotti richiesti frazionandoli a seconda delle esigenze.

La fornitura dell'ossigeno liquido, di farmaci soggetti alla disciplina degli stupefacenti e di farmaci per la terapia del dolore viene effettuata secondo specifiche procedure.

◆ Richiesta ausili e apparecchi elettromedicali

La richiesta degli ausili e apparecchi elettromedicali necessari per l'utente in A.D.I. può essere fatta dai medici prescrittori, da altri specialisti dell'A.S., dal medico dell'Unità Operativa di dimissione del paziente in qualità di specialista, su apposito modulo provinciale, secondo la normativa vigente.

Le richieste, raccolte dal Responsabile del Servizio Infermieristico, verranno trasmesse al responsabile dell'ufficio di competenza del Distretto per l'autorizzazione.

◆ Richiesta di esami di laboratorio e strumentali.

Gli esami di laboratorio e strumentali richiesti dal MMG dovranno essere inviati dal Distretto di competenza ai servizi dell'A.S., seguendo le procedure previste dalla normativa vigente.

4.5. DIMISSIONI DALL'A.D.I.

L'erogazione del servizio A.D.I. può essere interrotta in qualsiasi momento per:

- richiesta dell'utente o dei parenti e del MMG, salvo sempre il consenso dell'interessato;
- per decisione dell'U.V., per il venir meno delle condizioni che hanno determinato l'ammissione;
- in caso di ricovero in struttura sanitaria o sociale.

La sospensione o la cessazione dell'assistenza deve avvenire con preavviso al paziente e alla famiglia di almeno sette giorni.

4.6. STRUMENTI INFORMATIVI

Presso il domicilio dell'utente è conservata la cartella per le prestazioni A.D.I. Sulla cartella A.D.I. va annotato qualsiasi tipo di intervento, sia medico generico che specialistico, come pure infermieristico e/o riabilitativo, in modo che chiunque possa conoscere lo stato assistenziale dell'individuo.

Il Servizio di Medicina di Base custodisce ed aggiorna il fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale / Pediatra di libera scelta che eroga l'assistenza domiciliare integrata. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti, con le relative variazioni e una copia del programma concordato per l'assistenza domiciliare.

5. OGGETTO DELLA RILEVAZIONE

Oggetto della rilevazione è ciascun episodio di cura di assistenza domiciliare reso al singolo paziente, pertanto il flusso informativo dell'assistenza domiciliare prevede la trasmissione di un record in corrispondenza di ogni episodio o periodo di cura a domicilio.

La rilevazione comprende l'assistenza sociale a rilievo sanitario, l'assistenza infermieristica e l'assistenza integrata a bassa, media ed alta intensità. Sono esclusi dalla rilevazione tutti gli interventi caratterizzati esclusivamente da "sostegno sociale" della persona.

Il flusso informativo per le prestazioni di assistenza domiciliare è suddiviso in due gruppi d'informazioni ed i tracciati previsti sono due:

- TRACCIATO 1 – contiene le informazioni associate all'evento presa in carico (dati anagrafici del paziente, ASL erogante, soggetto richiedente la presa in carico, valutazione iniziale, etc.);
- TRACCIATO 2 – contiene le informazioni associate agli eventi erogazione (dati riferiti agli accessi, i dati di prestazione), sospensione, rivalutazione (autonomia e bisogni assistenziali) e conclusione.

6. UNITA' DI RILEVAZIONE

L'unità di rilevazione del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare, è costituita dal *paziente assistito a domicilio*, per codice identificativo, dalle strutture territoriali sanitarie dei quattro comprensori dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

7. COMPITI E RESPONSABILITA'

Al fine di una gestione soddisfacente del flusso informativo sul monitoraggio dell'assistenza domiciliare, devono essere delineati compiti e responsabilità dell'Azienda sanitaria e della Provincia.

Alla Provincia spetta il compito di:

- o definire ed aggiornare Linee Guida con i tracciati record standard per il trasferimento dei dati dall'Azienda sanitaria alla Provincia;
- o definire ed aggiornare le tabelle di dominio (codici comuni e stati esteri, codici delle patologie, ecc.);
- o applicare i controlli di qualità ai flussi informativi trasferiti dall'Azienda sanitaria alla Provincia.

In qualità di gestore della banca dati dell'assistenza domiciliare, la Provincia provvede alla raccolta dei dati al fine dell'adempimento del debito informativo nei confronti del Ministero della Salute ed ai fini dell'espletamento delle proprie funzioni di coordinamento e controllo.

All'Azienda sanitaria compete l'obbligo di:

- * attenersi alle direttive ed agli standard stabiliti a livello provinciale;
- * rilevare i dati presso i comprensori sanitari e organizzare gli stessi in un unico archivio;
- * trasferire i flussi informativi richiesti nei tempi e nelle modalità previste dalle Linee Guida provinciali.

8. RISPETTO DELLA PRIVACY

Per la natura dei dati da rilevare, si richiama l'attenzione sul rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali, nel rispetto della legge n. 675/1996 e successive integrazioni. I dati idonei ad identificare anche indirettamente i soggetti interessati sono comunque trattati nel rispetto dei principi contenuti nell'articolo 3, comma 4 e comma 5 del D.Lgs n. 135 del 11/05/1999.

Le strutture pubbliche coinvolte nel flusso dei dati relativi all'assistenza domiciliare individuano al loro interno i soggetti responsabili e incaricati del trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 8 e 19 della legge n. 675 del 31/12/1996, ed adottano le misure minime di sicurezza individuate ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 318 del 28/07/1999.

In particolare per la generazione dell'identificativo assistito (progressivo, codice generato da un algoritmo, etc), le Regioni e P.A. hanno autonomia purché tale chiave sia anonima (non sia possibile risalire all'identità dell'assistito) ed invariante nel tempo (si riferisca sempre allo stesso soggetto). In Provincia Autonoma di Bolzano il codice assistito viene anonimizzato a livello provinciale.

9. TRASMISSIONE DEL FLUSSO INFORMATIVO

Le modalità di alimentazione del NSIS sono disciplinate da appositi Decreti Ministeriali, in coerenza con quanto disposto dall'Accordo Quadro del 22 febbraio 2001 tra il Ministero della Sanità, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale e l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Le trasmissioni al Sistema devono avvenire secondo le modalità indicate nel disciplinare tecnico, parte integrante del Decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008, e nella relativa documentazione di specifiche tecniche (www.nsis.ministerosalute.it).

Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi dei seguenti eventi:

- _ Presa in carico
- _ Erogazione
- _ Sospensione
- _ Rivalutazione
- _ Conclusione.

In particolare, il DM prevede che a regime le informazioni debbano essere trasmesse con cadenza mensile entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi. L'attività di valutazione sanitaria dell'assistito deve essere svolta, al più tardi, al momento della presa in carico e deve essere ripetuta ogni qual volta risultino significativamente modificate le necessità assistenziali dell'assistito e di norma ogni novanta giorni, anche ai fini della conferma della valutazione.

Eventuali variazioni riguardanti le modalità e tempi di trasmissione saranno pubblicate sul sito internet del Ministero (www.nsis.ministerosalute.it), anche in attuazione di quanto previsto dall'articolo 54 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, concernente il codice dell'amministrazione digitale.

10. DEFINIZIONE, CONTENUTO E CODIFICA DELLE VARIABILI DEL FLUSSO INFORMATIVO

Di seguito sono indicate le caratteristiche di ciascun archivio sulla base del tracciato record e delle norme di compilazione allegati al Decreto Ministeriale 31 dicembre 2008 ed inviata a tutti i soggetti interessati alla rilevazione dei dati.

Legenda

OBB = Campo obbligatorio;

OBBV = Campo obbligatorio vincolato ad una condizione;

FAC = Campo non obbligatorio

Nota

I campi **data** possono essere espressi nel formato **AAAA** oppure **MM** (se inferiore a 10 viene aggiunto uno zero), oppure **AAAAMMGG** (se GG inferiore a 10 viene aggiunto uno zero); se mancanti valorizzati con **spazio**.

I campi con tracciato **alfanumerico (AN)** vanno sempre **allineati a sinistra** e riempiti con **spazi a destra**.

I campi con tracciato **numerico (N)** vanno sempre **allineati a destra** e riempiti con **zero**.

Set informativo ridotto per i pazienti in stato di terminalità (tracciato1):

Per i pazienti in stato di terminalità oncologica o non oncologica si prevede la possibilità di inviare un set informativo ridotto relativamente al nodo Valutazione.

In particolare, se i campi "Assistenza Terminale oncologica" o "Assistenza Terminale non oncologica" sono valorizzati con 1 (presenza) si fornisce la possibilità di non valorizzare i seguenti campi:

"Autonomia", "Grado Mobilità", "Disturbi Cognitivi/ Comportamentali", "Supporto sociale", "Rischio infettivo", "Trattamenti Neurologico/ Ortopedico/ di Mantenimento", "Supervisione continua", "Assistenza ALD/ IALD", "Supporto care giver".

Pertanto, nel caso in cui si scelga di non valorizzare tali campi, il sistema non produrrà alcuna anomalia/scarto.

A. TRACCIATO 1: PRESA IN CARICO DELL'ASSISTITO

10.1. TIPO TRASMISSIONE (Tipo)

Campo tecnico utilizzato per distinguere la trasmissione dall'Azienda sanitaria all'Assessorato della Sanità di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.

Le modalità da utilizzare sono le seguenti:

- I = codice da utilizzare per la trasmissione di informazioni **nuove** o per la **ritrasmissione** di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione;
- V = codice da utilizzare per la trasmissione di informazioni per le quali si intende fare effettuare una **soprascrittura** dal sistema di acquisizione;
- C = codice da utilizzare per la trasmissione di informazioni per le quali si intende fare effettuare una **cancellazione** dal sistema di acquisizione.

Il campo è obbligatorio

A1. Variabili anagrafiche

10.2. TIPO IDENTIFICATIVO UTENTE (TIPO_ID)

Indica se il codice contenuto nel campo COD_ID (codice identificativo utente) fa riferimento a:

1 = codice fiscale
 2 = STP (straniero temporaneamente presente)
 3 = AA (anonimo)
 4 = TEAM (codice personale della TEAM)
 5 = SPAG (straniero pagante in proprio)
 6 = ASC (altro straniero convenzionato o altro tipo di utente non contemplato dalle altre tipologie elencate)
 9 = CTA (cittadini temporaneamente assistiti)
 A = HIC (pensionati e familiari di lavoratori che risiedono in un paese diverso dal capofamiglia)

Il campo è obbligatorio

10.3. CODICE IDENTIFICATO UTENTE (COD_ID)

Il codice identificativo assistito, nelle modalità riportate sottostanti, viene anonimizzato a livello provinciale mediante procedura standard di anonimizzazione, quindi inviato al Ministero della Salute in forma anonima.

Il codice fiscale, ovvero quello del Ministero delle finanze, deve essere indicato, quando disponibile, per tutti i pazienti residenti in Italia.
 Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice regionale STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394 e della circolare del Ministero della sanità 24 aprile 2000 n.5).
 Per i neonati prevedere procedura che crei il codice fiscale secondo regole del Ministero delle Finanze. Per i **casi di anonimato AA**, tutti i caratteri del campo vanno riempiti con delle 'X'.
 Per gli stranieri non residenti va compilato con numero di identificazione personale della TEAM: coincide con il codice fiscale riportato sul fronte della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (Tessera Sanitaria); valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM.
 Per gli stranieri comunitari indigenti (cittadini temporaneamente assistiti – CTA), compilare con codice a sigla CTA a 16 caratteri (CTA+00+numero progressivo).

Il campo è obbligatorio

10.4. DATA DI NASCITA (DATA_NAS)

Indica la data di nascita dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione.

La data di nascita è costituita da 8 caratteri, e deve essere compilata secondo la modalità AAAA-MM-GG cioè:

- i primi quattro caratteri indicano l'anno, scritto per esteso;

- i successivi due il mese, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 2=02);
 - gli ultimi due il giorno, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 8=08).
- Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi della legge, il campo va codificato con **AAAA0101**.

Il campo è obbligatorio

10.5. GENERE (GENERE)

Indica il sesso dell'assistito. Le modalità da utilizzare sono le seguenti:

1 = Maschio
2 = Femmina
9 = Non noto / non risulta

Il campo è obbligatorio

10.6. CITTADINANZA (CITTAD)

Identifica la cittadinanza dell'assistito alla fine del periodo di riferimento della rilevazione.

Il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza (molti residenti in una regione italiana possono essere cittadini di Paesi esteri). Se l'assistito ha più di una cittadinanza indicare la modalità scelta dall'assistito. Le modalità da utilizzare sono le seguenti:

1 = Cittadino italiano
2 = Cittadino altro Stato
9 = Apolide

Il campo è obbligatorio

10.7. STATO CIVILE (STATO_C)

Indica lo stato civile dell'assistito al momento della rilevazione.

Le modalità da utilizzare sono le seguenti:

1 = Celibe/Nubile
2 = Coniugato/a
3 = Separato/a
4 = Divorziato/a
5 = Vedovo/a
9 = Non dichiarato

Il campo è obbligatorio

10.8. REGIONE (REG_RES)

Indica la Regione di residenza dell'assistito.

Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/1986) P.A. Bolzano → **codice 041**

Il campo è obbligatorio

10.9. ASL (ASL_RES)

Indica il codice dell'azienda unità sanitaria locale che comprende il comune, o la frazione di comune, in cui risiede l'assistito.

Il codice è costituito **dall'unione tra codice Regione e codice ASL. Non deve essere compilato per gli assistiti residenti all'estero.**

Le modalità da utilizzare sono indicate nei modelli FLS11.

Per i residenti in Alto Adige il codice è costituito dall'unione tra codice regione (041) e codice del comprensorio sanitario (101 102 103 104)

Il campo è obbligatorio se CITTAD = 1

10.10. COMUNE (GEM_RES)

Identifica il comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto l'assistito.

Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Nel caso in cui il paziente risieda all'estero va indicato il codice 99999.

Il campo è obbligatorio

10.11. STATO ESTERO DI RESIDENZA (STATO_RES)

Indica lo stato estero che ha in carico l'assistito a cui è stata erogata la prestazione.

Come previsto nella Tessera Europea di Assicurazione di Malattia, va riportato il codice della colonna Alpha 2 della codifica ISO 3166-11.

Non deve essere compilato per gli assistiti residenti in Italia.

Il campo è obbligatorio se ASL_RES è vuoto

10.12. NUCLEO FAMILIARE (NucleoFamiliare)

Indica il numero dei componenti del nucleo familiare convivente, escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente (rientrano nel conteggio ad esempio: coniuge/partner convivente, figlio/a, fratello/sorella, nipote, genero/nuora, cognato/a).

Il campo è obbligatorio

10.13. ASSISTENTE NON FAMILIARE (AssistenteNonFamiliare)

Persona, non appartenente al nucleo familiare (es.: badante), che convive con l'assistito (24h). I valori ammessi sono i seguenti:

1. presente
2. presente senza funzione di care giver
3. non presente

Il campo è obbligatorio

10.14. REGIONE EROGANTE (REG_EROG)

Individua la Regione a cui afferisce il servizio che ha preso in carico il soggetto.

Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/1986) P.A. Bolzano → **codice 041**

Il campo è obbligatorio

10.15. CODICE COMPENSORIO SANITARIO EROGANTE (ASL_EROG)

Codice del comprensorio sanitario che eroga il servizio.

Codice costituito dall'unione tra codice Regione e codice del comprensorio sanitario (es. Comprensorio sanitario di Bolzano della Provincia Autonoma di Bolzano → **codice 041101**)

Il campo è obbligatorio

A2. Presa in carico dell'assistito

10.16. DATA DI PRESA IN CARICO (Data)

Indica la data della presa in carico dell'assistito ovvero la data in cui viene redatto un PAI. La Data Presa in Carico coincide con la data del primo accesso di un operatore, (es. medico, infermiere, ecc.) al domicilio dell'assistito.

La data della presa in carico, costituita da 8 caratteri, deve essere compilata secondo la modalità AAAA-MM-GG cioè:

- i primi quattro caratteri indicano l'anno, scritto per esteso;
- i successivi due il mese, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 2=02);
- gli ultimi due il giorno, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 8=08)

Il campo è obbligatorio

10.17. SOGGETTO RICHIEDENTE (Soggettorichiedente)

Indica il soggetto richiedente la presa in carico. Valorizzare con 6. "Ospedale" nel caso in cui questo richieda l'attivazione dell'assistenza domiciliare che sarà attivata successivamente.

Valorizzare con 7 "Ospedale per dimissione protetta" è di fatto l'ospedale che si occupa di attivare l'assistenza domiciliare, anche con la partecipazione del personale medico infermieristico di reparto e degli operatori delle strutture territoriali, responsabili della presa in carico dopo le

dimissioni. Pertanto, il campo è da valorizzare con “ospedale per dimissione protetta” nel caso in cui all'atto della dimissione dell'assistito l'assistenza domiciliare sia già attiva.

I valori ammessi sono i seguenti:

1. Utente
2. Famiglia
3. Scuola
4. Medico di Medicina Generale / Guardia Medica / Pediatra
5. Medico specialista
6. Ospedale
7. Ospedale per dimissione protetta
8. Servizio Infermieristico distrettuale
9. Servizi sociali
10. Servizio riabilitativo
11. Servizio di neuropsichiatria infantile
12. Centro di salute mentale o altri servizi e strutture psichiatriche private
13. Consultorio familiare
14. Autorità giudiziaria e forze di polizia
15. Hospice / Centro di cure palliative
16. Servizio per l'accertamento della non-autosufficienza
17. Apertura amministrativa della stessa persona presa in carico
18. Altro

Il campo è obbligatorio

10.18. DATA DI VALUTAZIONE (Data)

Indica la data in cui è stata effettuata la valutazione iniziale dell'assistito. Questa data può essere precedente, coincidere o essere successiva alla data di primo accesso. La valutazione può essere successiva nel caso in cui si renda necessario raccogliere ulteriori elementi alla redazione del PAI. Gli approfondimenti possono riguardare sia la sfera fisica che la sfera sociale dell'utente.

La data in cui è stata effettuata la valutazione iniziale dell'assistito, costituita da 8 caratteri, deve essere compilata secondo la modalità AAAA-MM-GG cioè:

- i primi quattro caratteri indicano l'anno, scritto per esteso;
- i successivi due il mese, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 2=02);
- gli ultimi due il giorno, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 8=08)

Il campo è obbligatorio

10.19. PATOLOGIA PREVALENTE (Prevalente)

Identifica il codice della patologia che determina l'attivazione dell'assistenza e comporta il maggior carico assistenziale.

