



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
7^a legislatura

Presidente	Giancarlo	Galan
V. Presidente	Fabio	Gava
Assessori	Renato	Chisso
	Giancarlo	Conta
	Marialuisa	Coppola
	Antonio	De Poli
	Marino	Finozzi
	Massimo	Giorgetti
	Raffaele	Grazia
	Antonio	Padoin
	Fioriano	Pra
	Ermanne	Serrajetto
	Raffaele	Zanon
Segretario	Antonio	Menetto

Deliberazione della Giunta

n. **1722** del **18 GIU. 2004**

OGGETTO: Sistema Informativo di Distretto Socio Sanitario - modulo A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) - approvazione degli standard regionali per l'acquisizione delle informazioni.

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Fabio Gava - di concerto con l'Assessore alle Politiche Sociali - Antonio De Poli - riferisce quanto segue.

Con D.G.R. n. 5273/98 "Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di A.D.I. con particolare riferimento all'A.D.I. ex allegato "H" del D.P.R. n. 484/96 e art. 32 punto 2 lettera a) del D.P.R. n. 613/96 ADIMED, e relative previsioni di fabbisogno assistenziale. Direttive regionali sulla fornitura ed erogazione dei farmaci in ADIMED" la Giunta Regionale ha delineato per l'ambito regionale il quadro degli interventi assistenziali a domicilio erogabili in forma integrata socio-sanitaria e sanitaria, comunemente connotati con il termine di A.D.I..

In tale provvedimento l'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), definita come un modulo assistenziale che attraverso l'intervento di più figure professionali, sanitarie e sociali, realizza a domicilio del paziente, di qualsiasi età, un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo e che si caratterizza per l'elemento 'integrazione' sotto una valenza di natura multidisciplinare (sociale-sanitario) e/o multiprofessionale (tra operatori sanitari), è stata suddivisa in sei tipologie assistenziali, di cui cinque a valenza integrata:

- Assistenza domiciliare socio-assistenziale;
- Assistenza domiciliare riabilitativa integrata con intervento sociale (A.D.I. profilo A);
- Assistenza domiciliare infermieristica con intervento sociale (A.D.I. profilo B);
- Assistenza domiciliare programmata integrata con intervento sociale (A.D.I. profilo C);
- Assistenza domiciliare integrata ex D.P.R. 489/96 e D.P.R. 613/96 (ex D.G.R. 2997/1997 -ADIMED (A.D.I. profilo D);
- Assistenza ospedaliera a domicilio e riabilitazione domiciliare intensiva ADI-HR (A.D.I. profilo E).

Nello stesso intervento programmatico la Regione dettava inoltre alcune specifiche tecniche (punto (C) dell'allegato 1 alla D.G.R.) per la realizzazione di un sistema di rilevazione sull'A.D.I. per l'acquisizione di una serie di dati da raccogliersi in forma aggregata da utilizzarsi sia direttamente in ambito aziendale di U.L.S.S. sia da parte della Regione a supporto della programmazione socio-sanitaria.

Conseguentemente con successiva nota prot. n. 5373/20251 del 2.04.1999, richiamato peraltro l'obiettivo regionale di pervenire ad una rilevazione sull'A.D.I. basata su record individuali (rilevazione sul singolo caso), in via transitoria, veniva attivata a livello regionale una prima rilevazione per dati aggregati sul numero di casi in carico alle Aziende U.L.S.S. del Veneto, per i vari profili di A.D.I. ex D.G.R. n. 5273/98 sulla base di specifiche schede da inoltrarsi in Regione a cadenza trimestrale.

Atteso che l'obiettivo della Regione era comunque quello di addivenire ad una rilevazione degli interventi sanitari e sociali erogati a domicilio del paziente dal S.S.N., secondo contenuti informativi che permettessero l'aggregazione attorno all'utente di dati di prestazioni stratificati temporalmente - in linea con quanto previsto a livello nazionale dall'Accordo Quadro approvato il 22.02.2001 fra Stato e Regioni sullo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale, secondo il quale le informazioni devono essere "orientate al cittadino utente che può passare da una struttura all'altra del S.S.N., in relazione ai propri bisogni" -, con successiva D.G.R. n. 3568/2001, la Giunta Regionale affidava all'Azienda U.L.S.S. n. 16 di Padova il coordinamento di una sperimentazione volta alla definizione del nuovo flusso informativo "modulo A.D.I." da implementarsi nell'ambito del Sistema Informativo di Distretto Socio Sanitario.

Tale progetto, che ha visto la partecipazione, oltre all'Azienda U.L.S.S. n. 16 di Padova in qualità di capofila, anche delle Aziende U.L.S.S. n. 4 Alto Vicentino e n. 7 Pieve di Soligo e che era volto all'elaborazione delle specifiche standard per l'acquisizione e l'organizzazione dei dati A.D.I. da utilizzarsi a livello aziendale per la gestione degli interventi, si è concretizzato nella definizione di un sistema di regole (data-set, nomenclatori, ecc.) che si configura come il minimo comune denominatore da implementare in tutti i sistemi informativi distrettuali, indipendentemente dalle specifiche soluzioni applicative adottate da ciascuna Azienda U.L.S.S..

Presentati in un seminario tenutosi a Montegrotto Terme il 13 dicembre 2002, i risultati della sperimentazione sono stati ulteriormente discussi con i responsabili di tutte le Aziende Sanitarie nel corso di un incontro svoltosi a Venezia il 3 luglio 2003, nel quale, con l'obiettivo di ottenere la più ampia condivisione dell'impostazione adottata, si sono recepite ulteriori osservazioni da parte dei referenti aziendali, valutando inoltre l'impatto dell'adeguamento dei sistemi territoriali già in esercizio alle nuove specifiche regionali.

In stretta coerenza e collegamento con quanto sopra realizzato, è da richiamarsi il recente documento di programmazione sanitaria generale, P.d.L. n. 396 - Piano per i Servizi alla Persona e alla Comunità della Regione Veneto per gli anni 2003-2005, nella parte dedicata alla strategia di sviluppo del sistema informativo sanitario.

Con riferimento in particolare alle attività territoriali, il documento programmatico regionale pone l'accento sulla necessità di realizzare una nuova fase di cui sono elementi qualificanti il superamento dell'approccio incentrato su una prevalente attenzione ai temi delle competenze, a favore di un crescente impegno sul versante della verifica delle procedure e degli esiti, e di conseguenza il passaggio da una situazione di variabilità delle esperienze assistenziali ad una di validazione di un sistema di modelli ed interventi basata su evidenze e sul controllo dell'inappropriatezza.

In questo contesto, la qualificazione delle cure domiciliari e la definizione di parametri standard sul piano funzionale e qualitativo si configurano come presupposti indispensabili per evitare interventi inappropriati o inefficienti.

In particolare, l'elaborazione e la condivisione su base regionale dei requisiti richiesti ai servizi, nonché la definizione degli ambiti e dei criteri di operatività, risultano necessarie per ridurre il rischio di inefficacia delle azioni assistenziali e per scongiurare situazioni di frustrazione degli operatori o di valutazione negativa da parte degli utenti.

In tale contesto, grande rilevanza assume il processo di valutazione di qualità, che deve prevedere l'elaborazione di indicatori che permettano di verificare l'adeguatezza delle attività e dei servizi agli standard minimi, definiti dai decisori, sulla base delle evidenze scientifiche e del consenso degli esperti, nell'ambito del processo di programmazione socio-sanitaria. Parimenti, grande rilevanza hanno le problematiche connesse alla valutazione dei costi di gestione dei servizi, anche al fine della determinazione delle politiche tariffarie e dei regimi di finanziamento.

Per adempiere alle funzioni su richiamate occorre conseguentemente allestire un sistema informativo in grado di permettere l'acquisizione a livello aziendale di informazioni standardizzate, e dunque affidabili, pertinenti e confrontabili tra loro e ad un livello superiore, ovvero coerenti con gli obiettivi conoscitivi definiti, da cui siano successivamente derivabili gli indicatori di valutazione delle attività e dei servizi.