I valori ammessi sono i seguenti:

- Codice ICD9 (prime 3 cifre)
- 000 = non rilevato

Il campo è obbligatorio

10.20. PATOLOGIA CONCOMITANTE (Concomitante)

Individua il codice della/delle patologia/e concomitante/i, eventualmente presente/i, in grado di condizionare la presa in carico. I valori ammessi sono i seguenti:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Codice ICD9 (prime 3 cifre) - 000 = non rilevato |
|---|

Il campo è obbligatorio

10.21. AUTONOMIA (Autonomia)

Indica il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso bagno). La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura. Il paziente viene considerato:

- "autonomo" se in grado di svolgere, senza aiuto di altre persone, tutte le attività indicate (mangiare, lavarsi, vestirsi, essere continenti, usare i servizi igienici), tranne eventualmente "fare il bagno";
- "totalmente dipendente" se in tutte le attività indicate ha necessità di aiuto da parte di altre persone;
- "parzialmente dipendente" negli altri casi.

I valori ammessi sono i seguenti:

- | |
|---|
| <p>1 = Autonomo</p> <p>2 = Parzialmente dipendente</p> <p>3 = Totalmente dipendente</p> |
|---|

Il campo è obbligatorio

10.22. GRADO DI MOBILITÀ (GradoMobilita)

Indica il livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità. La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura.

- "si sposta da solo";
- "si sposta con ausili" è riferito ai casi in cui per lo spostamento vengono utilizzati ausili (compresa la carrozzina, nel solo caso in cui il paziente non abbia bisogno di aiuto per effettuare i trasferimenti). In riferimento all'autonomia nel superamento delle barriere architettoniche, la valutazione va fatta in relazione al contesto abituale di vita (ad esempio: un paziente "si sposta da solo" anche se ha bisogno di aiuto per salire le scale, quando la sua abitazione è priva di barriere architettoniche interne ed esterne);
- "si sposta assistito" è riferito ai casi in cui il paziente si avvale dell'aiuto di persone per il proprio spostamento. Nel caso di paziente in carrozzina, l'aiuto di altra persona può consistere nel trasferimento dalla/alla carrozzina, fermo restando la capacità del paziente di spostarsi in autonomia con la carrozzina;
- "non si sposta" è riferito ai casi di confinamento in letto / carrozzina o poltrona. Nel caso di paziente in carrozzina, il paziente non è in grado di effettuare alcuno spostamento senza aiuto.

I valori ammessi sono i seguenti:

1. Si sposta da solo
2. Si sposta con ausili
3. Si sposta assistito
4. Non si sposta

Il campo è obbligatorio

10.23. DISTURBI COGNITIVI (Cognitivi)

Identifica l'entità dei disturbi cognitivi (memoria, orientamento, attenzione) eventualmente presenti.

La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura.

- "assenti/lievi" quando non sono presenti disturbi, o questi non interferiscono significativamente con le attività sociali e non rappresentano un declino significativo rispetto al precedente livello di funzionamento;
- "gravi" quando i disturbi sono tali da alterare profondamente la capacità del paziente di relazionarsi con gli altri (ad esempio: il paziente può occasionalmente dimenticare il nome del familiare da cui dipende la sua sopravvivenza; non ha quasi nessuna cognizione di avvenimenti recenti o delle proprie esperienze; i ricordi del proprio passato sono lacunosi; le stagioni e le variazioni del tempo non vengono generalmente più percepite);
- "moderati" negli altri casi.

I valori ammessi sono i seguenti:

- 1 = Assenti/lievi
- 2 = Moderati
- 3 = Gravi

Il campo è obbligatorio

10.24. DISTURBI COMPORTAMENTALI (Comportamentali)

Individua l'entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti. La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura.

Si riferisce a disturbi in grado di condizionare l'assistenza, ad esempio: delirio, agitazione, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante. I disturbi vengono considerati:

- "assenti/lievi" quando non sono presenti o, se presenti, non producono disturbo al paziente e non condizionano l'assistenza;
- "gravi" quando sono molto disturbanti per il paziente e richiedono la somministrazione di farmaci;
- "moderati" negli altri casi.

I valori ammessi sono i seguenti:

- 1 = Assenti/lievi
- 2 = Moderati
- 3 = Gravi

Il campo è obbligatorio

10.25. SUPPORTO SOCIALE (Supporto Sociale)

Identifica la presenza e la capacità di fornire un supporto di reti formali e informali (della famiglia e della rete informale).

Il supporto della famiglia e della rete informale (vicinato, volontariato, privati...) si considera:

- "presente" quando è sufficiente a rispondere ai bisogni assistenziali della persona, o la persona presenta bisogni assistenziali minimi;
- "assente" quando i bisogni assistenziali devono essere completamente coperti dalla rete formale (servizi sociali pubblici o privati accreditati);
- "presenza parziale e/o temporanea" negli altri casi

I valori ammessi sono i seguenti:

- | |
|--------------------------------------|
| 1 = Presenza |
| 2 = Presenza parziale e/o temporanea |
| 3 = Non presenza |

Il campo è obbligatorio

10.26. RISCHIO INFETTIVO (RischioInfettivo)

Indica se l'assistenza è a rischio infezione. Utilizzare quando il paziente necessita di assistenza specifica per prevenire il rischio di contagio (devono essere adottate misure assistenziali specifiche per prevenire che il paziente contagi altre persone, o per prevenire che venga contagiato, in caso di immunodepressione).

I valori ammessi sono i seguenti:

- | |
|--------|
| 1 = Sì |
| 2 = No |

Il campo è obbligatorio

10.27. BRONCO RESPIRAZIONE/DRENAGGIO POSTURALE (BroncorespirazioneDrenaggioPosturale)

Indica se vi è necessità di una bronco respirazione o drenaggioPosturale.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio

10.28. OSSIGENO TERAPIA (OssigenoTerapia)

Indica se vi è necessità di una ossigeno terapia.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio

10.29. VENTILOTERAPIA (Ventiloterapia)

Indica se vi è necessità di una ventiloterapia.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente

2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.30. TRACHEOSTOMIA (Tracheostomia)

Indica se vi è necessità di una tracheostomia.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente

2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.31. ALIMENTAZIONE ASSISTITA (Assistita)

Indica se vi è necessità di alimentazione assistita.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente

2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.32. ALIMENTAZIONE ENTERALE (Enterale)

Indica se vi è necessità di alimentazione enterale.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente

2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.33. ALIMENTAZIONE PARENTERALE (Parenterale)

Indica se vi è necessità di alimentazione parenterale.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente

2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.34. GESTIONE DELLA STOMIA (GestioneStomia)

Indica se vi è necessità di una gestione della stomia.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente

2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.35. ELIMINAZIONE URINARIA/INTESTINALE (ElimiUrinariaIntestinale)

Indica se vi è necessità di un intervento di assistenza sanitaria per l'eliminazione urinaria e/o fecale.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio

10.36. ALTERAZIONE DEL RITMO SONNO/VEGLIA (AlterRitmoSonnoVeglia)

Indica se vi è necessità di un intervento di assistenza sanitaria per un'alterazione del ritmo sonno/veglia. Sono esclusi i casi in cui il problema non è tale da condizionare il piano di assistenza, ed i casi in cui il problema è ben controllato dall'utilizzo di farmaci.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio

10.37. INTERVENTI DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA (IntEduTerapeutica)

Indica se vi è necessità di interventi formali di educazione terapeutica.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio

10.38. CURA DI ULCERE CUTANEE DI 1°E 2°GRADO (CuraUlcereCutanee12Grado)

Indica se vi è necessità di cure per ulcere cutanee di 1°e 2°grado:

- 1°grado: arrossamento persistente che non scompare alla digitopressione
- 2°grado: lesione di continuo che coinvolge l'epidermide, il derma o entrambi

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio

10.39. CURA DI ULCERE CUTANEE DI 3°E 4°GRADO (CuraUlcereCutanee34Grado)

Indica se vi è necessità di cure per ulcere cutanee di 3°e 4°grado:

- 3°grado (interessamento fino alla fascia muscolare , senza attraversarla)
- 4°grado (interessamento del piano muscolare ed eventualmente osseo)

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.40. PRELIEVI VENOSI NON OCCASIONALI (PrelieviVenosiNonOcc)

Indica se vi è necessità di prelievi venosi non occasionali (per esempio: monitoraggio terapia anticoagulante orale). Sono esclusi i casi di prelievo venoso occasionale, anche se ripetuto.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.41. ELETTROCARDIOGRAMMA (ECG)

Indica se vi è necessità di un elettrocardiogramma.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.42. TELEMETRIA (Telemetria)

Indica se vi è necessità di una telemetria.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.43. PROCEDURA TERAPEUTICA SOTTOCUTANE/INTRAMUSCOLARE/INFUSIONALE (TerSottocutIntraMuscInfus)

Indica se vi è necessità in maniera continuativa o a cicli di una terapia intramuscolare o sottocutanea o infusiva tramite accesso venoso periferico.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.44. GESTIONE CATETERE CENTRALE (GestioneCatetere)

Indica se vi è necessità di gestire un accesso centrale (ad esempio: CVC, Porth-cath, cateterismo peridurale).

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.45. TRASFUSIONI (Trasfusioni)

Indica se vi è necessità di trasfusioni.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.46. CONTROLLO DEL DOLORE (ControlloDolore)

Indica se vi è necessità di interventi di controllo del dolore.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.47. BISOGNI ASSISTENZIALI RELATIVI ALLO STATO DI TERMINALITÀ ONCOLOGICA (AssistStatoTerminaleOnc)

Indica se vi è necessità di interventi assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica. Un assistito è da ritenersi terminale nel caso in cui sia stato attivato programma di cure palliative, come previsto dalla L.38/2010 e sua applicazione.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.48. BISOGNI ASSISTENZIALI RELATIVI ALLO STATO DI TERMINALITÀ NON ONCOLOGICA (AssistStatoTerminaleNonOnc)

Indica se vi è necessità di interventi assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica. Un assistito è da ritenersi terminale nel caso in cui sia stato attivato un programma di cure palliative, come previsto dalla L.38/2010 e sua applicazione
I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.49. TRATTAMENTO RIABILITATIVO NEUROLOGICO (Neurologico)

Indica se vi è necessità di interventi riabilitativi neurologici.
I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.50. TRATTAMENTO RIABILITATIVO ORTOPEDICO (Ortopedico)

Indica se vi è necessità di interventi riabilitativi ortopedici.
I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.51. TRATTAMENTO RIABILITATIVO DI MANTENIMENTO (DiMantenimento)

Indica se vi è necessità di interventi riabilitativi di mantenimento.
I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.52. SUPERVISIONE CONTINUA (SuperVisioneContinua)

Indica se vi è necessità di supervisione continua.
I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.53. ASSISTENZA NELLE IADL (AssistenzaIADL)

Indica se vi è necessità di assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (pulizia della casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia, assumere farmaci...).

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente

2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.54. ASSISTENZA NELLE ADL (AssistenzaADL)

Indica se vi è necessità di utilizzare quando vi è bisogno di assistenza nelle attività di base della vita quotidiana della persona (fare il bagno, utilizzare i servizi igienici, lavarsi, vestirsi, mangiare, spostarsi).

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente

2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

10.55. SUPPORTO AL CAREGIVER (SupportoCareGiver)

Identifica se la famiglia o l'assistente familiare necessita di supporto psicologico, formativo e di sollievo. I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente

2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio

B. TRACCIATO 2: EVENTI DI EROGAZIONE, SOSPENSIONE, RIVALUTAZIONE E CONCLUSIONE

Set informativo ridotto per i pazienti in stato di terminalità (tracciato2):

Per i pazienti in stato di terminalità oncologica o non oncologica si prevede la possibilità di inviare un set informativo ridotto relativamente al nodo Valutazione.

10.56. TIPO TRASMISSIONE (Tipo)

Campo tecnico utilizzato per distinguere la trasmissione dall'Azienda sanitaria all'Assessorato della Sanità di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.

Le modalità da utilizzare sono le seguenti:

- I = codice da utilizzare per la trasmissione di informazioni **nuove** o per la **ritrasmissione** di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione;
- V = codice da utilizzare per la trasmissione di informazioni per le quali si intende fare effettuare una **soprascrittura** dal sistema di acquisizione;
- C = codice da utilizzare per la trasmissione di informazioni per le quali si intende fare effettuare una **cancellazione** dal sistema di acquisizione.

Il campo è obbligatorio

B1. Variabili anagrafiche

10.57. TIPO IDENTIFICATIVO UTENTE (TIPO ID)

Indica se il codice contenuto nel campo COD_ID (codice identificativo utente) fa riferimento a:

- 1 = codice fiscale
- 2 = STP (straniero temporaneamente presente)
- 3 = AA (anonimo)
- 4 = TEAM (codice personale della TEAM)
- 5 = SPAG (straniero pagante in proprio)
- 6 = ASC (altro straniero convenzionato o altro tipo di utente non contemplato dalle altre tipologie elencate)
- 9 = CTA (cittadini temporaneamente assistiti)
- A = HIC (pensionati e familiari di lavoratori che risiedono in un paese diverso dal capofamiglia)

Il campo è obbligatorio

10.58. CODICE IDENTIFICATO UTENTE (COD_ID)

Il codice identificativo assistito, nelle modalità riportate sottostanti, viene anonimizzato a livello provinciale mediante procedura standard di anonimizzazione, quindi inviato al Ministero della Salute in forma anonima.

Il codice fiscale, ovvero quello del Ministero delle finanze, deve essere indicato, quando disponibile, per tutti i pazienti residenti in Italia.

Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice regionale STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394 e della circolare del Ministero della sanità 24 aprile 2000 n.5).

Per i neonati prevedere procedura che crei il codice fiscale secondo regole del Ministero delle Finanze.

Per i **casi di anonimato AA**, tutti i caratteri del campo vanno riempiti con delle 'X'.

Per gli stranieri non residenti va compilato con numero di identificazione personale della TEAM: coincide con il codice fiscale riportato sul fronte della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (Tessera Sanitaria); valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM.

Per gli stranieri comunitari indigenti (cittadini temporaneamente assistiti – CTA), compilare con codice a sigla CTA a 16 caratteri (CTA+00+numero progressivo).

Il campo è obbligatorio

10.59. REGIONE (REG_EROG)

Identifica la Regione in cui avviene l'erogazione del servizio. Individua la Regione a cui afferisce il servizio che ha preso in carico il soggetto.

Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/1986) P.A. Bolzano → **codice 041**

Il campo è obbligatorio

10.60. CODICE COMPENSORIO SANITARIO EROGANTE (ASL_EROG)

Codice del comprensorio sanitario che eroga il servizio.

Codice costituito dall'unione tra codice Regione e codice del comprensorio sanitario (es. Comprensorio sanitario di Bolzano della Provincia Autonoma di Bolzano → **codice 041101**)

Il campo è obbligatorio

B2. Eventi di erogazione, sospensione, rivalutazione e conclusione

10.61. DATA DI PRESA IN CARICO (data)

Indica la data della presa in carico dell'assistito ovvero la data in cui viene redatto un PAI.

La Data Presa in Carico può coincidere con la data del primo accesso di un operatore, (es. medico, infermiere, ecc.) al domicilio dell'assistito.

La data della presa in carico dell'assistito, costituita da 8 caratteri, deve essere compilata secondo la modalità AAAA-MM-GG cioè:

- i primi quattro caratteri indicano l'anno, scritto per esteso;
- i successivi due il mese, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 2=02);
- gli ultimi due il giorno, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 8=08)

Il campo è obbligatorio

10.62. DATA DI RIVALUTAZIONE (Data)

Indica la data in cui si è effettuata la rivalutazione dell'assistito. Deve essere fatta entro 90 gg dalla ultima valutazione e in tutti i casi in cui si ha una variazione dei bisogni dell'assistito. Questa data non può risultare antecedente alla data di valutazione, né alla data di presa in carico.

La data in cui si è effettuata la rivalutazione dell'assistito, costituita da 8 caratteri, deve essere compilata secondo la modalità AAAA-MM-GG cioè:

- i primi quattro caratteri indicano l'anno, scritto per esteso;
- i successivi due il mese, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 2=02);
- gli ultimi due il giorno, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 8=08)

Il campo è obbligatorio

10.63. MOTIVO DI RIVALUTAZIONE (motivo)

Individua la motivazione alla base della rivalutazione dell'assistito. I valori ammessi sono i seguenti:

- 1 = Scadenza del periodo previsto (90 gg.)
- 2 = Variazione nelle condizioni del paziente

Il campo è obbligatorio

10.64. CONFERMA PRECEDENTE (ConfermaPrecedente)

Indica la possibile riconferma delle condizioni precedenti dell'assistito.

I valori ammessi sono i seguenti:

1 = Sì (in questo caso i campi successivi relativi all'evento rivalutazione" non devono essere inviati)
2 = No

Il campo è obbligatorio

10.65. PATOLOGIA PREVALENTE (Prevalente)

Identifica il codice della patologia che determina l'attivazione dell'assistenza e comporta il maggior carico assistenziale. I valori ammessi sono i seguenti:

- Codice ICD9 (prime 3 cifre)
- 000 = non rilevato

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.66. PATOLOGIA CONCOMITANTE (Concomitante)

Individua il codice della/delle patologia/e concomitante/i, eventualmente presente/i, in grado di condizionare la presa in carico. I valori ammessi sono i seguenti:

- Codice ICD9 (prime 3 cifre)
- 000 = non rilevato

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.67. AUTONOMIA (Autonomia)

Indica il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso bagno).

La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura.

Il paziente viene considerato:

- "autonomo" se in grado di svolgere, senza aiuto di altre persone, tutte le attività indicate (mangiare, lavarsi, vestirsi, essere continenti, usare i servizi igienici), tranne eventualmente "fare il bagno";
- "totalmente dipendente" se in tutte le attività indicate ha necessità di aiuto da parte di altre persone;
- "parzialmente dipendente" negli altri casi.

I valori ammessi sono i seguenti:

1 = Autonomo
2 = Parzialmente dipendente
3 = Totalmente dipendente

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.68. GRADO DI MOBILITÀ (GradoMobilita)

Indica il livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità. La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura:

- "si sposta da solo";
- "si sposta con ausili" è riferito ai casi in cui per lo spostamento vengono utilizzati ausili (compresa la carrozzina, nel solo caso in cui il paziente non abbia bisogno di aiuto per effettuare i trasferimenti). In riferimento all'autonomia nel superamento delle barriere architettoniche, la valutazione va fatta in relazione al contesto abituale di vita (ad esempio: un paziente "si sposta da solo" anche se ha bisogno di aiuto per salire le scale, quando la sua abitazione è priva di barriere architettoniche interne ed esterne);
- "si sposta assistito" è riferito ai casi in cui il paziente si avvale dell'aiuto di persone per il proprio spostamento. Nel caso di paziente in carrozzina, l'aiuto di altra persona può consistere nel trasferimento dalla/alla carrozzina, fermo restando la capacità del paziente di spostarsi in autonomia con la carrozzina;
- "non si sposta" è riferito ai casi di confinamento in letto / carrozzina o poltrona. Nel caso di paziente in carrozzina, il paziente non è in grado di effettuare alcuno spostamento senza aiuto.