In linea con la strategia di sviluppo del sistema informativo sanitario territoriale indicata dal documento programmatico sopra richiamato, al fine di assicurare l'omogeneità e la confrontabilità dei dati gestiti dai singoli sistemi aziendali, risulta pertanto necessario, nel rispetto dell'autonomia gestionale delle Aziende Sanitarie, procedere, in accordo con gli standard nazionali ed internazionali esistenti, all'elaborazione condivisa delle specifiche fondamentali relative al sistema informativo, consistenti tipicamente nella precisa definizione dei fenomeni e delle entità oggetto di rilevazione, degli strumenti di classificazione, delle modalità di acquisizione dei dati, ecc.

Atteso quanto sopra, con riferimento alle varie forme di assistenza domiciliare integrata, messa a punto in forma definitiva la documentazione tecnica, esito della sperimentazione sul flusso informativo A.D.I. di cui alla D.G.R. n. 3568/2001 attuata dalle tre Aziende U.L.S.S. n. 4, n. 7, n. 16, si propone pertanto di procedere alla formalizzazione, delle specifiche del "Modulo A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) del Sistema Informativo di Distretto Socio Sanitario", secondo i contenuti dell'allegato 1 al presente provvedimento, e di estendere la medesima modalità di rilevazione a tutte le rimanenti Aziende ULSS del Veneto fissando la data del **1° ottobre 2004** come termine per l'adeguamento dei rispettivi sistemi informativi aziendali alla nuova disciplina.

Conclusa pertanto la sperimentazione e al fine di valorizzare le esperienze acquisite nella suddetta fase di sperimentazione, si propone inoltre di affidare all'Azienda U.L.S.S. n. 4 Alto Vicentino l'incarico di supportare le Aziende U.L.S.S. del Veneto nell'adeguamento al sistema definito, secondo un progetto di collaborazione a valere per gli anni 2004, 2005, 2006.

In particolare, sulla base del modello organizzativo concordato, in attesa della gestione del flusso informativo anche a livello regionale previa acquisizione della debita autorizzazione da parte del Garante sulla Privacy, si sottolinea che all'Azienda l'U.L.S.S. n. 4 spetteranno compiti di consulenza verso le Aziende U.L.S.S. per l'attivazione del sistema, l'interpretazione e l'applicazione delle disposizioni e per l'attivazione su base volontaria di una rete tra le Aziende U.L.S.S. per garantire relazioni di benchmarking, nonché di supporto alla Regione per l'aggiornamento delle specifiche tecniche di rilevazione.

Per il supporto che l'Azienda U.L.S.S. n. 4 garantirà alla Regione del Veneto per le attività sopra richiamate, si propone di attribuire alla medesima Azienda un finanziamento complessivo triennale pari a € 210.000,00.= che si ritiene congruo, così suddiviso:

- € 63.500,00.= per l'anno 2004, importo che si impegna col presente provvedimento sul cap. n. ~~60047~~ ⁶⁰⁰⁰¹ del Bilancio regionale 2004 che presenta sufficiente disponibilità, da liquidarsi all'Azienda U.L.S.S. n. 4 di Thiene entro il 31.10.2004;

- € 78.800,00.= per l'anno 2005 e € 67.700,00.= per l'anno 2006, importi da approvarsi a favore della stessa Azienda U.L.S.S. n. 4 relativamente a ciascun anno, con decreto del Dirigente Regionale Direzione Risorse Socio Sanitarie, subordinatamente a relazione tecnico amministrativa approvata dal Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. n. 4 sulle attività svolte, le spese sostenute e i risultati conseguiti nel corso delle rispettive annualità, e correlata verifica tecnica da parte delle strutture regionali competenti, ovvero Direzione Regionale Risorse Socio Sanitarie - Servizio Sistema Informativo Socio Sanitario e Tecnologie Informatiche, per gli aspetti legati al sistema informativo e Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari - Servizio per le Attività Distrettuali, per gli aspetti di programmazione regionale dei servizi e delle attività.

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Fabio Gava - di concerto con l'Assessore alle Politiche Sociali - Antonio De Poli - conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- Udito il relatore Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Fabio Gava - di concerto con l'Assessore alle Politiche Sociali - Antonio De Poli - incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale.
- Vista la D.G.R. n. 5273/98;
- Vista la D.G.R. n. 3568/2001;
- Vista la L.R. 29/11/2001 n. 39 art. 42 1° comma;

DELIBERA

- di dichiarare conclusa la sperimentazione sulla rilevazione informativa ADI autorizzata con D.G.R. n. 3568/2001;
- di approvare il documento tecnico di cui all'Allegato 1 al presente provvedimento, avente ad oggetto "Definizione degli standard regionali relativi al modulo A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) del Sistema Informativo del Distretto Socio-Sanitario" nei sotto allegati da "Sub_Allegato_1" a "Sub_Allegato_5" quale esito positivo della sperimentazione autorizzata con il provvedimento regionale sopra richiamato;
- di stabilire che le Aziende U.L.S.S. dovranno adeguare i propri sistemi informativi ai contenuti della nuova disciplina di cui all'Allegato 1 del presente provvedimento "Definizione degli standard regionali relativi al modulo A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) del Sistema Informativo del Distretto Socio-Sanitario", entro **1 ottobre 2004**;
- di affidare all'Azienda U.L.S.S. n. 4 l'incarico di fornire supporto alle Aziende U.L.S.S. per l'attivazione del sistema e per l'interpretazione e l'applicazione delle disposizioni, l'attivazione su base volontaria di una rete tra le Aziende U.L.S.S. per garantire relazioni di benchmarking, nonché alla Regione per l'aggiornamento delle specifiche tecniche di rilevazione;

- di assegnare all'Azienda U.L.S.S. n. 4 per il supporto all'Amministrazione regionale di cui al punto precedente un finanziamento complessivo triennale pari a € 210.000,00.=, (duecentodiecimila/00) così suddiviso:
 - € 63.500,00.= (sessantatremilacinquecento/00) per l'anno 2004, da liquidarsi all'Azienda U.L.S.S. n. 4 di Thiene entro il 31.10.2004;
 - € 78.800,00.= (settantottomilaottocento/00) per l'anno 2005,
 - € 67.700,00.= (sessantasettemilasettecento/00) per l'anno 2006
 da approvarsi a favore della stessa Azienda U.L.S.S. n. 4, relativamente agli anni 2005 e 2006, con decreto del Dirigente Regionale Direzione Risorse Socio Sanitarie, subordinatamente a relazione tecnico amministrativa. approvata dal Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. n. 4, sulle attività svolte, le spese sostenute e i risultati conseguiti nel corso dell'anno relativo e correlata verifica tecnica da parte delle strutture regionali competenti come richiamate in parte narrativa;
- di impegnare l'importo di **€ 63.500,00.= (sessantatremilacinquecento/00)** sul **Capitolo n. 60009** del Bilancio di previsione **2004** che presenta sufficiente disponibilità.

Sottoposto a votazione, il presente provvedimento risulta approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
Dott. Antonio Menetto



IL PRESIDENTE
On. Dott. Giancarlo Galan

DIREZIONE REGIONALE PER LA RAGIONERIA E
TRIBUTI

È prenotato l'importo di € 48.800/00 sul
capitolo 60009 del bilancio di previsione per
l'esercizio 2005 al n.° 85
Li, 27.5.04

DIREZIONE REGIONALE PER LA RAGIONERIA E
TRIBUTI

È prenotato l'importo di € 63.500/00 sul
capitolo 60009 del bilancio di previsione per
l'esercizio 2006 al n.° 87
Li, 27.5.04

VISTO: se ne propone l'adozione, attestandone la conformità agli atti, la regolare istruttoria e la compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale.