I valori ammessi sono i seguenti:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Si sposta da solo 2. Si sposta con ausili 3. Si sposta assistito 4. Non si sposta |
|---|

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.69. DISTURBI COGNITIVI (Cognitivi)

Identifica l'entità dei disturbi cognitivi (memoria, orientamento, attenzione) eventualmente presenti. La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura.

- "assenti/lievi" quando non sono presenti disturbi, o questi non interferiscono significativamente con le attività sociali e non rappresentano un declino significativo rispetto al precedente livello di funzionamento;
- "gravi" quando i disturbi sono tali da alterare profondamente la capacità del paziente di relazionarsi con gli altri (ad esempio: il paziente può occasionalmente dimenticare il nome del familiare da cui dipende la sua sopravvivenza; non ha quasi nessuna cognizione di avvenimenti recenti o delle proprie esperienze; i ricordi del proprio passato sono lacunosi; le stagioni e le variazioni del tempo non vengono generalmente più percepite);
- "moderati" negli altri casi.

I valori ammessi sono i seguenti:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 = Assenti/lievi 2 = Moderati 3 = Gravi |
|--|

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.70. DISTURBI COMPORTAMENTALI (Disturbi Comportamentali)

Individua l'entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti. La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura.

Si riferisce a disturbi in grado di condizionare l'assistenza, ad esempio: delirio, agitazione, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante. I disturbi vengono considerati:

- “assenti/lievi” quando non sono presenti o, se presenti, non producono disturbo al paziente e non condizionano l'assistenza;
- “gravi” quando sono molto disturbanti per il paziente e richiedono la somministrazione di farmaci;
- “moderati” negli altri casi.

I valori ammessi sono i seguenti:

- | |
|-------------------|
| 1 = Assenti/lievi |
| 2 = Moderati |
| 3 = Gravi |

10.71. SUPPORTO SOCIALE (Supporto Sociale)

Identifica la presenza e la capacità di fornire un supporto da parte di reti formali e informali (della famiglia e della rete informale).

Il supporto della famiglia e della rete informale (vicinato, volontariato, privati...) si considera:

- “presente” quando è sufficiente a rispondere ai bisogni assistenziali della persona, o la persona presenta bisogni assistenziali minimi;
- “assente” quando i bisogni assistenziali devono essere completamente coperti dalla rete formale (servizi sociali pubblici o privati accreditati);
- “presenza parziale e/o temporanea” negli altri casi.

I valori ammessi sono i seguenti:

- | |
|--------------------------------------|
| 1 = Presenza |
| 2 = Presenza parziale e/o temporanea |
| 3 = Non presenza |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.72. RISCHIO INFETTIVO (Rischio Infettivo)

Indica se l'assistenza è a rischio infezione. Utilizzare quando il paziente abbisogna di assistenza specifica per prevenire il rischio di contagio (devono essere adottate misure assistenziali specifiche per prevenire che il paziente contagi altre persone, o per prevenire che venga contagiato, in caso di immunodepressione).

I valori ammessi sono i seguenti:

- | |
|--------|
| 1 = Si |
| 2 = No |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.73. BRONCO RESPIRAZIONE/DRENAGGIO POSTURALE (Broncorespirazione Drenaggio Posturale)

Indica se vi è necessità di una bronco respirazione o drenaggio Posturale.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.74. OSSIGENO TERAPIA (OssigenoTerapia)

Indica se vi è necessità di un ossigeno terapia.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.75. VENTILOTERAPIA (Ventiloterapia)

Indica se vi è necessità di una ventiloterapia.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.76. TRACHEOSTOMIA (Tracheostomia)

Indica se vi è necessità di una tracheostomia.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.77. ALIMENTAZIONE ASSISTITA (Assistita)

Indica se vi è necessità di alimentazione assistita.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.78. ALIMENTAZIONE ENTERALE (Enterale)

Indica se vi è necessità di alimentazione enterale.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.79. ALIMENTAZIONE PARENTERALE (Parenterale)

Indica se vi è necessità di alimentazione parenterale.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.80. GESTIONE DELLA STOMIA (GestioneStomia)

Indica se vi è necessità di una gestione della stomia.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.81. ELIMINAZIONE URINARIA/INTESTINALE (ElimiUrinariaIntestinale)

Indica se vi è necessità di un intervento di assistenza sanitaria per l'eliminazione urinaria e/o fecale.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.82. ALTERAZIONE DEL RITMO SONNO/VEGLIA (AlterRitmoSonnoVeglia)

Indica se vi è necessità di un intervento di assistenza sanitaria per una alterazione del ritmo sonno/veglia. Sono esclusi i casi in cui il problema non è tale da condizionare il piano di assistenza, ed i casi in cui il problema è ben controllato dall'utilizzo di farmaci.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.83. INTERVENTI DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA (IntEduTerapeutica)

Indica se vi è necessità di interventi formali di educazione terapeutica.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.84. CURA DI ULCERE CUTANEE DI 1°E 2°GRADO

(CuraUlcereCutanee12Grado)

Indica se vi è necessità di cure per ulcere cutanee di 1°e 2°grado:

- 1°grado: arrossamento persistente che non scompare alla digitopressione
- 2°grado: lesione di continuo che coinvolge l'epidermide, il derma o entrambi

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.85. CURA DI ULCERE CUTANEE DI 3°E 4°GRADO

(CuraUlcereCutanee34Grado)

Indica se vi è necessità di cure per ulcere cutanee di 3°e 4°grado:

- 3°grado (interessamento fino alla fascia muscolare , senza attraversarla)
- 4°grado (interessamento del piano muscolare ed eventualmente osseo)

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.86. PRELIEVI VENOSI NON OCCASIONALI (PrelieviVenosiNonOcc)

Indica se vi è necessità di prelievi venosi non occasionali (per esempio: monitoraggio terapia anticoagulante orale). Sono esclusi i casi di prelievo venoso occasionale, anche se ripetuto.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.87. ELETTROCARDIOGRAMMA (ECG)

Indica se vi è necessità di un elettrocardiogramma.

I valori ammessi sono:

1 = Bisogno presente
2 = Bisogno assente

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.88. TELEMETRIA (Telemetria)

Indica se vi è necessità di una telemetria.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.89. PROCEDURA TERAPEUTICA SOTTOCUTANE/INTRAMUSCOLARE/INFUSIONALE (TerSottocutIntraMusInfus)

Indica se vi è necessità in maniera continuativa o a cicli di una terapia intramuscolare o sottocutanea o infusiva tramite accesso venoso periferico.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.90. GESTIONE CATETERE CENTRALE (GestioneCatetere)

Indica se vi è necessità di gestire un accesso centrale (ad esempio: CVC, Porth-cath, cateterismo peridurale).

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.91. TRASFUSIONI (Trasfusioni)

Indica se vi è necessità di trasfusioni.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.92. CONTROLLO DEL DOLORE (ControlloDolore)

Indica se vi è necessità di interventi di controllo del dolore.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.93. BISOGNI ASSISTENZIALI RELATIVI ALLO STATO DI TERMINALITÀ ONCOLOGICA (AssistStatoTerminaleOnc)

Indica se vi è necessità di interventi assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica. Un assistito è da ritenersi terminale nel caso in cui sia stato attivato un programma di cure palliative, come previsto dalla L.38/2010 e sua applicazione. I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.94. BISOGNI ASSISTENZIALI RELATIVI ALLO STATO DI TERMINALITÀ NON ONCOLOGICA (AssistStatoTerminaleNonOnc)

Indica se vi è necessità di interventi assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica. Un assistito è da ritenersi terminale nel caso in cui sia stato attivato un programma di cure palliative, come previsto dalla L.38/2010 e sua applicazione. I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.95. TRATTAMENTO RIABILITATIVO NEUROLOGICO (Neurologico)

Indica se vi è necessità di interventi riabilitativi neurologici. I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.96. TRATTAMENTO RIABILITATIVO ORTOPEDICO (Ortopedico)

Indica se vi è necessità di interventi riabilitativi ortopedici. I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.97. TRATTAMENTO RIABILITATIVO DI MANTENIMENTO (DiMantenimento)

Indica se vi è necessità di interventi riabilitativi di mantenimento. I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.98. SUPERVISIONE CONTINUA (SuperVisioneContinua)

Indica se vi è necessità di supervisione continua.

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.99. ASSISTENZA NELLE IADL (AssistenzaIADL)

Indica se vi è necessità di assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (pulizia della casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia, assumere farmaci...).

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.100. ASSISTENZA NELLE ADL (AssistenzaADL)

Indica se vi è necessità di utilizzare quando vi è bisogno di assistenza nelle attività di base della vita quotidiana della persona (fare il bagno, utilizzare i servizi igienici, lavarsi, vestirsi, mangiare, spostarsi).

I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.101. SUPPORTO AL CAREGIVER (SupportoCareGiver)

Identifica se la famiglia o l'assistente familiare necessita di supporto psicologico, formativo e di sollievo. I valori ammessi sono:

- | |
|----------------------|
| 1 = Bisogno presente |
| 2 = Bisogno assente |

Il campo è obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

10.102. NUMERO DI ACCESSI (NumeroAccessi)

Indica il numero di accessi, della medesima tipologia di operatore, nel corso della stessa giornata. Valorizzare solo in caso di accessi multipli.

Il campo è facoltativo

10.103. DATA DI ACCESSO (DataAccesso)

Identifica la data in cui è effettuato l'accesso al domicilio dell'assistito. Gli accessi *post mortem* non sono da inviare nel presente flusso.

CHIAVE

Formato: AAAA-MM-GG

Nei casi in cui non fosse disponibile l'informazione relativa al campo "Numero accessi", la descrizione del campo "data accesso" è da intendersi come "riferita al giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare da parte dell'operatore".

Il campo è obbligatorio

10.104. TIPO DI OPERATORE (TipoOperatore)

Identifica l'operatore che ha effettuato l'accesso. I valori ammessi sono i seguenti:

I valori ammessi sono i seguenti:

- | |
|--|
| 1 = MMG |
| 2 = PLS |
| 3 = infermiere |
| 4 = medico specialista |
| 5 = medico esperto in cure palliative |
| 6 = medico di continuità assistenziale |
| 7 = psicologo |
| 8 = fisioterapista |
| 9 = logopedista |
| 10 = OSS |
| 11 = dietista |
| 12 = assistente sociale del SSN |
| 13 = terapeuta occupazionale |
| 14 = ostetrica |
| 15 = assistente sanitaria |
| 99 = altro |

Il campo è obbligatorio

10.105. TIPO DI PRESTAZIONE (TipoPrestazione)

Indica le informazioni inerenti le prestazioni. I valori ammessi sono i seguenti:

- | |
|--|
| 1 = Visita domiciliare(comprensiva di valutazione clinica/funzionale/ sociale e monitoraggio |
| 2 = Prelievo ematico |
| 3 = Esami strumentali |

- 4 = Trasferimento competenze/educazione del caregiver/colloqui/nursering/addestramento
 5 = Supporto psicologico équipes-paziente-famiglia
 6 = Terapie iniettive attraverso le diverse vie di somministrazione
 7 = Terapia infusione SC e EV
 8 = Emotrasfusione
 9 = Paracentesi, Toracentesi e altre manovre invasive, gestione di cateteri spinali o sistemi di neuromodulazione del dolore
 10 = Gestione ventilazione meccanica - tracheostomia - sostituzione canula - broncoaspirazione - ossigenoterapia
 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 (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
 17 = Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, ecc.)
 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

Il campo è facoltativo

10.106. NUMERO DI PRESTAZIONI (NumeroPrestazioni)

Indica la quantità delle prestazioni della stessa tipologia effettuate nel medesimo giorno. Valorizzare solo in caso di accessi multipli.

Il campo è facoltativo

10.107. DATA DI INIZIO SOSPENSIONE (DataInizio)

Indica la data in cui inizia la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.

La data in cui inizia la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito, costituita da 8 caratteri, deve essere compilata secondo la modalità AAAA-MM-GG cioè:

- i primi quattro caratteri indicano l'anno, scritto per esteso;
- i successivi due il mese, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 2=02);
- gli ultimi due il giorno, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 8=08)

Il campo è obbligatorio

10.108. DATA DI FINE SOSPENSIONE (DataInizio)

Indica la data in cui termina la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.

La data in cui termina la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito, costituita da 8 caratteri, deve essere compilata secondo la modalità AAAA-MM-GG cioè:

- i primi quattro caratteri indicano l'anno, scritto per esteso;
- i successivi due il mese, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 2=02);
- gli ultimi due il giorno, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 8=08)

Il campo è facoltativo

10.109. MOTIVAZIONE DELLA SOSPENSIONE (Motivazione)

Indica la motivazione della sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito. I valori ammessi sono i seguenti:

- 1 = Ricovero temporaneo in ospedale
- 2 = Allontanamento temporaneo
- 3 = Ricovero temporaneo in struttura residenziale
- 4.= Sospensione amministrativa (qualora non vi siano prestazioni per 1 mese)
- 9 = Altro

Il campo è obbligatorio

10.110. DATA AD DI CONCLUSIONE (DataAD)

Indica la data in cui viene conclusa l'assistenza domiciliare all'assistito

La data in cui viene conclusa l'assistenza domiciliare all'assistito, costituita da 8 caratteri, deve essere compilata secondo la modalità AAAA-MM-GG cioè:

- i primi quattro caratteri indicano l'anno, scritto per esteso;
- i successivi due il mese, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 2=02);
- gli ultimi due il giorno, preceduto da zero in caso di numero inferiore a 10 (es: 8=08)

Il campo è obbligatorio

10.111. MOTIVAZIONE DELLA CONCLUSIONE (Motivazione)

Indica la motivazione per cui viene conclusa l'assistenza domiciliare all'assistito. I valori ammessi sono i seguenti:

- 1 = Completamento del programma assistenziale
- 2 = Ricoveri in ospedale
- 3 = Decesso a domicilio

- 4 = Decesso in ospedale
- 5 = Trasferimento in struttura residenziale
- 6 = Trasferimento in Hospice
- 7 = Decesso in Hospice
- 8 = Trasferimento in altra tipologia di cure domiciliari
- 9 = Cambio residenza
- 10 = Cambio medico
- 11 = Volontà dell'utente
- 12 = Chiusura amministrativa (in assenza di sospensione, qualora non vi siano prestazioni per 6 mesi)
- 98 = Chiusura amministrativa con riapertura nell'anno successivo in assenza di sospensione
- 99 = Altro

Il campo è obbligatorio

11. DESCRIZIONE FUNZIONALE DEL TRACCIATO RECORD

MODALITA' DI TRASMISSIONE DEI DATI RILEVATI DAI SERVIZI DI MEDICINA DI BASE

L'invio dei dati avviene attraverso un file in formato XML.

"XML" è l'acronimo di "eXtensible Markup Language", metalinguaggio basato su testo creato e gestito dal World Wide Web Consortium (W3C).

Il documento di Specifiche Funzionali definisce lo schema XSD di convalida a cui fare riferimento. L'XSD è il linguaggio che specifica le caratteristiche del tipo di documento attraverso una serie di "regole grammaticali". In particolare, definisce l'insieme degli elementi del documento XML, le rispettive relazioni gerarchiche, l'ordine di apparizione nel documento XML e quali elementi e quali attributi sono opzionali o meno.

Di seguito sono indicate le caratteristiche di ciascun archivio sulla base del tracciato record e delle norme di compilazione allegati al Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008 ed inviata a tutti i soggetti interessati alla rilevazione dei dati.

Si specificano, inoltre, le caratteristiche che le informazioni devono riportare per rendere il flusso univoco ed omogeneo su tutto il territorio nazionale, così come descritto nel disciplinare tecnico di riferimento.

Ad es. un campo definito campo data deve rispecchiare il formato specificato yyyy-mm-dd.

Si riporta una Legenda per specificare le abbreviazioni e acronimi utilizzati nella spiegazione del tracciato dell'xml.

Tipo campo	Obbligatorietà
A: campo Alfabetico	OBBV: sempre obbligatorio
AN: campo alfanumerico	FAC: sempre facoltativo
N: campo numerico	OBB: obbligatorio se si verificano le
D: campo data (YYYY-MM-DD)	condizioni indicate

A. TRACCIATO 1: PRESA IN CARICO DELL'ASSISTITO**A1. Variabili anagrafiche**

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
1	Tipo di trasmissione	Tipo	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.	A	1	1	1	I. Inserimento V. Variazione C. Cancellazione Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedente-mente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una soprascrittura dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.	OBBV

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
2	Tipo Identificativo Utente	Tipo_Id	Indica la tipologia cui fa riferimento il codice contenuto nel campo COD_ID (codice identificativo utente)	AN	1	2	2	1 = codice fiscale 2 = STP (straniero temporaneamente presente) 3 = AA (anonimo) 4 = TEAM (codice personale della TEAM) 5 = SPAG (straniero pagante in proprio) 6 = ASC (altro straniero convenzionato o altro tipo di utente non contemplato dalle altre tipologie elencate) 9 = CTA (cittadini temporaneamente assistiti) A = HIC (pensionati e familiari di lavoratori che risiedono in un paese diverso dal capofamiglia)	OBBV

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
3	Identificativo Univoco	Identificativo Univoco	Il codice fiscale, ovvero quello del Ministero delle finanze, deve essere indicato, quando disponibile, per tutti i pazienti residenti in Italia. Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice regionale STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394 e della circolare del Ministero della sanità 24 aprile 2000 n.5). Per i neonati prevedere procedura che crei il codice fiscale secondo regole del Ministero delle Finanze. Per i casi di anonimato AA, tutti i caratteri del campo vanno riempiti con delle 'X'. Per gli stranieri non residenti va compilato con numero di identificazione personale della TEAM: coincide con il codice fiscale riportato sul fronte della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (Tessera Sanitaria); valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM. Per gli stranieri comunitari indigenti (cittadini temporaneamente assistiti – CTA), compilare con codice a sigla CTA a 16 caratteri (CTA+00+numero progressivo).	AN	16	3	18		OBBL

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
4	Data di nascita	DATA_NAS	Indica la data di nascita dell'assistito.	N	8	19	26	Il codice da utilizzare è composto da quattro caratteri, nel formato: AAAAMMGG	OBBV
5	Genere	GENERE	Indica il sesso dell'assistito.	N	1	27	27	1 = Maschio 2 = Femmina 9 = Non noto / non risulta	OBBV
6	Cittadinanza	CITTAD	Identifica la cittadinanza dell'assistito.	A	2	28	29	I valori ammessi sono quelli relativi ai codici ISO Alpha 2. In caso di apolidi indicare il codice ZZ; in caso di cittadinanza sconosciuta indicare il codice XX. In caso di cittadino del Kossovo indicare KX	OBBV
7	Stato civile	STATO_C	Indica lo stato civile dell'assistito al momento della rilevazione.	N	1	30	30	1. Celibe/Nubile 2. Coniugato 3. Separato 4. Divorziato 5. Vedovo 9. Non dichiarato	OBBV
8	Regione di residenza dell'assistito	REG_RES	Individua la Regione di residenza dell'assistito.	AN	3	31	33	Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/1986) P.A. Bolzano = codice 041	OBB

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
9	ASL di residenza	ASL_RES	Indica l'azienda unità sanitaria locale in cui risiede l'assistito.	AN	8	34	41	Il codice è costituito dall'unione tra codice Regione e codice ASL. Non deve essere compilato per gli assistiti residenti all'estero. Le modalità da utilizzare sono indicate nei modelli FLS11. Per i residenti in Alto Adige il codice è costituito dall'unione tra codice regione (041) e codice del comprensorio sanitario (101 102 103 104)	OBB
10	Comune di residenza	GEM_RES	Identifica il comune di residenza dell'assistito.	AN	6	42	47	Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Nel caso in cui il paziente risieda all'estero va indicato il codice 999999.	OBBV
11	Stato estero di residenza	STATO_RES	Indica lo Stato estero di residenza dell'assistito. Per coerenza il campo non può mai essere valorizzato con IT.	A	2	48	49	I codici da utilizzare seguono la codifica ISO Alpha2. In caso di cittadino del Kosovo indicare KX. Se valorizzato, codice regione=999 ,codice ASL=999 e codice Comune = 999999.	OBB

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
12	Nucleo familiare convivente	NucleoFamiliare	Indica il numero dei componenti del nucleo familiare convivente, escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente (rientrano nel conteggio ad esempio: coniuge/partner convivente, figlio/a, fratello/sorella, nipote, genero/nuora, cognato/a).	N	2	50	51		OBBV
13	Assistente non familiare convivente	AssistenteNonFamiliare	Persona, non appartenente al nucleo familiare (es.: badante), che convive con l'assistito (24h).	N	1	52	52	1. presente con funzione di care giver 2. presente senza funzione di care giver 3. non presente	OBBV
14	Codice regione erogante	REG_EROG	Individua la Regione a cui afferisce il servizio che ha preso in carico il soggetto.	AN	3	53	55	Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/1986) P.A. Bolzano = codice 041	OBBV
15	Codice ASL erogante	ASL_EROG	Codice del comprensorio sanitario che eroga il servizio	AN	6	56	61	Codice costituito dall'unione tra codice Regione e codice del comprensorio sanitario (es. Comprensorio sanitario di Bolzano della Provincia Autonoma di Bolzano = codice 041101)	OBBV

A2. Presa in carico dell'assistito

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
16	Data della presa in carico	Data	Indica la data della presa in carico dell'assistito ovvero la data in cui viene redatto un PAI. La Data Presa in Carico può coincidere con la data del primo accesso di un operatore, (es. medico, infermiere, ecc.) al domicilio dell'assistito	D	8	62	69	<u>CAMPO CHIAVE</u> Formato: AAAAMMGG.	OBBV

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
17	Soggetto che richiede la presa in carico	Soggettorichiedente	Indica il soggetto richiedente la presa in carico. Valorizzare con 6. "Ospedale" nel caso in cui questo richieda l'attivazione dell'assistenza domiciliare che sarà attivata successivamente. Valorizzare con 7 "Ospedale per dimissione protetta" se è di fatto l'ospedale che si occupa di attivare l'assistenza domiciliare, anche con la partecipazione del personale medico e infermieristico di reparto e degli operatori delle strutture territoriali, responsabili della presa in carico dopo le dimissioni.	N	2	70	71	1. Utente 2. Famiglia 3. Scuola 4. Medico di Medicina Generale / Guardia Medica / Pediatra 5. Medico specialista 6. Ospedale 7. Ospedale per dimissione protetta 8. Servizio Infermieristico distrettuale 9. Servizi sociali 10. Servizio riabilitativo 11. Servizio di neuropsichiatria infantile 12. Centro di salute mentale o altri servizi e strutture psichiatriche private 13. Consultorio familiare 14. Autorità giudiziaria e forze di polizia 15. Hospice / Centro di cure palliative 16. Servizio per l'accertamento della non-autosufficienza 17. Apertura amministrativa della stessa persona presa in carico 18. Altro	OBBV

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
18	Data valutazione	Data	Identifica la data in cui avviene la valutazione iniziale dell'assistito. Questa data può essere precedente, coincidere o essere successiva alla data di primo accesso. La valutazione può essere successiva nel caso in cui si renda necessario raccogliere ulteriori elementi alla redazione del PAI. Gli approfondimenti possono riguardare sia la sfera fisica che la sfera sociale dell'utente.	D	10	72	81	Formato: AAAA-MM-GG	OBBV
19	Patologia prevalente	Prevalente	Identifica il codice della patologia che determina l'attivazione dell'assistenza e comporta il maggior carico assistenziale.	AN	3	82	84	- Codice ICD9 (prime 3 cifre) - 000=Non rilevato	OBBV
20	Patologia concomitante	Concomitante	Individua il codice della/delle patologia/e concomitante/i, eventualmente presente/i, in grado di condizionare la presa in carico.	AN	3	85	87	- Codice ICD9 (prime 3 cifre) - 000=Non rilevato	OBBV

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
21	Autonomia	Autonomia	Indica il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso bagno). La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura. Il paziente viene considerato: - "autonomo" se in grado di svolgere, senza aiuto di altre persone, tutte le attività indicate (mangiare, lavarsi, vestirsi, essere continenti, usare i servizi igienici), tranne eventualmente "fare il bagno"; - "totalmente dipendente" se in tutte le attività indicate ha necessità di aiuto da parte di altre persone; - "parzialmente dipendente" negli altri casi.	N	1	88	88	1. Autonomo 2. Parzialmente dipendente 3. Totalmente dipendente	OBBV (cfr. nota 1)
22	Grado mobilità	GradoMobilita	Indica il livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità. La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura. - "si sposta da solo" - "si sposta con ausili" è	N	1	89	89	1. Si sposta da solo / Si sposta con ausili 2. Si sposta assistito 3. Non si sposta	OBBV (cfr. nota 1)

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
			referito ai casi in cui per lo spostamento vengono utilizzati ausili (compresa la carrozzina, nel solo caso in cui il paziente non abbia bisogno di aiuto per effettuare i trasferimenti). In riferimento all'autonomia nel superamento delle barriere architettoniche, la valutazione va fatta in relazione al contesto abituale di vita (ad esempio: un paziente "si sposta da solo" anche se ha bisogno di aiuto per salire le scale, quando la sua abitazione è priva di barriere architettoniche interne ed esterne); - "si sposta assistito" è riferito ai casi in cui il paziente si avvale dell'aiuto di persone per il proprio spostamento. Nel caso di paziente in carrozzina, l'aiuto di altra persona può consistere nel trasferimento dalla/alla carrozzina, fermo restando la capacità del paziente di spostarsi in autonomia con la carrozzina; - "non si sposta" è riferito ai casi di confinamento in letto / carrozzina o poltro-						

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
			na. Nel caso di paziente in carrozzina, il paziente non è in grado di effettuare alcuno spostamento senza aiuto.						
23	Disturbi cognitivi	Cognitivi	Identifica l'entità dei disturbi cognitivi (memoria, orientamento, attenzione) eventualmente presenti. La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura. - "assenti/lievi" quando non sono presenti disturbi, o questi non interferiscono significativamente con le attività sociali e non rappresentano un declino significativo rispetto al precedente livello di funzionamento; - "gravi" quando i disturbi sono tali da alterare profondamente la capacità del paziente di relazionarsi con gli altri (ad esempio: il paziente può occasionalmente dimenticare il nome del familiare da cui dipende la sua sopravvivenza; non ha quasi nessuna cognizione di avvenimenti recenti o delle proprie esperienze; i ricordi del proprio passato	N	1	90	90	1. Assenti/Lievi 2. Moderati 3. Gravi	OBBV (cfr. nota 1)

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
			sono lacunosi; le stagioni e le variazioni del tempo non vengono generalmente più percepite); - “moderati” negli altri casi						
24	Disturbi comportamentali	Comportamentali	Individua l'entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti. La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura. Si riferisce a disturbi in grado di condizionare l'assistenza, ad esempio: delirio, agitazione, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante. I disturbi vengono considerati: - “assenti/lievi” quando non sono presenti o, se presenti, non producono disturbo al paziente e non condizionano l'assistenza; - “gravi” quando sono molto disturbanti per il paziente e richiedono la somministrazione di farmaci; - “moderati” negli altri casi.	N	1	91	91	1. Assenti/Lievi 2. Moderati 3. Gravi	OBBV (cfr. nota 1)

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
25	Supporto sociale	SupportoSociale	Identifica la presenza e la capacità di fornire un supporto da parte di reti formali e informali (della famiglia e della rete informale). Il supporto della famiglia e della rete informale (vicinato, volontariato, privati...) si considera: - "presente" quando è sufficiente a rispondere ai bisogni assistenziali della persona, o la persona presenta bisogni assistenziali minimi; - "assente" quando i bisogni assistenziali devono essere completamente coperti dalla rete formale (servizi sociali pubblici o privati accreditati); - "presenza parziale e/o temporanea" negli altri casi.	N	1	92	92	1. Presenza 2. Presenza parziale e/o temporanea 3. Non presenza	OBBV (cfr. nota 1)

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
26	Rischio infettivo	RischiInfettivo	Indica se l'assistenza è a rischio infezione. Utilizzare quando il paziente necessita di assistenza specifica per prevenire il rischio di contagio (devono essere adottate misure assistenziali specifiche per prevenire che il paziente contagi altre persone, o per prevenire che venga contagiato, in caso di immunodepressione).	N	1	93	93	1. Si 2. No	OBBV (cfr. nota 1)
27	Broncorespirazione / drenaggio posturale	Broncorespirazione DrenaggioPosturale	Indica se vi è necessità di una bronco respirazione o drenaggio posturale.	N	1	94	94	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
28	Ossigeno terapia	OssigenoTerapia	Indica se vi è necessità di una ossigeno terapia.	N	1	95	95	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
29	Ventiloterapia	Ventiloterapia	Indica se vi è necessità di una ventiloterapia.	N	1	96	96	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
30	Tracheostomia	Tracheostomia	Indica se vi è necessità di una Tracheostomia.	N	1	97	97	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
31	Alimentazione assistita	Assistita	Indica se vi è necessità di alimentazione assistita.	N	1	98	98	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
32	Alimentazione enterale	Enterale	Indica se vi è necessità di alimentazione enterale.	N	1	99	99	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
33	Alimentazione parenterale	Parenterale	Indica se vi è necessità di alimentazione parenterale.	N	1	100	100	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
34	Gestione della stomia	GestioneStomia	Indica se vi è necessità di una gestione della stomia.	N	1	101	101	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
35	Manovre per favorire eliminazione urinaria/intestinale	ElimiUrinariaIntestinale	Indica se vi è necessità di un intervento di assistenza sanitaria per l'eliminazione urinaria e/o fecale.	N	1	102	102	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
36	Assistenza per alterazione del ritmo sonno/veglia	AlterRitmoSonnoVeglia	Indica se vi è necessità di interventi di assistenza sanitaria per un'alterazione del ritmo sonno/veglia. Sono esclusi i casi in cui il problema non è tale da condizionare il piano di assistenza ed i casi in cui il problema è ben controllato dall'utilizzo di farmaci.	N	1	103	103	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
37	Interventi di educazione terapeutica	IntEduTerapeutica	Indica se vi è necessità di interventi formali di educazione terapeutica.	N	1	104	104	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
38	Cura per Ulcere cutanee di 1° e 2° grado	CuraUlcereCutanee12Grado	Indica se vi è necessità di cure per ulcere cutanee di 1° e 2° grado	N	1	105	105	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
39	Cura per Ulcere cutanee di 3° e 4° grado	CuraUlcereCutanee34Grado	Indica se vi è necessità di cure per ulcere cutanee di 3° e 4° grado	N	1	106	106	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
40	Prelievi venosi non occasionali	PrelieviVenosiNonOcc	Indica se vi è necessità di prelievi venosi non occasionali (per esempio: monitoraggio terapia anticoagulante orale). Sono esclusi i casi di prelievo venoso occasionale, anche se ripetuti.	N	1	107	107	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
41	ECG	ECG	Indica se vi è necessità di un elettrocardiogramma.	N	1	108	108	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
42	Telemetria	Telemetria	Indica se vi è necessità di una telemetria.	N	1	109	109	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
43	Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolare/infusione	TerSottocutIntraMuscolInfus	Indica se vi è necessità in maniera continuativa o a cicli di una terapia intramuscolare o sottocutanea o infusiva tramite accesso venoso periferico.	N	1	110	110	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
44	Gestione catetere centrale	GestioneCatetere	Indica se vi è necessità di gestire un accesso centrale (ad esempio: CVC, Porth-cath, cateterismo peridurale)	N	1	111	111	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
45	Trasfusioni	Trasfusioni	Indica se vi è necessità di trasfusioni.	N	1	112	112	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
46	Controllo del dolore	ControlloDolore	Indica se vi è la necessità di interventi di controllo del dolore.	N	1	113	113	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
47	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica	AssistStatoTerminal eOnc	In situazioni complesse generate da copresenza di stato terminale oncologico e non oncologico valorizzare solo il campo stato terminale oncologico con 1 (bisogno presente).	N	1	114	114	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
48	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica	AssistStatoTerminal eNonOnc	In situazioni complesse generate da copresenza di stato terminale oncologico e non oncologico valorizzare solo il campo stato terminale oncologico con 1 (bisogno presente).	N	1	115	115	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV
49	Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità	Neurologico	Indica se vi è necessità di interventi riabilitativi neurologici.	N	1	116	116	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV (cfr. nota 1)
50	Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità	Ortopedico	Indica se vi è necessità di interventi riabilitativi ortopedici	N	1	117	117	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV (cfr. nota 1)
51	Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità	DiMantenimento	Indica se vi è necessità di interventi riabilitativi di mantenimento	N	1	118	118	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV (cfr. nota 1)

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
52	Supervisione continua di utenti con disabilità	SuperVisioneContinua	Indica se vi è necessità di supervisione continua.	N	1	119	119	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV (cfr. nota 1)
53	Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità	AssistenzaIADL	Indica se vi è necessità di assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (pulizia della casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia, assumere farmaci...).	N	1	120	120	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV (cfr. nota 1)
54	Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità	AssistenzaADL	Indica se vi è necessità di utilizzare quando vi è bisogno di assistenza nelle attività di base della vita quotidiana della persona (fare il bagno, utilizzare i servizi igienici, lavarsi, vestirsi, mangiare, spostarsi).	N	1	121	121	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV (cfr. nota 1)
55	Supporto al caregiver	SupportoCareGiver	Identifica se la famiglia o l'assistente familiare necessita di supporto psicologico, formativo e di sollievo.	N	1	122	122	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBBV (cfr. nota 1)

¹ Il campo è sempre obbligatorio, fatta eccezione l'ipotesi in cui il paziente sia in stato di terminalità. In questo caso, il campo può non essere valorizzato.

B. TRACCIATO 2: EVENTI DI EROGAZIONE, SOSPENSIONE, RIVALUTAZIONE E CONCLUSIONE**B1. Variabili anagrafiche**

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
56	Tipo di trasmissione	Tipo	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.	A	1	123	123	I. Inserimento V. Variazione C. Cancellazione Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una soprascrittura dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.	OBBV
57	Tipo Identificativo Utente	Tipo_Id	Indica la tipologia cui fa riferimento il codice contenuto nel campo COD_ID (codice identificativo utente)	AN	1	124	124	1 = codice fiscale 2 = STP (straniero temporaneamente presente) 3 = AA (anonimo) 4 = TEAM (codice personale della TEAM) 5 = SPAG (straniero pagante in proprio) 6 = ASC (altro straniero convenzionato o altro tipo di utente non contemplato dalle altre tipologie elencate) 9 = CTA (cittadini	OBBV

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
								temporaneamente assistiti) A = HIC (pensionati e familiari di lavoratori che risiedono in un paese diverso dal capofamiglia)	
58	Identificativo Univoco	IdentificativoUnivoco	Ai sensi delle disposizioni del regolamento del Ministero della Salute, approvato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 28 febbraio 2007 e delle disposizioni dello schema tipo di regolamento delle Regioni approvato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 13 aprile 2006, il campo deve essere valorizzato riportando il codice univoco derivante dal processo di codifica coerente con quanto indicato nello schema tipo di Regolamento regionale.	AN	16	125	140		OBBV
59	Codice regione erogante	REG_EROG	Individua la Regione a cui afferisce il servizio che ha preso in carico il soggetto.	AN	3	141	143	Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/1986) P.A. Bolzano = codice 041	OBBV
60	Codice ASL erogante	ASL_EROG	Codice del comprensorio sanitario che eroga il servizio	AN	6	144	149	Codice costituito dall'unione tra codice Regione e codice del comprensorio sanitario (es. Comprensorio sanitario di	OBBV

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
								Bolzano della Provincia Autonoma di Bolzano = codice 041101)	

B2. Eventi di erogazione, sospensione, rivalutazione e conclusione

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	<u>Valori ammissibili</u>	Obbl.
61	Data della presa in carico	data	Indica la data della presa in carico dell'assistito ovvero la data in cui viene redatto un PAI. La Data Presa in Carico può coincidere con la data del primo accesso di un operatore, (es. medico, infermiere, ecc.) al domicilio dell'assistito.	D	8	150	157	Formato: AAAAMMGG.	OBBV
62	Data rivalutazione	Data	Identifica la data in cui avviene la rivalutazione iniziale dell'assistito. Deve essere fatta entro 90 gg dalla ultima valutazione e in tutti i casi in cui si ha una variazione dei bisogni dell'assistito. Questa data non può risultare antecedente alla data di valutazione, né alla data di presa in carico. Il nodo rivalutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	D	8	158	165	Formato: AAAAMMGG.	OBBV

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
63	Motivo della rivalutazione	Motivo	Individua la motivazione alla base della rivalutazione dell'assistito. Il nodo rivalutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	166	166	1. Scadenza del periodo previsto (90gg.) 2. Variazione nelle condizioni del paziente	OBBV
64	Conferma valutazione/ rivalutazione precedente	ConfermaPrecedente	Indica la possibile riconferma delle condizioni precedenti dell'assistito. Il nodo rivalutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	167	167	1. Si (in questo caso i campi successivi relativi all'evento "rivalutazione" non devono essere inviati ²) 2. No	OBBV
65	Patologia prevalente	Prevalente	Identifica il codice della patologia che determina l'attivazione dell'assistenza e comporta il maggior carico assistenziale. Il nodo patologia è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	AN	3	168	170	- Codice ICD9 (prime 3 cifre) - 000=Non rilevato	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2)

² In particolare, non devono essere inviati i seguenti "nodi di riferimento" associati all'evento rivalutazione: Patologia, Valutazione, Trattamenti Riab, Disturbi, Alimentazione.