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE

Dott. Giancarlo Galan

[Handwritten signature]

Dr. Francesco Cobello



SEGRETARIA REGIONALE
SANITA' E SOCIALE
IL SEGRETARIO REGIONALE
(Dr. Franco Tonio)

Direzione Regionale per i Servizi Sociali

Il Dirigente Regionale
Dr. Mauro Bellamoli
Il Dirigente Regionale Vicario

Dr. Michele Maglio

[Handwritten signature]

Patrizia Mella/Fabio Perinà/mv
(02-A.D.I.-Ulss 4)

DIREZIONE REGIONALE PER LA RAGIONERIA E
TRIBUTI MO1

- dr. Giuseppe D'ERRICO -

Ai sensi dell'art. 43 LR 30/2001 si appone il visto e si registra in contabilità l'impegno di spesa n. 2921 esp. 60009 del bilancio 2004 di € 63.500/00

5 li, 27.05.04

IL DIRIGENTE REGIONALE
rag. Paolo ARTICO

[Handwritten signature]



REGIONE VENETO

ISTRUZIONI GENERALI

SID - ADI

Sistema Informativo di Distretto - modulo Assistenza Domiciliare

Indice

1. UNITA' E UNIVERSO DELLA RILEVAZIONE.....	2
2. LIVELLO AZIENDALE	2
3. LIVELLO REGIONALE	3
4. ALCUNE REGOLE GENERALI	6
5. ELABORAZIONE DEI DATI.....	11

Allegato alla dgr DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI

IL DIRIGENTE REGIONALE

Dott. Giampietro Rugolo

IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO

- Dr. Giuseppe D'Errico -

1722 del 18 GIU. 2004

1. UNITA' E UNIVERSO DELLA RILEVAZIONE

L'unità di rilevazione è costituita dagli utenti che ricevono trattamenti di assistenza domiciliare sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, erogati da tutti i soggetti che concorrono alla rete dei servizi, pubblici e privati accreditati o convenzionati, sociali e sanitari, secondo contenuti informativi che consentono l'aggregazione attorno all'utente di dati di prestazioni stratificati temporalmente.

In particolare, sono oggetto di rilevazione TUTTE LA ATTIVITA' EFFETTUATE IN MANIERA PROGRAMMATA A DOMICILIO DEL PAZIENTE DA OPERATORI AFFERENTI AL LIVELLO DISTRETTUALE DI ASSISTENZA.

Queste attività includono:

- le forme assistenziali classificate con DGR n. 5273/98 - Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di ADI con particolare riferimento all'ADI ex allegato "H" del DPR n. 484/96 e art. 32 punto 2 lett. a del DPR n. 613/96: ADIMED e relative previsioni di fabbisogno; in particolare:
 - Assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale
 - Assistenza domiciliare di tipo riabilitativo esclusivamente sanitaria
 - Assistenza domiciliare di tipo riabilitativo integrata con intervento socio-assistenziale
 - Assistenza domiciliare infermieristica esclusivamente sanitaria
 - Assistenza domiciliare infermieristica integrata con intervento socio-assistenziale
 - Assistenza domiciliare programmata esclusivamente sanitaria
 - Assistenza domiciliare programmata integrata con intervento socio-assistenziale
 - Assistenza domiciliare integrata ex DGR n. 2996/97 - ADIMED (integrazione esclusivamente sanitaria)
 - Assistenza domiciliare integrata ex DGR n. 2996/97 - ADIMED (integrazione con intervento socio-assistenziale)
 - Assistenza ospedaliera a domicilio (ospedalizzazione a domicilio) e riabilitazione intensiva domiciliare - ADI-HR, esclusivamente sanitaria
 - Assistenza ospedaliera a domicilio (ospedalizzazione a domicilio) e riabilitazione intensiva domiciliare - ADI-HR, integrata con intervento socio-assistenziale;
- i trattamenti domiciliari di tipo infermieristico, riabilitativo, specialistico e socio-assistenziale che non rientrano nelle fattispecie elencate precedentemente, in particolare quelli effettuati sporadicamente e al di fuori di programmi o progetti assistenziali specifici.