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
66	Patologia concomitante	Concomitante	Individua il codice della/delle patologia/e concomitante/i, eventualmente presente/i, in grado di condizionare la presa in carico. Il nodo patologia è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	AN	3	171	173	- Codice ICD9 (prime 3 cifre) - 000=Non rilevato	OBB (obbligatorio per confermazione a rivalutazione precedente=2)
67	Autonomia	Autonomia	Indica il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso bagno). La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura. Il paziente viene considerato: - "autonomo" se in grado di svolgere, senza aiuto di altre persone, tutte le attività indicate (mangiare, lavarsi, vestirsi, essere continenti, usare i servizi igienici), tranne eventualmente "fare il bagno"; - "totalmente dipendente" se in tutte le attività indicate ha necessità di aiuto da parte di altre persone;	N	1	174	174	1. Autonomo 2. Parzialmente dipendente 3. Totalmente dipendente	OBB (obbligatorio per confermazione a rivalutazione precedente=2)

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
			- “parzialmente dipendente” negli altri casi Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.						
68	Grado mobilità	GradoMobilita	Indica il livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità. La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura: - “si sposta da solo” - “si sposta con ausili” è riferito ai casi in cui per lo spostamento vengono utilizzati ausili (compresa la carrozzina, nel solo caso in cui il paziente non abbia bisogno di aiuto per effettuare i trasferimenti). In riferimento all'autonomia nel superamento delle barriere architettoniche, la valutazione va fatta in relazione al contesto abituale di vita (ad esempio: un paziente “si sposta da solo” anche se ha bisogno di aiuto per salire le scale, quando la sua abitazione è priva di barriere architettoniche interne ed esterne);	N	1	175	175	1. Si sposta da solo / Si sposta con ausili 2. Si sposta assistito 3. Non si sposta	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2) (cfr. nota 3)

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
			- “si sposta assistito” è riferito ai casi in cui il paziente si avvale dell'aiuto di persone per il proprio spostamento. Nel caso di paziente in carrozzina, l'aiuto di altra persona può consistere nel trasferimento dalla/alla carrozzina, fermo restando la capacità del paziente di spostarsi in autonomia con la carrozzina; - “non si sposta” è riferito ai casi di confinamento in letto / carrozzina o poltrona. Nel caso di paziente in carrozzina, il paziente non è in grado di effettuare alcuno spostamento senza aiuto. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.						
69	Disturbi cognitivi	Cognitivi	Identifica l'entità dei disturbi cognitivi (memoria, orientamento, attenzione) eventualmente presenti. La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in letteratura. - “assenti/lievi” quando non sono presenti disturbi, o questi non interferiscono	N	1	176	176	1. Assenti/Lievi 2. Moderati 3. Gravi	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2) (cfr.

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
			significativamente con le attività sociali e non rappresentano un declino significativo rispetto al precedente livello di funzionamento; - "gravi" quando i disturbi sono tali da alterare profondamente la capacità del paziente di relazionarsi con gli altri (ad esempio: il paziente può occasionalmente dimenticare il nome del familiare da cui dipende la sua sopravvivenza; non ha quasi nessuna cognizione di avvenimenti recenti o delle proprie esperienze; i ricordi del proprio passato sono lacunosi; le stagioni e le variazioni del tempo non vengono generalmente più percepite); - "moderati" negli altri casi. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.						nota 3)
70	Disturbi comportamentali	Comportamentali	Individua l'entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti. La misurazione di questo asse funzionale deve essere eseguita con le scale validate in lettera-	N	1	177	177	1. Assenti/Lievi 2. Moderati 3. Gravi	OBB (obbligatorio per confermare a rivalutazione)

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
			tura. Si riferisce a disturbi in grado di condizionare l'assistenza , ad esempio: delirio, agitazione, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante. I disturbi vengono considerati: - “assenti/lievi” quando non sono presenti o, se presenti, non producono disturbo al paziente e non condizionano l'assistenza; - “gravi” quando sono molto disturbanti per il paziente e richiedono la somministrazione di farmaci; - “moderati” negli altri casi. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.						precedente=2) (cfr. nota 3)
71	Supporto sociale	SupportoSociale	Identifica la presenza e la capacità di fornire un supporto da parte di reti formali e informali (della famiglia e della rete informale). Il supporto della famiglia e della rete informale (vicinato, volontariato, privati...) si considera: - “presente” quando è sufficiente a rispondere ai bisogni assistenziali della	N	1	178	178	1. Presenza 2. Presenza parziale e/o temporanea 3. Non presenza	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2) (cfr. nota 3)

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
			persona, o la persona presenta bisogni assistenziali minimi; - “assente” quando i bisogni assistenziali devono essere completamente coperti dalla rete formale (servizi sociali pubblici o privati accreditati); - “presenza parziale e/o temporanea” negli altri casi Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.						
72	Rischio infettivo	RischioInfettivo	Indica se l'assistenza è a rischio infezione. Utilizzare quando il paziente abbisogna di assistenza specifica per prevenire il rischio di contagio (devono essere adottate misure assistenziali specifiche per prevenire che il paziente contagi altre persone, o per prevenire che venga contagiato, in caso di immunodepressione). Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	179	179	1. Si 2. No	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2) (cfr. nota 3)

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
73	Broncorespirazione / drenaggio posturale	BroncorespirazioneDrenaggioPosturale	Indica se vi è necessità di una bronco respirazione o drenaggio posturale. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	180	180	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2)
74	Ossigeno terapia	OssigenoTerapia	Indica se vi è necessità di una ossigeno terapia. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	181	181	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2)
75	Ventiloterapia	Ventiloterapia	Indica se vi è necessità di una ventiloterapia. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	182	182	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2)
76	Tracheotomia	Tracheostomia	Indica se vi è necessità di una Tracheostomia. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	183	183	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2)

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
									rivalutazione precedente=2)
77	Alimentazione assistita	Assistita	Indica se vi è necessità di alimentazione assistita. Il nodo alimentazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	184	184	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2)
78	Alimentazione enterale	Enterale	Indica se vi è necessità di alimentazione enterale. Il nodo alimentazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	185	185	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2)
79	Alimentazione parenterale	Parenterale	Indica se vi è necessità di alimentazione parenterale. Il nodo alimentazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	186	186	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2)
80	Gestione	GestioneStomia	Indica se vi è necessità di	N	1	187	187	1. Bisogno presente	OBB

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
	della stomia		una gestione della stomia. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.					2. Bisogno assente	(obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2)
81	Manovre per favorire eliminazione urinaria/ intestinale	ElimiUrinariaIntestinale	Indica se vi è necessità di un intervento di assistenza sanitaria per l'eliminazione urinaria e/o fecale. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	188	188	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2)
82	Assistenza per alterazione del ritmo sonno/veglia	AlterRitmoSonnoVegliata	Indica se vi è necessità di interventi di assistenza sanitaria per un'alterazione del ritmo sonno/veglia. Sono esclusi i casi in cui il problema non è tale da condizionare il piano di assistenza ed i casi in cui il problema è ben controllato dall'utilizzo di farmaci. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	189	189	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente=2)
83	Interventi di educazione terapeutica	IntEduTerapeutica	Indica se vi è necessità di interventi formali di educazione terapeutica.	N	1	190	190	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
			Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.						conferm a rivaluta zione precede nte=2)
84	Cura per Ulcere cutanee di 1° e 2°grado	CuraUlcereCutanee1 2Grado	Indica se vi è necessità di cure per ulcere cutanee di 1°e 2°grado Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	191	191	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbliga torio per conferm a rivaluta zione precede nte=2)
85	Cura per Ulcere cutanee di 3° e 4°grado	CuraUlcereCutanee3 4Grado	Indica se vi è necessità di cure per ulcere cutanee di 3°e 4°grado Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	192	192	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbliga torio per conferm a rivaluta zione precede nte=2)
86	Prelievi venosi non occasionali	PrelieviVenosiNonOc c	Indica se vi è necessità di prelievi venosi non occasionali (per esempio: monitoraggio terapia anticoagulante orale). Sono esclusi i casi di prelievo venoso occasionale, anche se ripetuti.	N	1	193	193	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbliga torio per conferm a rivaluta zione precede

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
			Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.						n=2)
87	ECG	ECG	Indica se vi è necessità di un elettrocardiogramma. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	194	194	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente n=2)
88	Telemetria	Telemetria	Indica se vi è necessità di una telemetria. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	195	195	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente n=2)
89	Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolare/infusione	TerSottocutIntraMusc Infus	Indica se vi è necessità in maniera continuativa o a cicli di una terapia intramuscolare o sottocutanea o infusiva tramite accesso venoso periferico. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	196	196	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma a rivalutazione precedente n=2)
90	Gestione catetere centrale	GestioneCatetere	Indica se vi è necessità di gestire un accesso	N	1	197	197	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbliga

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
			centrale (ad esempio: CVC, Porth-cath, cateterismo peridurale) Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.						torio per conferm a rivaluta zione precede nte=2)
91	Trasfusioni	Trasfusioni	Indica se vi è necessità di trasfusioni. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	198	198	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbliga torio per conferm a rivaluta zione precede nte=2)
92	Controllo del dolore	ControlloDolore	Indica se vi è la necessità di interventi di controllo del dolore. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	199	199	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbliga torio per conferm a rivaluta zione precede nte=2)
93	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica	AssistStatoTerminale Onc	Indica se vi è necessita di interventi assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica. Un assistito è da ritenersi terminale nel caso nel caso in cui è attivabile/ attivato un programma di	N	1	200	200	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbliga torio per conferm a rivaluta zione precede

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
			cure palliative, come previsto dalla L.38/2010 e sua applicazione. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento. In situazioni complesse generate da copresenza di stato terminale oncologico e non oncologico valorizzare solo il campo stato terminale oncologico con 1 (bisogno presente).						n=2)
94	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica	AssistStatoTerminale NonOnc	Indica se vi è necessita di interventi assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica. Un assistito è da ritenersi terminale nel caso nel caso in cui è attivabile/ attivato un programma di cure palliative, come previsto dalla L.38/2010 e sua applicazione. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento. In situazioni complesse generate da copresenza di stato terminale oncologico e non oncologico valorizzare solo il campo stato terminale oncologico con 1 (bisogno presente).	N	1	201	201	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferm a rivalutazione precedente nte=2)

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
95	Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità	Neurologico	Indica se vi è necessità di interventi riabilitativi neurologici. Il nodo trattamenti riabilitativi è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	202	202	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma rivalutazione precedente =2) (cfr. nota 3)
96	Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità	Ortopedico	Indica se vi è necessità di interventi riabilitativi ortopedici Il nodo trattamenti riabilitativi è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	203	203	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma rivalutazione precedente =2) (cfr. nota 3)
97	Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità	DiMantenimento	Indica se vi è necessità di interventi riabilitativi di mantenimento Il nodo trattamenti riabilitativi è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	204	204	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma rivalutazione precedente =2) (cfr. nota 3)

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
98	Supervisione continua di utenti con disabilità	SuperVisioneContinua	Indica se vi è necessità di supervisione continua. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	205	205	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma rivalutazione precedente =2) (cfr. nota 3)
99	Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità	AssistenzaIADL	Indica se vi è necessità di assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (pulizia della casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia, assumere farmaci...). Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	206	206	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma rivalutazione precedente =2) (cfr. nota 3)
100	Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità	AssistenzaADL	Indica se vi è necessità di utilizzare quando vi è bisogno di assistenza nelle attività di base della vita quotidiana della persona (fare il bagno, utilizzare i servizi igienici, lavarsi, vestirsi, mangiare, spostarsi). Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	207	207	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma rivalutazione precedente =2) (cfr. nota 3)

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
101	Supporto al caregiver	SupportoCareGiver	Identifica se la famiglia o l'assistente familiare necessita di supporto psicologico, formativo e di sollievo. Il nodo valutazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	208	208	1. Bisogno presente 2. Bisogno assente	OBB (obbligatorio per conferma rivalutazione precedente =2) (cfr. nota 3)
102	Numero accessi	NumeroAccessi	Indica il numero di accessi della medesima tipologia di operatore, nel corso della stessa giornata. Valorizzare solo in caso di accessi multipli.	N	2	209	210		FAC
103	Data di accesso	DataAccesso	Identifica la data in cui è effettuato l'accesso al domicilio dell'assistito. Gli accessi <i>post mortem</i> non sono da inviare nel presente flusso. Il nodo erogazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	D	8	211	218	Formato: AAAAMMGG Nei casi in cui non fosse disponibile l'informazione relativa al campo "Numero accessi", la descrizione del campo "data accesso" è da intendersi come "riferita al giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare da parte dell'operatore".	OBBV

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
104	Tipo operatore	TipoOperatore	Identifica l'operatore che ha effettuato l'accesso. Il nodo erogazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	2	219	220	1. MMG 2. PLS 3. infermiere 4. medico specialista 5. medico esperto in cure palliative 6. medico di continuità assistenziale 7. psicologo 8. fisioterapista 9. logopedista 10. OSS 11. dietista 12. assistente sociale SSP 13. terapeuta occupazionale 14. ostetrica 15. assistente sanitaria 99. altro	OBBV
105	Tipo prestazione	TipoPrestazione	Indica le informazioni inerenti le prestazioni Il nodo erogazione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	2	221	222	1. Visita domiciliare (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/ sociale e monitoraggio) 2. Prelievo ematico 3. Esami strumentali 4. Trasferimento competenze/educazione del care giver/ colloqui/ nursering/ addestramento 5. Supporto psicologico équipes-paziente-famiglia 6. Terapie iniettive attraverso le diverse vie di somministrazione 7. Terapia infusionale SC e EV 8. Emotrasfusione 9. Paracentesi, Toracentesi e altre manovre invasive, gestione di cateteri spinali o	FAC

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
								sistemi di neuromodulazione del dolore 10. Gestione ventilazione meccanica - tracheostomia - sostituzione canula - broncoaspirazione - ossigenoterapia 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 (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.) 17. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, ecc.) 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	

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
106	Numero prestazioni	NumeroPrestazioni	Indica la quantità delle prestazioni della stessa tipologia effettuate il medesimo giorno.	N	2	223	224		FAC
107	Data inizio sospensione	DataInizio	Indica la data in cui inizia la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito. Il nodo sospensione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	D	8	225	232	Formato: AAAAMMGG.	OBBV
108	Data fine sospensione	DataFine	Indica la data in cui termina la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito. Il nodo sospensione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	D	8	233	240	Formato: AAAAMMGG	FAC
109	Motivazione sospensione	Motivazione	Indica la motivazione della sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito. Il nodo sospensione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	1	241	241	1. Ricovero temporaneo in ospedale 2. Allontanamento temporaneo 3. Ricovero temporaneo in struttura residenziale 4. Sospensione amministrativa (qualora non vi siano prestazioni per 1 mese) 9. Altro	OBBV
110	Data conclusione dall'AD	DataAD	Indica la data in cui viene conclusa l'assistenza domiciliare all'assistito. Il nodo conclusione è obbligatorio al verificarsi	D	8	242	249	Formato: AAAAMMGG	OBBV

Nr.	Contenuti Informativi	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Da	A	Valori ammissibili	Obbl.
			dell'evento.						
111	Motivo conclusione dall'AD	Motivazione	Indica la motivazione per cui viene conclusa l'assistenza domiciliare all'assistito Il nodo conclusione è obbligatorio al verificarsi dell'evento.	N	2	250	251	1. Completamento del programma assistenziale 2. Ricoveri in ospedale 3. Decesso a domicilio 4. Decesso in ospedale 5. Trasferimento in struttura residenziale 6. Trasferimento in Hospice 7. Decesso in Hospice 8. Trasferimento in altra tipologia di Cure Domiciliari 9. Cambio residenza 10. Cambio medico 11. Volontà dell'utente 12. Chiusura amministrativa (in assenza di sospensione, qualora non vi siano prestazioni per 6 mesi) 98. Chiusura amministrativa con riapertura nell'anno successivo in assenza di sospensione 99. Altro	OBBV

³ Il campo è sempre obbligatorio, fatta eccezione l'ipotesi in cui il paziente sia in stato di terminalità. In questo caso, il campo può non essere valorizzato.

12. TRACCIATI XML E XSD

L'invio dei file al Ministero della Salute viene effettuato tramite un tracciato XML versione 1.0.

L'XML è un insieme di regole per formulare dei file in formato testo che permettono di strutturare i dati. L'XML rende facile la generazione di dati tramite un computer, la lettura dei dati ed il controllo sulla struttura in modo che non sia ambigua; è estensibile, indipendente dalla piattaforma e supporta i parametri internazionali e locali. Inoltre è pienamente compatibile con gli standard unicode.

Associato al tracciato XML, viene fornito il relativo documento XSD di convalida a cui fare riferimento; questo consentirà la lettura dei dati secondo uno specifico tracciato.

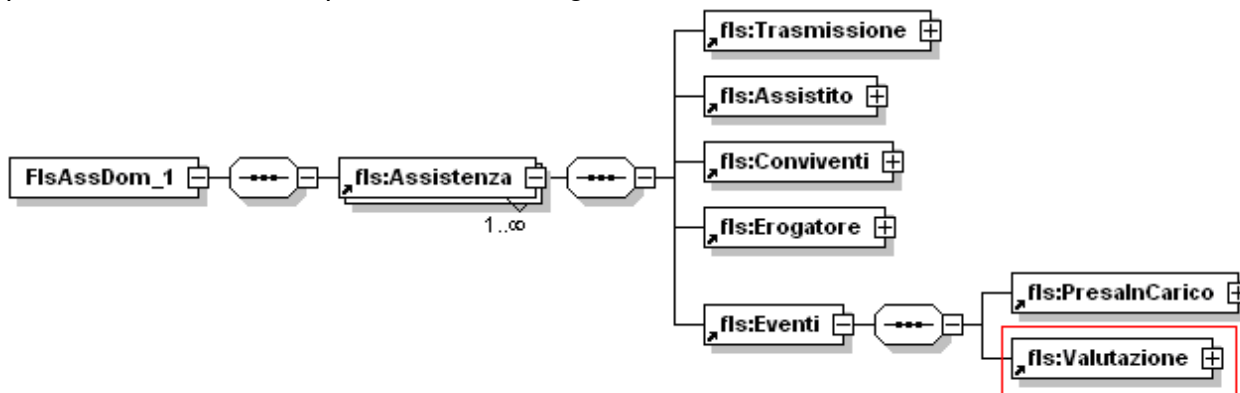
L'XSD è il linguaggio che specifica le caratteristiche del tipo di documento attraverso una serie di "regole grammaticali". In particolare definisce l'insieme degli elementi del documento XML, le relazioni gerarchiche tra gli elementi, l'ordine di apparizione nel documento XML e quali elementi e quali attributi sono opzionali o meno.

12.1 Tracciato 1 XML (Esempio)

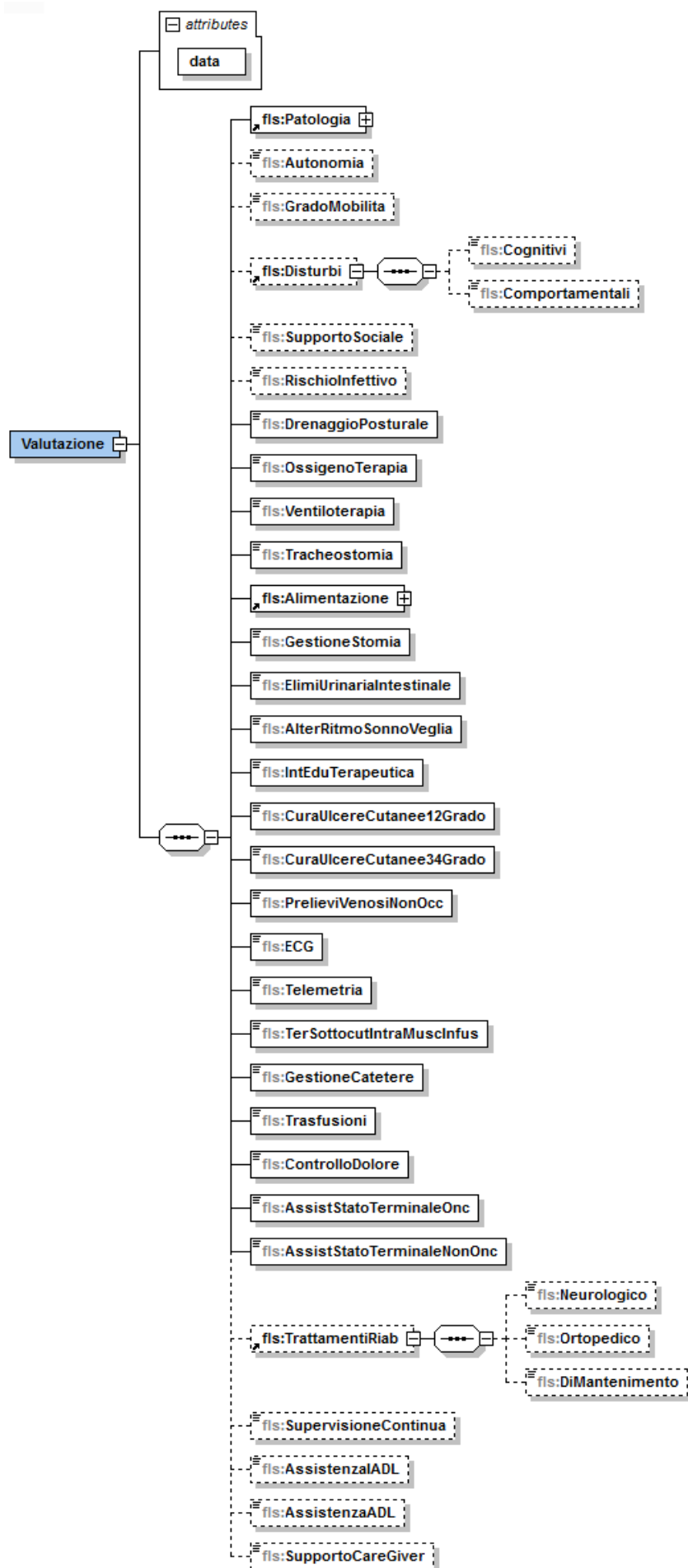
Di seguito si riporta un digramma relativo al flusso dei dati dell'xml per rendere chiara la gerarchia delle informazioni.

Il flusso "AssDom_1", o "nodo" inteso come nodo di informazioni, indica l'header, l'inizio del flusso xml. I connettori indicano la presenza di tag (istruzioni) all'interno del nodo. Vengono poi riportati gli altri flussi(o nodi) posizionati in modalità gerarchica.

I flussi al loro interno contengono le informazioni riportate nella tabella sopradescritta e più specificatamente nel disciplinare tecnico allegato al decreto ministeriale del 17 dicembre 2008.



Viene evidenziata la parte relativa alla Valutazione riportando di seguito le informazioni che sono contenute nel suo interno:



```

    <?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
< FlsAssDom_1 xmlns="http://flussi.mds.it/flsassdom_1" >
  < Assistenza >
    < Trasmissione tipo =" I " />
    < Assistito >
      < IdentificativoUnivoco > 1111100000EEEEEQQQQQ </ IdentificativoUnivoco >
      < DatiAnagrafici >
        < AnnoNascita > 1951 </ AnnoNascita >
        < Genere > 1 </ Genere >
        < Cittadinanza > IT </ Cittadinanza >
        < StatoCivile > 1 </ StatoCivile >
        < Residenza >
          < Regione > 999 </ Regione >
          < ASL > 999 </ ASL >
          < Comune > 999999 </ Comune >
          < StatoEstero > AA </ StatoEstero >
        </ Residenza >
      </ DatiAnagrafici >
    </ Assistito >
    < Conviventi >
      < NucleoFamiliare > 2 </ NucleoFamiliare >
      < AssistenteNonFamiliare > 1 </ AssistenteNonFamiliare >
    </ Conviventi >
    < Erogatore >
      < CodiceRegione > 010 </ CodiceRegione >
      < CodiceASL > 000 </ CodiceASL >
    </ Erogatore >
    < Eventi >
      < PresaInCarico data =" 2008-02-14 " soggettoRichiedente =" 1 "/>
      < Valutazione data =" 2008-02-20 ">
        < Patologia >
          < Prevalente > 010 </ Prevalente >
          < Concomitante > 015 </ Concomitante >
        </ Patologia >
        < Autonomia > 1 </ Autonomia >
        < GradoMobilita > 1 </ GradoMobilita >
        < Disturbi >
          < Cognitivi > 1 </ Cognitivi >
          < Comportamentali > 1 </ Comportamentali >
        </ Disturbi >
        < SupportoSociale > 1 </ SupportoSociale >
        < RischioInfettivo > 1 </ RischioInfettivo >
        < DrenaggioPosturale > 1 </ DrenaggioPosturale >
        < OssigenoTerapia > 1 </ OssigenoTerapia >
        < Ventiloterapia > 1 </ Ventiloterapia >
        < Tracheostomia > 1 </ Tracheostomia >
        < Alimentazione >
          < Assistita > 1 </ Assistita >
          < Enterale > 1 </ Enterale >
          < Parenterale > 1 </ Parenterale >
        </ Alimentazione >
        < GestioneStomia > 1 </ GestioneStomia >
        < EliminazioneUrinariaIntestinale > 1 </ EliminazioneUrinariaIntestinale >
        < AlterRitmoSonnoVeglia > 1 </ AlterRitmoSonnoVeglia >
        < InterventoEducativoTerapeutico > 1 </ InterventoEducativoTerapeutico >
        < CuraUlcereCutanee12Grado > 1 </ CuraUlcereCutanee12Grado >
        < CuraUlcereCutanee34Grado > 1 </ CuraUlcereCutanee34Grado >
        < PrelieviVenosiNonOcc > 1 </ PrelieviVenosiNonOcc >
        < ECG > 1 </ ECG >
      </ Valutazione >
    </ Eventi >
  </ Assistenza >
</ FlsAssDom_1 >

```

```
< Telemetria > 1 </ Telemetria >
< TerSottocutIntraMuscInfus > 1 </ TerSottocutIntraMuscInfus >
< GestioneCatetere > 1 </ GestioneCatetere >
< Trasfusioni > 1 </ Trasfusioni >
< ControlloDolore > 1 </ ControlloDolore >
< AssistStatoTerminaleOnc > 1 </ AssistStatoTerminaleOnc >
< AssistStatoTerminaleNonOnc > 1 </ AssistStatoTerminaleNonOnc >
< TrattamentiRiab >
  < Neurologico > 1 </ Neurologico >
  < Ortopedico > 1 </ Ortopedico >
  < DiMantenimento > 1 </ DiMantenimento >
</ TrattamentiRiab >
< SupervisioneContinua > 1 </ SupervisioneContinua >
< AssistenzaIADL > 1 </ AssistenzaIADL >
< AssistenzaADL > 1 </ AssistenzaADL >
< SupportoCareGiver > 1 </ SupportoCareGiver >
</ Valutazione >
</ Eventi >
</ Assistenza >
</ FlsAssDom_1 >
```

12.2. TRACCIATO 1 XSD

```

< xs:schema xmlns:fls =" http://flussi.mds.it/flsassdom_1 "
xmlns:xs =" http://www.w3.org/2001/XMLSchema "
targetNamespace =" http://flussi.mds.it/flsassdom_1 " elementFormDefault =" qualified "
attributeFormDefault =" unqualified ">
  < xs:simpleType name =" idUnivoco ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:maxLength value =" 32 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" anno ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-2]{1}[0-9]{3} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" genere ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-2]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" soggettoRichiedente ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-689]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" nucleoFamiliare ">
    < xs:restriction base =" xs:int ">
      < xs:minInclusive value =" 0 "/>
      < xs:maxInclusive value =" 99 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" assistenteNonFamiliare ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-2]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" supportoSociale ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-3]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" autonomia ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-3]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" gradoMobilita ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-3]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" disturbo ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-3]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >

```

```

< xs:simpleType name =" rischioInfettivo ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:pattern value =" [1-2]{1} "/">
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" bisogno ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:pattern value =" [1-2]{1} "/">
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" cittadinanza ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:pattern value =" [A-Z]{2} "/">
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" statoCivile ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:pattern value =" [1-59]{1} "/">
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" regioneResidenza ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:pattern value =" 010 "/">
    < xs:pattern value =" 020 "/">
    < xs:pattern value =" 030 "/">
    < xs:pattern value =" 041 "/">
    < xs:pattern value =" 042 "/">
    < xs:pattern value =" 050 "/">
    < xs:pattern value =" 060 "/">
    < xs:pattern value =" 070 "/">
    < xs:pattern value =" 080 "/">
    < xs:pattern value =" 090 "/">
    < xs:pattern value =" 100 "/">
    < xs:pattern value =" 110 "/">
    < xs:pattern value =" 120 "/">
    < xs:pattern value =" 121 "/">
    < xs:pattern value =" 130 "/">
    < xs:pattern value =" 140 "/">
    < xs:pattern value =" 150 "/">
    < xs:pattern value =" 160 "/">
    < xs:pattern value =" 170 "/">
    < xs:pattern value =" 180 "/">
    < xs:pattern value =" 190 "/">
    < xs:pattern value =" 200 "/">
    < xs:pattern value =" 999 "/">
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" regioneErogazione ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:pattern value =" 010 "/">
    < xs:pattern value =" 020 "/">
    < xs:pattern value =" 030 "/">
    < xs:pattern value =" 041 "/">
    < xs:pattern value =" 042 "/">
    < xs:pattern value =" 050 "/">
    < xs:pattern value =" 060 "/">
    < xs:pattern value =" 070 "/">
    < xs:pattern value =" 080 "/">
    < xs:pattern value =" 090 "/">

```



```

    < xs:pattern value =" 100 "/>
    < xs:pattern value =" 110 "/>
    < xs:pattern value =" 120 "/>
    < xs:pattern value =" 121 "/>
    < xs:pattern value =" 130 "/>
    < xs:pattern value =" 140 "/>
    < xs:pattern value =" 150 "/>
    < xs:pattern value =" 160 "/>
    < xs:pattern value =" 170 "/>
    < xs:pattern value =" 180 "/>
    < xs:pattern value =" 190 "/>
    < xs:pattern value =" 200 "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" codASL ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:pattern value =" [a-zA-Z0-9]{3} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" codASLResidenza ">
  < xs:restriction base =" fls:codASL ">
    < xs:pattern value =" 999 "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" comune ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:pattern value =" 999999 "/>
    < xs:pattern value =" [a-zA-Z0-9]{6} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" statoEstero ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:pattern value =" [A-Za-z]{2} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" tipoTrasmissione ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:pattern value =" [IVC]{1} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" patologia ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:length value =" 3 "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:element name =" Trasmissione ">
  < xs:complexType >
    < xs:attribute name =" tipo " type =" fls:tipoTrasmissione " use =" required "/>
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Assistito ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" IdentificativoUnivoco " type =" fls:idUnivoco "/>
      < xs:element ref =" fls:DatiAnagrafici "/>
    </ xs:sequence >
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" DatiAnagrafici ">

```

```

    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element name=" AnnoNascita " type=" fls:anno "/>
        < xs:element name=" Genere " type=" fls:genere "/>
        < xs:element name=" Cittadinanza " type=" fls:cittadinanza "/>
        < xs:element name=" StatoCivile " type=" fls:statoCivile "/>
        < xs:element ref=" fls:Residenza "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name=" Erogatore ">
    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element name=" CodiceRegione " type=" fls:regioneErogazione "/>
        < xs:element name=" CodiceASL " type=" fls:codASL "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name=" FlsAssDom_1 ">
    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element ref=" fls:Assistenza " maxOccurs=" unbounded "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name=" Assistenza ">
    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element ref=" fls:Trasmissione "/>
        < xs:element ref=" fls:Assistito "/>
        < xs:element ref=" fls:Conviventi "/>
        < xs:element ref=" fls:Erogatore "/>
        < xs:element ref=" fls:Eventi "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name=" Eventi ">
    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element ref=" fls:PresainCarico "/>
        < xs:element ref=" fls:Valutazione "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name=" Residenza ">
    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element name=" Regione " type=" fls:regioneResidenza "/>
        < xs:element name=" ASL " type=" fls:codASL "/>
        < xs:element name=" Comune " type=" fls:comune "/>
        < xs:element name=" StatoEstero " type=" fls:statoEstero "
minOccurs=" 0 "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name=" PresainCarico ">
    < xs:complexType >
      < xs:attribute name=" data " type=" xs:date " use=" required "/>
      < xs:attribute name=" soggettoRichiedente " type=" fls:soggettoRichiedente "

```

```

use =" required ">
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Conviventi ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" NucleoFamiliare " type =" xs:long ">
      < xs:element name =" AssistenteNonFamiliare "
type =" fls:assistenteNonFamiliare ">
    </ xs:sequence >
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Valutazione ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element ref =" fls:Patologia ">
      < xs:element name =" Autonomia " type =" fls:autonomia ">
      < xs:element name =" GradoMobilita " type =" fls:gradoMobilita ">
      < xs:element ref =" fls:Disturbi ">
      < xs:element name =" SupportoSociale " type =" fls:supportoSociale ">
      < xs:element name =" RischioInfettivo " type =" fls:rischioInfettivo ">
      < xs:element name =" DrenaggioPosturale " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" OssigenoTera pia " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" Ventiloterapia " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" Tracheostomia " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element ref =" fls:Alimentazione ">
      < xs:element name =" GestioneStomia " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" ElimiUrinariaIntestinale " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" AlterRitmoSonnoVeglia " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" IntEduTerapeutica " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" CuraUlcereCutanee12Grado "
type =" fls:bisogno ">
    < xs:element name =" CuraUlcereCutanee34Grado "
type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" PrelieviVenosiNonOcc " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" ECG " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" Telemetria " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" TerSottocutIntraMuscInfus " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" GestioneCatetere " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" Trasfusioni " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" ControlloDolore " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" AssistStatoTerminaleOnc " type =" fls:bisogno ">
      < xs:element name =" AssistStatoTerminaleNonOnc "
type =" fls:bisogno ">
    < xs:element ref =" fls:TrattamentiRiab ">
    < xs:element name =" SupervisioneContinua " type =" fls:bisogno ">
    < xs:element name =" AssistenzaIADL " type =" fls:bisogno ">
    < xs:element name =" AssistenzaADL " type =" fls:bisogno ">
    < xs:element name =" SupportoCareGiver " type =" fls:bisogno ">
  </ xs:sequence >
  < xs:attribute name =" data " type =" xs:date " use =" required ">
</ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Patologia ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" Prevalente " type =" fls:patologia ">
      < xs:element name =" Concomitante " type =" fls:patologia ">
    </ xs:sequence >

```

```
</ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Alimentazione ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" Assistita " type =" fls:bisogno "/>
      < xs:element name =" Enterale " type =" fls:bisogno "/>
      < xs:element name =" Parenterale " type =" fls:bisogno "/>
    </ xs:sequence >
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" TrattamentiRiab ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" Neurologico " type =" fls:bisogno "/>
      < xs:element name =" Ortopedico " type =" fls:bisogno "/>
      < xs:element name =" DiMantenimento " type =" fls:bisogno "/>
    </ xs:sequence >
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Disturbi ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" Cognitivi " type =" fls:disturbo "/>
      < xs:element name =" Comportamentali " type =" fls:disturbo "/>
    </ xs:sequence >
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" StatoCivile ">
  < xs:simpleType >
    < xs:restriction base =" xs:byte ">
      < xs:enumeration value =" 2 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
</ xs:element >
</ xs:schema >
```