Non sono oggetto di rilevazione:

- i trattamenti domiciliari di pazienti psichiatrici effettuati dalle équipes psichiatriche territoriali del Dipartimento di Salute Mentale, in quanto già rilevati attraverso apposito flusso informativo (DSM - SIR.T di cui alla DGR n. 320/98);
- i trattamenti domiciliari effettuati da Centri e Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali (DPR 14.01.1997) ex Istituti e Centri di cui all'art. 26 della L. n. 833/78, in quanto già rilevati attraverso apposito flusso informativo;
- le visite domiciliari di MMG, PLS e medici di continuità assistenziale effettuate "su chiamata" e che, quindi, non rientrano in progetti/programmi di assistenza domiciliare.

2. LIVELLO AZIENDALE

Presupposto per l'attivazione del sistema informativo regionale ed interaziendale è la definizione di specifiche standard per l'acquisizione e l'organizzazione dei dati a livello aziendale (unità e universo della rilevazione, set minimo di dati, classificazioni, metodologia di organizzazione delle basi dati).

Allegato alla dgr
1722 n. del 18 GIU. 2004

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Giampaolo Rubolo
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
- Dr. Giuseppe D'Errico -

Coerentemente con l'approccio definitivamente impostosi in tema di organizzazione del sistema informativo sanitario nazionale, l'architettura proposta per lo sviluppo del sistema informativo di azienda è incardinata attorno all'entità costituita dai soggetti iscritti all'Anagrafe sanitaria.

Attorno al soggetto devono quindi essere aggregate, oltre alle informazioni di tipo anagrafico, anche quelle relative, da una parte, alle valutazioni effettuate dalle UVMD o comunque alle valutazioni su stato di salute e bisogni, e, dall'altra, ad attività e interventi diversi; tutte le informazioni devono essere integrate fra loro anche dal punto di vista informativo.

Per garantire la massima efficacia, è opportuno che il relativo database sia integrato, con chiave sull'utente e tutti gli episodi sintetizzati su tale chiave; qualora l'Azienda ULSS ritenga utile un'attivazione progressiva del Sistema Informativo Distrettuale, procedendo per moduli successivi, l'impianto generale deve comunque essere unitario.

In via transitoria, qualora il sistema informativo dell'Azienda risultasse strutturato con funzionalità e basi dati distinte, devono essere attivate modalità di integrazione dei dati.

Le variabili essenziali delle unità descritte sono indicate nello schema denominato SET di DATI.

Il sistema informativo locale deve essere costruito in modo che, a livello di DSS, di ULSS e di Comune le informazioni possano essere utilizzate in tempo reale dagli operatori abilitati per gli obiettivi di supporto alla gestione del singolo processo assistenziale, nonché per realizzare appropriate forme di controllo di gestione.

Va comunque garantita l'attuazione del principio della separazione tra dati anagrafici e dati sanitari, prevedendo l'impiego di meccanismi di cifratura. In generale si rimanda alle misure di sicurezza di cui al D. Lgs. 196/2003.

3. LIVELLO REGIONALE

3.1 Caratteristiche e periodicità del flusso Aziende ULSS - Regione

Ai fini della costituzione di un archivio regionale dei trattamenti di assistenza domiciliare, previa approvazione da parte del Garante della privacy del regolamento di cui all'art. 20, comma 2, del D. Lgs. 196/2003, è istituito un flusso informativo con periodicità trimestrale relativo agli utenti che hanno ricevuto almeno una valutazione o un intervento di assistenza domiciliare erogato dal Servizio Sanitario Regionale nel periodo considerato.

Da un punto di vista direttamente operativo, la sperimentazione compiuta ha consentito di definire le seguenti indicazioni:

1	Sono "attivi" gli utenti per i quali, nel periodo di riferimento, vengono effettuate almeno una valutazione e/o un'erogazione di servizi (accesso a domicilio o altro)
2	Le informazioni relative agli utenti vengono raccolte in 3 tracciati record distinti: 1. tracciato "dati anagrafici" 2. tracciato "valutazioni" 3. tracciato "servizi erogati"
3	Il tracciato "dati anagrafici" va completato, ad ogni trasmissione del flusso informativo, per tutti gli utenti per i quali, nel periodo di riferimento, sia registrata almeno una valutazione oppure almeno un servizio erogato.
4	Il tracciato "valutazioni" va completato, ad ogni trasmissione del flusso informativo, per tutti gli utenti per i quali, nel periodo di riferimento, sia registrato almeno un servizio erogato. Nel caso non siano state effettuate valutazioni nel periodo, dev'essere indicata una valutazione convenzionale, in cui sono compilati solo i campi "identificativo utente, ULSS di domicilio, DSS di domicilio, data ultima UVMD"