Tracciato 2 XML (Esempio)

```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
< FlsAssDom_2 xmlns="http://flu.ssi.mds.it/flsassdom_2" >
  < Assistenza >
    < Trasmissione tipo = " I " />
    < Assistito >
      < IdentificativoUnivoco > A2345678901B3456789012C456789012 </ IdentificativoUnivoco >
    </ Assistito >
    < Erogatore >
      < CodiceRegione > 010 </ CodiceRegione >
      < CodiceASL > 000 </ CodiceASL >
    </ Erogatore >
    < Eventi >
      < PresaInCarico data = " 2008-08-13 " />
      < Rivalutazione data = " 2008-08-13 " motivo = " 1 " confermaPrecedente = " 2 " >
        < Valutazione >
          < Patologia >
            < Prevalente > Str </ Prevalente >
            < Concomitante > Str </ Concomitante >
          </ Patologia >
          < Autonomia > 1 </ Autonomia >
          < GradoMobilita > 1 </ GradoMobilita >
          < Disturbi >
            < Cognitivi > 1 </ Cognitivi >
            < Comportamentali > 1 </ Comportamentali >
          </ Disturbi >
          < SupportoSociale > 1 </ SupportoSociale >
          < RischioInfettivo > 1 </ RischioInfettivo >
          < DrenaggioPosturale > 1 </ DrenaggioPosturale >
          < OssigenoTerapia > 1 </ OssigenoTerapia >
          < Ventiloterapia > 1 </ Ventiloterapia >
          < Tracheostomia > 1 </ Tracheostomia >
          < Alimentazione >
            < Assistita > 1 </ Assistita >
            < Enterale > 1 </ Enterale >
            < Parenterale > 1 </ Parenterale >
          </ Alimentazione >
          < GestioneStomia > 1 </ GestioneStomia >
          < EliminazioneUrinariaIntestinale > 1 </ EliminazioneUrinariaIntestinale >
          < AlterRitmoSonnoVeglia > 1 </ AlterRitmoSonnoVeglia >
          < InterventoEducativoTerapeutico > 1 </ InterventoEducativoTerapeutico >
        </ Valutazione >
      </ Rivalutazione >
    </ Eventi >
    < CuraUlcereCutanee12 Grado > 1 </ CuraUlcereCutanee12Grado >
    < CuraUlcereCutanee34 Grado > 1 </ CuraUlcereCutanee34Grado >
      < PrelieviVenosiNonOcc > 1 </ PrelieviVenosiNonOcc >
      < ECG > 1 </ ECG >
      < Telemetria > 1 </ Telemetria >
      < TerSottocutIntraMuscInfus > 1 </ TerSottocutIntraMuscInfus >
      < GestioneCatetere > 1 </ GestioneCatetere >
      < Trasfusioni > 1 </ Trasfusioni >
      < ControlloDolore > 1 </ ControlloDolore >
      < AssistStatoTerminaleOnc > 1 </ AssistStatoTerminaleOnc >
    </ CuraUlcereCutanee34 Grado >
    < AssistStatoTerminaleNonOnc > 1 </ AssistStatoTerminaleNonOnc >
      < TrattamentiRiab >
        < Neurologico > 1 </ Neurologico >
      </ TrattamentiRiab >
    </ AssistStatoTerminaleNonOnc >
  </ Assistenza >
</ FlsAssDom_2 >

```

```

        < Ortopedico > 1 </ Ortopedico >
        < DiMantenimento > 1 </ DiMantenimento >
    </ TrattamentiRiab >
    < SupervisioneContinua > 1 </ SupervisioneContinua >
    < AssistenzaIADL > 1 </ AssistenzaIADL >
    < AssistenzaADL > 1 </ AssistenzaADL >
    < SupportoCareGiver > 1 </ SupportoCareGiver >
    </ Valutazione >
</ Rivalutazione >
< Rivalutazione data =" 2008-09 -10 " motivo =" 2 " confermaPrecedente =" 1 ">

</ Rivalutazione >
< Erogazione data =" 2008-09-03 " >
    < TipoOperatore > 1 </ TipoOperatore >
    < Prestazioni >
        < TipoPrestazione > 1 </ TipoPrestazione >
        < numPrestazione > 2 </ numPrestazione >
    </ Prestazioni >
    < Prestazioni >
        < TipoPrestazione > 2 </ TipoPrestazione >
        < numPrestazione > 1 </ numPrestazione >

    </ Prestazioni >
</ Erogazione >
< Erogazione data =" 2008-09-12 " numAccessi =" 2 " >
    < TipoOperatore > 1 </ TipoOperatore >
</ Erogazione >
< Sospensione dataInizio =" 2008-06-03 " dataFine =" 2008-06-18 ">
    < Motivazione > 1 </ Motivazione >
</ Sospensione >
< Conclusione dataAD =" 2008-09 -30 ">
    < Motivazione > 1 </ Motivazione >
</ Conclusione >
</ Eventi >
</ Assistenza >
</ FlsAssDom_2 >

```

Tracciato 2 XSD

```

< xs:schema xmlns:fls =" http://flussi.mds.it/flsassdom_2 "
xmlns:xs =" http://www.w3.org/2001/XMLSchema "
targetNamespace =" http://flussi.mds.it/flsassdom_2 " elementFormDefault =" qualified "
attributeFormDefault =" unqualified ">
  < xs:simpleType name =" idUnivoco ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:maxLength value =" 32 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" numAccessi ">
    < xs:restriction base =" xs:long ">
      < xs:minInclusive value =" 1 "/>
      < xs:maxInclusive value =" 99 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" tipoOperatore ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-9]{1}|1[0-3]{1}|99 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" tipoPrestazione ">
    < xs:restriction base =" xs:long ">
      < xs:minInclusive value =" 1 "/>
      < xs:maxInclusive value =" 21 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" quantitaPrestazione ">
    < xs:restriction base =" xs:long ">
      < xs:minInclusive value =" 1 "/>
      < xs:maxInclusive value =" 99 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" motivazioneConclusione ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-9]{1}|1[0-2]{1}|98|99 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" assistenteNonFamiliare ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-2]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" supportoSociale ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-3]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" autonomia ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-3]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" gradoMobilita ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-3]{1} "/>

```

```
</ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name = " disturbo ">
  < xs:restriction base = " xs:string ">
    < xs:pattern value = " [1-3]{1} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name = " motivoRivalutazione ">
  < xs:restriction base = " xs:string ">
    < xs:pattern value = " [1-2]{1} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name = " confermaPrecedente ">
  < xs:restriction base = " xs:string ">
    < xs:pattern value = " [1-2]{1} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >

< xs:simpleType name = " rischioInfettivo ">
  < xs:restriction base = " xs:string ">
    < xs:pattern value = " [1-2]{1} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name = " motivazioneSospensione ">
  < xs:restriction base = " xs:string ">
    < xs:pattern value = " [1-39]{1} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name = " bisogno ">
  < xs:restriction base = " xs:string ">
    < xs:pattern value = " [1-2]{1} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name = " regioneErogazione ">
  < xs:restriction base = " xs:string ">
    < xs:pattern value = " 010 "/>
    < xs:pattern value = " 020 "/>
    < xs:pattern value = " 030 "/>
    < xs:pattern value = " 041 "/>
    < xs:pattern value = " 042 "/>
    < xs:pattern value = " 050 "/>
    < xs:pattern value = " 060 "/>
    < xs:pattern value = " 070 "/>
    < xs:pattern value = " 080 "/>
    < xs:pattern value = " 090 "/>
    < xs:pattern value = " 100 "/>
    < xs:pattern value = " 110 "/>
    < xs:pattern value = " 120 "/>
    < xs:pattern value = " 121 "/>
    < xs:pattern value = " 130 "/>
    < xs:pattern value = " 140 "/>
    < xs:pattern value = " 150 "/>
    < xs:pattern value = " 160 "/>
    < xs:pattern value = " 170 "/>
    < xs:pattern value = " 180 "/>
    < xs:pattern value = " 190 "/>
    < xs:pattern value = " 200 "/>
  </ xs:restriction >
```



```

</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="codASL">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[a-zA-Z0-9]{3}" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="comune">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="999999" />
    <xs:pattern value="[a-zA-Z0-9]{6}" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="tipoTrasmissione">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[IVC]{1}" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="patologia">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="3" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:element name="Trasmissione">
  <xs:complexType>
    <xs:attribute name="tipo" type="fls:tipoTrasmissione" use="required" />
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Assistito">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="IdentificativoUnivoco" type="fls:idUnivoco" />
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Erogatore">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="CodiceRegione" type="fls:regioneErogazione" />
      <xs:element name="CodiceASL" type="fls:codASL" />
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="FlsAssDom_2">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element ref="fls:Assistenza" maxOccurs="unbounded" />
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Assistenza">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element ref="fls:Trasmissione" />
      <xs:element ref="fls:Assistito" />
      <xs:element ref="fls:Erogatore" />
      <xs:element ref="fls:Eventi" />
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>

```

```

< xs:element name =" Eventi ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element ref =" fls:PresaInCarico "/>
      < xs:element ref =" fls:Rivalutazione " minOccurs =" 0 "
maxOccurs =" unbounded "/>
      < xs:element ref =" fls:Erogazione " minOccurs =" 0 "
maxOccurs =" unbounded "/>
      < xs:element ref =" fls:Sospensione " minOccurs =" 0 "
maxOccurs =" unbounded "/>
      < xs:element ref =" fls:Conclusione " minOccurs =" 0 "/>
    </ xs:sequence >
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Erogazione ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" TipoOperatore " type =" fls:tipoOperatore "/>
      < xs:element ref =" fls:Prestazioni " minOccurs =" 0 "
maxOccurs =" unbounded "/>
    </ xs:sequence >
    < xs:attribute name =" data " type =" xs:date " use =" required "/>
    < xs:attribute name =" numAccessi " type =" fls:numAccessi " use =" optional "/>
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Prestazioni ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" TipoPrestazione " type =" fls:tipoPrestazione "/>
      < xs:element name =" numPrestazione "
type =" fls:quantitaPrestazione "/>
    </ xs:sequence >
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Sospensione ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" Motivazione "
type =" fls:motivazioneSospensione "/>
    </ xs:sequence >
    < xs:attribute name =" dataInizio " type =" xs:date " use =" required "/>
    < xs:attribute name =" dataFine " type =" xs:date " use =" optional "/>
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Conclusione ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" Motivazione "
type =" fls:motivazioneConclusione "/>
    </ xs:sequence >
    < xs:attribute name =" dataAD " type =" xs:date " use =" required "/>
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" PresaInCarico ">
  < xs:complexType >
    < xs:attribute name =" data " type =" xs:date " use =" required "/>
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Rivalutazione ">

```

```

    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element ref=" fls:Valutazione " minOccurs=" 0 "/>
      </ xs:sequence >
      < xs:attribute name=" data " type=" xs:date " use=" required "/>
      < xs:attribute name=" motivo " type=" fls:motivoRivalutazione "
use=" required "/>
    < xs:attribute name=" confermaPrecedente " type=" fls:confermaPrecedente " use=" required "/>
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name=" Valutazione ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element ref=" fls:Patologia "/>
      < xs:element name=" Autonomia " type=" fls:autonomia "/>
      < xs:element name=" GradoMobilita " type=" fls:gradoMobilita "/>
      < xs:element ref=" fls:Disturbi "/>
      < xs:element name=" SupportoSociale " type=" fls:supportoSociale "/>
      < xs:element name=" RischioInfettivo " type=" fls:rischioInfettivo "/>
      < xs:element name=" DrenaggioPosturale " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" OssigenoTerapia " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" Ventiloterapia " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" Tracheostomia " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element ref=" fls:Alimentazione "/>
      < xs:element name=" GestioneStomia " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" ElimiUrinariaIntestinale " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" AlterRitmoSonnoVeglia " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" IntEduTerapeutica " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" CuraUlcereCutanee12Grado "
type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" CuraUlcereCutanee34Grado "
type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" PrelieviVenosiNonOcc " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" ECG " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" Telemetria " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" TerSottocutIntraMuscInfus " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" GestioneCatetere " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" Trasfusioni " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" ControlloDolore " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" AssistStatoTerminaleOnc " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" AssistStatoTerminaleNonOnc "
type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element ref=" fls:TrattamentiRiab "/>
      < xs:element name=" SupervisioneContinua " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" AssistenzaIADL " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" AssistenzaADL " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" SupportoCareGiver " type=" fls:bisogno "/>
    </ xs:sequence >
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name=" Patologia ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name=" Prevalente " type=" fls:patologia "/>
      < xs:element name=" Concomitante " type=" fls:patologia "/>
    </ xs:sequence >
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name=" Alimentazione ">

```

```

    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element name =" Assistita " type =" fls:bisogno "/>
        < xs:element name =" Enterale " type =" fls:bisogno "/>
        < xs:element name =" Parenterale " type =" fls:bisogno "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name =" TrattamentiRiab ">
    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element name =" Neurologico " type =" fls:bisogno "/>
        < xs:element name =" Ortopedico " type =" fls:bisogno "/>
        < xs:element name =" DiMantenimento " type =" fls:bisogno "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name =" Disturbi ">
    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element name =" Cognitivi " type =" fls:disturbo "/>
        < xs:element name =" Comportamentali " type =" fls:distur bo "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name =" StatoCivile ">
    < xs:simpleType >
      < xs:restriction base =" xs:byte ">
        < xs:enu meration value =" 2 "/>
      </ xs:restriction >
    </ xs:simpleType >
  </ xs:element >
</ xs:schema >

```

ALLEGATO A

Codici Nazioni ISO 3166-11

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
4	AFG	AF	Afghanistan
8	ALB	AL	Albania
12	DZA	DZ	Algeria
20	AND	AD	Andorra
24	AGO	AO	Angola
660	AIA	AI	Anguilla
10	ATA	AQ	Antartide
28	ATG	AG	Antigua e Barbuda
530	ANT	AN	Antille Olandesi
682	SAU	SA	Arabia Saudita
32	ARG	AR	Argentina
51	ARM	AM	Armenia
533	ABW	AW	Aruba
36	AUS	AU	Australia
40	AUT	AT	Austria
31	AZE	AZ	Azerbaijan
44	BHS	BS	Bahamas
48	BHR	BH	Bahrain
50	BGD	BD	Bangladesh
52	BRB	BB	Barbados
56	BEL	BE	Belgio
84	BLZ	BZ	Belize
204	BEN	BJ	Benin
60	BMU	BM	Bermuda
112	BLR	BY	Bielorussia
64	BTN	BT	Bhutan
68	BOL	BO	Bolivia
70	BIH	BA	Bosnia Erzegovina
72	BWA	BW	Botswana
76	BRA	BR	Brasile
96	BRN	BN	Brunei Darussalam
100	BGR	BG	Bulgaria
854	BFA	BF	Burkina Faso

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
108	BDI	BI	Burundi
116	KHM	KH	Cambogia
120	CMR	CM	Camerun
124	CAN	CA	Canada
132	CPV	CV	Capo Verde
148	TCD	TD	Ciad
152	CHL	CL	Cile
156	CHN	CN	Cina
196	CYP	CY	Cipro
336	VAT	VA	Città del Vaticano
170	COL	CO	Colombia
174	COM	KM	Comore
408	PRK	KP	Corea del Nord
410	KOR	KR	Corea del Sud
188	CRI	CR	Costa Rica
384	CIV	CI	Costa d'Avorio
191	HRV	HR	Croazia
192	CUB	CU	Cuba
208	DNK	DK	Danimarca
212	DMA	DM	Dominica
218	ECU	EC	Ecuador
818	EGY	EG	Egitto
372	IRL	IE	Eire
222	SLV	SV	El Salvador
784	ARE	AE	Emirati Arabi Uniti
232	ERI	ER	Eritrea
233	EST	EE	Estonia
231	ETH	ET	Etiopia
643	RUS	RU	Federazione Russa
242	FJI	FJ	Fiji
608	PHL	PH	Filippine
246	FIN	FI	Finlandia
250	FRA	FR	Francia

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
266	GAB	GA	Gabon
270	GMB	GM	Gambia
268	GEO	GE	Georgia
276	DEU	DE	Germania
288	GHA	GH	Ghana
388	JAM	JM	Giamaica
392	JPN	JP	Giappone
292	GIB	GI	Gibilterra
262	DJI	DJ	Gibuti
400	JOR	JO	Giordania
300	GRC	GR	Grecia
308	GRD	GD	Grenada
304	GRL	GL	Groenlandia
312	GLP	GP	Guadalupa
316	GUM	GU	Guam
320	GTM	GT	Guatemala
324	GIN	GN	Guinea
624	GNB	GW	Guinea-Bissau
226	GNQ	GQ	Guinea Equatoriale
328	GUY	GY	Guyana
254	GUF	GF	Guyana Francese
332	HTI	HT	Haiti
340	HND	HN	Honduras
344	HKG	HK	Hong Kong
356	IND	IN	India
360	IDN	ID	Indonesia
364	IRN	IR	Iran
368	IRQ	IQ	Iraq
74	BVT	BV	Isola di Bouvet
833		IM	Isola di Man
162	CXR	CX	Isola di Natale
334	HMD	HM	Isola Heard e Isole McDonald
136	CYM	KY	Isole Cayman
166	CCK	CC	Isole Cocos
184	COK	CK	Isole Cook
238	FLK	FK	Isole Falkland
234	FRO	FO	Isole Faroe

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
584	MHL	MH	Isole Marshall
580	MNP	MP	Isole Marianne Settentrionali
581	UMI	UM	Isole Minori degli Stati Uniti d'America
574	NFK	NF	Isola Norfolk
90	SLB	SB	Isole Solomon
796	TCA	TC	Isole Turks e Caicos
850	VIR	VI	Isole Vergini Americane
92	VGB	VG	Isole Vergini Britanniche
376	ISR	IL	Israele
352	ISL	IS	Islanda
380	ITA	IT	Italia
398	KAZ	KZ	Kazakhstan
404	KEN	KE	Kenya
417	KGZ	KG	Kirghizistan
296	KIR	KI	Kiribati
414	KWT	KW	Kuwait
418	LAO	LA	Laos
428	LVA	LV	Lettonia
426	LSO	LS	Lesotho
422	LBN	LB	Libano
430	LBR	LR	Liberia
434	LBY	LY	Libia
438	LIE	LI	Liechtenstein
440	LTU	LT	Lituania
442	LUX	LU	Lussemburgo
446	MAC	MO	Macao
807	MKD	MK	Macedonia
450	MDG	MG	Madagascar
454	MWI	MW	Malawi
462	MDV	MV	Maldiva
458	MYS	MY	Malesia
466	MLI	ML	Mali
470	MLT	MT	Malta
504	MAR	MA	Marocco

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
474	MTQ	MQ	Martinica
478	MRT	MR	Mauritania
480	MUS	MU	Maurizius
175	MYT	YT	Mayotte
484	MEX	MX	Messico
498	MDA	MD	Moldavia
492	MCO	MC	Monaco
496	MNG	MN	Mongolia
500	MSR	MS	Montserrat
508	MOZ	MZ	Mozambico
104	MMR	MM	Myanmar
516	NAM	NA	Namibia
520	NRU	NR	Nauru
524	NPL	NP	Nepal
558	NIC	NI	Nicaragua
562	NER	NE	Niger
566	NGA	NG	Nigeria
570	NIU	NU	Niue
578	NOR	NO	Norvegia
540	NCL	NC	Nuova Caledonia
554	NZL	NZ	Nuova Zelanda
512	OMN	OM	Oman
528	NLD	NL	Paesi Bassi
586	PAK	PK	Pakistan
585	PLW	PW	Palau
591	PAN	PA	Panamá
598	PNG	PG	Papua Nuova Guinea
600	PRY	PY	Paraguay
604	PER	PE	Peru
612	PCN	PN	Pitcairn
258	PYF	PF	Polinesia Francese
616	POL	PL	Polonia
620	PRT	PT	Portogallo
630	PRI	PR	Porto Rico
634	QAT	QA	Qatar
826	GBR	GB	Regno Unito
203	CZE	CZ	Repubblica

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
			Ceca
140	CAF	CF	Repubblica Centrafricana
178	COG	CG	Repubblica del Congo
180	COD	CD	Repubblica Democratica del Congo
214	DOM	DO	Repubblica Dominicana
638	REU	RE	Reunion
642	ROU	RO	Romania
646	RWA	RW	Ruanda
732	ESH	EH	Sahara Occidentale
659	KNA	KN	Saint Kitts e Nevis
666	SPM	PM	Saint Pierre e Miquelon
670	VCT	VC	Saint Vincent e Grenadine
882	WSM	WS	Samoa
16	ASM	AS	Samoa Americane
674	SMR	SM	San Marino
654	SHN	SH	Sant'Elena
662	LCA	LC	Santa Lucia
678	STP	ST	Sao Tome e Principe
686	SEN	SN	Senegal
891	SCG	CS	Serbia e Montenegro
690	SYC	SC	Seychelles
694	SLE	SL	Sierra Leone
702	SGP	SG	Singapore
760	SYR	SY	Siria
703	SVK	SK	Slovacchia
705	SVN	SI	Slovenia
706	SOM	SO	Somalia
724	ESP	ES	Spagna
144	LKA	LK	Sri Lanka

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
583	FSM	FM	Stati Federati della Micronesia
840	USA	US	Stati Uniti d'America
710	ZAF	ZA	Sud Africa
239	SGS	GS	Sud Georgia e Isole Sandwich
736	SDN	SD	Sudan
740	SUR	SR	Suriname
744	SJM	SJ	Svalbard e Jan Mayen
752	SWE	SE	Svezia
756	CHE	CH	Svizzera
748	SWZ	SZ	Swaziland
762	TJK	TJ	Tagikistan
764	THA	TH	Tailandia
158	TWN	TW	Taiwan
834	TZA	TZ	Tanzania
92	IOT	IO	Territori Britannici dell'Oceano Indiano
260	ATF	TF	Territori Francesi del Sud

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
275	PSE	PS	Territori Palestinesi Occupati
626	TLS	TL	Timor Est
768	TGO	TG	Togo
772	TKL	TK	Tokelau
776	TON	TO	Tonga
780	TTO	TT	Trinidad e Tobago
788	TUN	TN	Tunisia
792	TUR	TR	Turchia
795	TKM	TM	Turkmenistan
798	TUV	TV	Tuvalu
804	UKR	UA	Ucraina
800	UGA	UG	Uganda
348	HUN	HU	Ungheria
858	URY	UY	Uruguay
860	UZB	UZ	Uzbekistan
548	VUT	VU	Vanuatu
862	VEN	VE	Venezuela
704	VNM	VN	Vietnam
876	WLF	WF	Wallis e Futuna
887	YEM	YE	Yemen
894	ZMB	ZM	Zambia
716	ZWE	ZW	Zimbabwe

ALLEGATO B

Schede per la rilevazione dei dati

1. SEGNALAZIONE / PRESA IN CARICO DELL'UTENTE

(al Servizio di Medicina di Base dal Comprensorio Sanitario di)

Data della segnalazione	____/____/____	
Distretto		
Cognome e Nome del paziente		☐ M ☐ F
Data di nascita	____/____/____	
Indirizzo		
Comune di residenza		
Recapiti telefonici		
Esenzione ticket	☐ Sì ☐ No	
Altri servizi coinvolti		
Soggetto che richiede la presa in carico	☐ Utente ☐ Famiglia ☐ Scuola ☐ Medico di Med. Gen. / Guardia Medica / Pediatra ☐ Medico specialista ☐ Ospedale ☐ Servizio Infermieristico distrettuale ☐ Servizi sociali ☐ Servizio riabilitativo ☐ Servizio di neuropsichiatria infantile ☐ CSM o altri serv. e strutture psichiatriche private ☐ Consultorio familiare ☐ Autorità giudiziaria e forze di polizia ☐ Hospice / Centro di cure palliative ☐ Servizio per l'accertamento della non-autosufficienza ☐ Altro	
Data della presa in carico	____/____/____	
Medico di medicina generale / Pediatra di libera scelta		
Infermiere		

Il paziente ed i suoi familiari concordano il programma di Assistenza Domiciliare Integrata

Firma del medico di medicina generale / Pediatra di libera scelta

.....

Firma del paziente o dei familiari

Firma del Responsabile del Servizio Infermieristico

.....

1.1. VERIFICA CRITERI / AUTORIZZAZIONE

Si autorizza:

Data inizio: / /		Accessi	
Data termine: / /			
		(S=settimanali, Q=quindicinali, M=mensili)	Numero
☐ ADI 1° livello	Infermieristica		
☐ ADI 2° livello	MMG / PLS		
	Altri operatori		

Data: / /

Firma del Responsabile del Servizio di Medicina di Base

2. VALUTAZIONE DELL'UTENTE

Data di valutazione	/ /
---------------------	--

Valutazione di competenza medica		Valutazione di competenza infermieristica	
Patologia prevalente Codice ICD 9 CM		Autonomia	☐ Autonomo ☐ Parzialmente dipendente ☐ Totalmente dipendente
Patologia concomitante Codice ICD 9 CM	 ☐ Non rilevata	Supporto sociale	☐ Presente ☐ Parziale/temporaneo ☐ Non presente
Grado di mobilità	☐ Si sposta da solo (anche con l'aiuto di ausili) ☐ Si sposta assistito ☐ Non si sposta	Farmaci	Medikamente/farmaci Einnahme/assunzione ☐ selbständig/autonomamente ☐ mit Überwachung con sorveglianza ☐ Medikamente richten necessita preparazione Aufbewahrungsort der Medikamente Luogo della conservazione dei farmaci
Presenza di disturbi cognitivi	☐ Assenti o lievi ☐ Moderati ☐ Gravi		
Presenza di disturbi comportamentali	☐ Assenti o lievi ☐ Moderati ☐ Gravi	Comunicazione - Udito - Vista	1. KOMMUNIKATION/COMUNICAZIONE Sprechvermögen/Capacità di parola ☐ spontan/spontaneo ☐ nur wenn angesprochen/solo se stimolato/a ☐ nicht möglich/assente ☐ nicht verbal/non verbale ☐ nicht verständlich/incomprensibile Mimik/mimica Hörvermögen/Udito ☐ vollständig/integro ☐ eingeschränkt/compromesso ☐ Taubheit/sordità ☐ Hörapparat/apparecchio acustico Sehvermögen/Vista ☐ vollständig/integra ☐ eingeschränkt/compromessa ☐ Blindheit/cecità ☐ ln/sx ☐ re/dx ☐ Brille/occhiali ☐ Kontaktlinse/lenti a contatto Schreiben/capacità di scrittura ☐ ja/si ☐ nein/no

Supporto presente*:

Persona di riferimento:		
Assistente non familiare convivente (24h)	☐ presente (con funz. di care giver) ☐ presente (senza funz. di care giver)	☐ non presente
Nucleo familiare convivente	_ _ _ Numero dei componenti (escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente)	

*: cura del medico curante e dell'infermiere

BISOGNI RILEVATI (crocettare i bisogni rilevati / le procedure in atto)

Di competenza medica	Di competenza infermieristica
☐ Alimentazione enterale ☐ Alimentazione parenterale ☐ Assistenza per l'alterazione sonno/veglia ☐ Bronco aspirazione-drenaggio posturale ☐ Controllo del dolore ☐ E.C.G. ☐ Interventi di educazione terapeutica ☐ Ossigenoterapia ☐ Prelievi venosi non occasionali ☐ Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolo/infusionale ☐ Rischio infettivo ☐ Telemetria ☐ Tracheostomia ☐ Trasfusioni ☐ Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità ☐ Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità ☐ Ventiloterapia	☐ Alimentazione assistita ☐ Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità ☐ Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità ☐ Bisogni assistenziali per terminalità non oncologica ☐ Bisogni assistenziali per terminalità oncologica ☐ Cura di ulcere cutanee di I e II grado ☐ Cura di ulcere cutanee di III e IV grado ☐ Gestione catetere centrale ☐ Gestione della stomia ☐ Manovre per favorire l'eliminazione urinaria/intestinale ☐ Supervisione continua di utenti con disabilità ☐ Supporto al care giver ☐ Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità

4. SOSPENSIONE A.D.I.	6. CONCLUSIONE A.D.I.
Data <i>inizio sospensione</i> _ _ / _ _ / _ _ _ _	Data <i>conclusione A.D.I.</i> _ _ / _ _ / _ _ _ _
Motivo sospensione ☐ <i>Ricovero temporaneo in ospedale</i> ☐ <i>Allontanamento temporaneo</i> ☐ <i>Ricovero temporaneo in struttura residenziale</i> ☐ <i>Altro</i>	Motivo conclusione ☐ Completamento del programma assistenziale ☐ Ricoveri in ospedale ☐ Decesso a domicilio ☐ Decesso in ospedale ☐ Trasferimento in struttura residenziale ☐ Trasferimento in Hospice ☐ Decesso in Hospice ☐ Trasferimento in altra tipol. di cure domiciliari ☐ Cambio residenza ☐ Cambio medico ☐ Volontà dell'utente ☐ Chiusura amministrativa (in assenza di sospensione, qualora non vi siano prestazioni per 6 mesi) ☐ Altro
Data <i>fine sospensione</i> _ _ / _ _ / _ _ _ _	

3. EROGAZIONE PRESTAZIONI

Cognome / Nome del paziente:
Data di nascita: / /
Medico di medicina generale / Pediatra di libera scelta:

Data di accesso	/ /
------------------------	--

Operatore:

☐ MMG ☐ PLS ☐ Infermiere ☐ Medico specialista ☐ Medico esperto in cure palliative ☐ Medico di continuità assistenziale ☐ Psicologo ☐ Fisioterapista	☐ Logopedista ☐ OSS ☐ Dietista ☐ Assistente sociale del SSN ☐ Terapista occupazionale ☐ Ostetrica ☐ Assistente sanitaria ☐ Altro	Numero di accessi del singolo operatore nella stessa data
--	---	--

Prestazione erogata	Numero
1. ☐ Visita domiciliare (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/ sociale e monitoraggio)	
2. ☐ Prelievo ematico	
3. ☐ Esami strumentali	
4. ☐ Trasferimento competenze/educazione del care giver/colloqui/nursering/ addestramento	
5. ☐ Supporto psicologico équipes-paziente-famiglia	
6. ☐ Terapie iniettive attraverso le diverse vie di somministrazione	
7. ☐ Terapia infusione SC e EV	
8. ☐ Emotrasfusione	
9. ☐ Paracentesi, Toracentesi e altre manovre invasive, gestione di cateteri spinali o sistemi di neuromodulazione del dolore	
10. ☐ Gestione ventilazione meccanica - tracheostomia - sostituzione canula - broncoaspirazione - ossigenoterapia	
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 (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)	
17. ☐ Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, ecc.)	
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	

5. RIVALUTAZIONE DELL'UTENTE

Cognome e Nome del paziente:

Data di nascita: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Medico di medicina generale / Pediatra di libera scelta:

Infermiere:

Data di rivalutazione	_ _ / _ _ / _ _ _ _
-----------------------	-------------------------

Motivo della rivalutazione* ☐ Scadenza del periodo previsto (90 gg)
☐ Variazione nelle condizioni del paziente

Conferma valutazione/rivalutazione precedente * ☐ Si
☐ No

*: cura del medico curante

Valutazione di competenza medica		Valutazione di competenza infermieristica	
Patologia prevalente Codice ICD 9 CM	_ _ _	Autonomia	☐ Autonomo ☐ Parzialmente dipendente ☐ Totalmente dipendente
Patologia concomitante Codice ICD 9 CM	_ _ _ ☐ Non rilevata	Supporto sociale	☐ Presente ☐ Parziale/temporaneo ☐ Non presente
Grado di mobilità	☐ Si sposta da solo (anche con l'aiuto di ausili) ☐ Si sposta assistito ☐ Non si sposta	Farmaci	Medikamente/farmaci Einnahme/assunzione ☐ selbständig/autonomamente ☐ mit Überwachung con sorveglianza ☐ Medikamente richten necessita preparazione Aufbewahrungsort der Medikamente Luogo della conservazione dei farmaci
Presenza di disturbi cognitivi	☐ Assenti o lievi ☐ Moderati ☐ Gravi		
Presenza di disturbi comportamentali	☐ Assenti o lievi ☐ Moderati ☐ Gravi	Comunicazione - Udito - Vista	1. KOMMUNIKATION/COMUNICAZIONE Sprechvermögen/Capacità di parola ☐ spontan/spontaneo ☐ nur wenn angesprochen/solo se stimolato/ ☐ nicht möglich/assente ☐ nicht verbal/non verbale ☐ nicht verständlich/incomprensibile Mimik/mimica Hörvermögen/Udito ☐ vollständig/integro ☐ eingeschränkt/compromesso ☐ Taubheit/sordità ☐ Hörapparat/apparecchio acustico Sehvermögen/Vista ☐ vollständig/integra ☐ eingeschränkt/compromessa ☐ Blindheit/cecità ☐ lin/sx ☐ re/dx ☐ Brille/occhiali ☐ Kontaktlinse/lenti a contatto Schreiben/capacità di scrittura ☐ ja/si ☐ nein/no

BISOGNI RILEVATI (crocettare i bisogni rilevati / le procedure in atto)

Di competenza medica	Di competenza infermieristica
☐ Alimentazione enterale ☐ Alimentazione parenterale ☐ Assistenza per l'alterazione sonno/veglia ☐ Bronco aspirazione-drenaggio posturale ☐ Controllo del dolore ☐ E.C.G. ☐ Interventi di educazione terapeutica ☐ Ossigenoterapia ☐ Prelievi venosi non occasionali ☐ Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolo/infusionale ☐ Rischio infettivo ☐ Telemetria ☐ Tracheostomia ☐ Trasfusioni ☐ Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità ☐ Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità ☐ Ventiloterapia	☐ Alimentazione assistita ☐ Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità ☐ Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità ☐ Bisogni assistenziali per terminalità non oncologica ☐ Bisogni assistenziali per terminalità oncologica ☐ Cura di ulcere cutanee di I e II grado ☐ Cura di ulcere cutanee di III e IV grado ☐ Gestione catetere centrale ☐ Gestione della stomia ☐ Manovre per favorire l'eliminazione urinaria/intestinale ☐ Supervisione continua di utenti con disabilità ☐ Supporto al care giver ☐ Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità

SEGNALAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (A.D.P.)**(al Servizio di Medicina di Base dal Comprensorio Sanitario di)**

Data della segnalazione	_ _ / _ _ / _ _ _ _	
Distretto		
Cognome e Nome del paziente		☐ M ☐ F
Data di nascita	_ _ / _ _ / _ _ _ _	
Indirizzo		
Comune di residenza		
Recapiti telefonici		
Esenzione ticket	☐ Sì ☐ No	
Soggetto segnalante	☐ Utente ☐ Famiglia ☐ Scuola ☐ Medico di Med. Gen. / Guardia Medica / Pediatra ☐ Medico specialista ☐ Ospedale ☐ Servizio Infermieristico distrettuale ☐ Servizi sociali ☐ Servizio riabilitativo ☐ Servizio di neuropsichiatria infantile ☐ CSM o altri serv. e strutture psichiatriche private ☐ Consultorio familiare ☐ Autorità giudiziaria e forze di polizia ☐ Hospice / Centro di cure palliative ☐ Servizio per l'accertamento della non-autosufficienza ☐ Altro	
Motivo attivazione A.D.P.	☐ Impossibilità permanente a deambulare (<i>es: portatori di protesi agli arti inferiori con grandi difficoltà a deambulare</i>) ☐ Impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (<i>es: paziente non autosufficiente o abitante in un piano alto e senza ascensore</i>) ☐ Impossibilità ad essere trasportato per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio ambientale che al quadro clinico quali: - <i>insufficienza cardiaca a stato avanzato</i> - <i>insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale</i> - <i>arteriopatia obliterante degli arti inferiori con grave limitazione</i> - <i>cerebropatie e cerebrolesioni, con forme gravi</i> - <i>tetraplegia</i>	
Accessi proposti	☐ Settimanale	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _
	☐ Quindicinale	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _
	☐ Mensile	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _

Supporto presente *:

Assistente non familiare convivente (24h)	☐ presente (con funz. di care giver) ☐ presente (senza funz. di care giver) ☐ non presente
Nucleo familiare convivente	Numero dei componenti (escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente)

*: cura del medico curante e dell'infermiere

VALUTAZIONE DELL'UTENTE

Data di valutazione	/ /
---------------------	---

Patologia prevalente Codice ICD 9 CM		Autonomia	☐ Autonomo ☐ Parzialmente dipendente ☐ Totalmente dipendente
Patologia concomitante Codice ICD 9 CM	 ☐ Non rilevata	Supporto sociale	☐ Presente ☐ Parziale/temporaneo ☐ Non presente
Presenza di disturbi comportamentali	☐ Assenti o lievi ☐ Moderati ☐ Gravi	Grado di mobilità	☐ Si sposta da solo (anche con l'aiuto di ausili) ☐ Si sposta assistito ☐ Non si sposta
Presenza di disturbi cognitivi	☐ Assenti o lievi ☐ Moderati ☐ Gravi		

BISOGNI RILEVATI (crocettare i bisogni rilevati / le procedure in atto)

☐ Alimentazione enterale ☐ Alimentazione parenterale ☐ Assistenza per l'alterazione sonno/veglia ☐ Bronco aspirazione-drenaggio posturale ☐ Controllo del dolore ☐ E.C.G. ☐ Interventi di educazione terapeutica ☐ Ossigenoterapia ☐ Prelievi venosi non occasionali ☐ Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolo/infusionale ☐ Rischio infettivo ☐ Telemetria ☐ Tracheostomia ☐ Trasfusioni ☐ Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità	☐ Alimentazione assistita ☐ Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità ☐ Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità ☐ Bisogni assistenziali per terminalità non oncologica ☐ Bisogni assistenziali per terminalità oncologica ☐ Cura di ulcere cutanee di I e II grado ☐ Cura di ulcere cutanee di III e IV grado ☐ Gestione catetere centrale ☐ Gestione della stomia ☐ Manovre per favorire l'eliminazione urinaria/intestinale ☐ Supervisione continua di utenti con disabilità ☐ Supporto al care giver ☐ Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità ☐ Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità ☐ Ventiloterapia
--	---

Firma del medico di medicina generale / Pediatra di libera scelta

.....

AUTORIZZAZIONE		Accessi (S=settimanali, Q=quindicinali, M=mensili)		Numero
Data inizio: ____ / ____ / ____	Infermieristica	____		____
	MMG / PLS	____		____
	Altri operatori	____		____
	Firma del Responsabile del Servizio di Medicina di Base			
Data termine: ____ / ____ / ____				