DIREZIONE REGIONALE

Allegato alla dgr
1722 del 18 GIU. 2004
n. del

PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI

IL DIRIGENTE REGIONALE

Dott. Giampaolo Pupolo

IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO

- Dr. Giuseppe D'Errico -

5	chiunque (servizio distrettuale, comunale o altro) attiva una valutazione o un servizio deve acquisire il dato certo su codice sanitario e codice fiscale dell'utente
6	il dato anagrafico deve essere in ogni caso convalidato dal Distretto, con riferimento all'Anagrafe sanitaria (preferibilmente con metodi automatici)
valutazione	
a	ogni erogazione di servizi deve essere preceduta da una valutazione, che va registrata come indicato nel tracciato "valutazioni"
b	Tutti i dati relativi alle valutazioni ed ai servizi erogati, ai fini della confrontabilità dei dati a livello di ULSS o Regionale, vengono letti "a posteriori" in forma aggregata sulla base di regole che non intaccano la qualità o l'entità dei dati già raccolti. Le regole di aggregazione, che verranno progressivamente affinate nel tempo, consentiranno la lettura dell'assistenza erogata in termini di: - episodi di cura - complessità organizzativa dell'AD - intensità assistenziale dell'AD Tutte le analisi potranno essere effettuate su base: mensile, trimestrale, annuale
c	Il profilo di autonomia è "obbligatorio" (in quanto è obbligatoria l'effettuazione della UVMD) per il profilo organizzativo di ADI "D" Si propone comunque ai Distretti Socio-Sanitari di definire il profilo di autonomia dell'utente anche per altri profili organizzativi di AD. In termini di "livello soglia" per l'obiettivo così definito si propone di avere: - profilo di autonomia completo nell' 80% dei profili organizzativi AD "D" ed "A" - assi cognitivo, mobilità e ADL compilati nel 60% dei profili organizzativi AD "B" e nel 30% dei profili organizzativi AD "C" - asse sociale definito nel 40% dei profili organizzativi AD "B" e nel 20% dei profili organizzativi AD "C"
erogazione servizi	
a	deve essere utilizzato un record per ogni "accesso" di ogni servizio (servizi dall'1 al 7 e 16) o per ogni "inizio servizio" o "fine servizio" (servizi dall'8 al 15 e dal 17 al 20)
contemporanea erogazione da parte di ULSS o DSS diversi	
a	se ULSS diverse sono erogatrici di servizi per lo stesso utente, ognuna produce i suoi dati
b	se DSS (o Comuni) diversi della stessa ULSS erogano servizi allo stesso utente, l'ULSS aggrega i dati sul DSS di domicilio

3.2 Set minimo di dati

Il contenuto informativo individuato per il sistema informativo regionale sull'assistenza domiciliare prevede la rilevazione delle variabili elencate nella tabella allegata (vedi Sub_Allegato_2_Set_di_Dati).

In considerazione della presumibile difficoltà di rilevazione di alcune variabili, la cui registrazione o non è obbligatoriamente prevista o non è universalmente codificata o non è informatizzata, si prevede di procedere per fasi progressive di attivazione della rilevazione, secondo quanto indicato nella tabella stessa.

Da un punto di vista direttamente operativo, la sperimentazione compiuta ha consentito di definire inoltre le seguenti indicazioni:

Allegato alla dgr DIREZIONE REGIONALE
 PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
 IL DIRIGENTE REGIONALE
 Dott. Giampaolo Pupolo
 IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
 - Dr. Giuseppe D'Errico -

17 22 h. del 18 GIU. 2004

completezza dei dati del tracciato record	
a	probabilmente nessuna ULSS sarà in grado inizialmente di produrre record completi; tuttavia la possibilità di confrontare, seppure parzialmente, i diversi modelli organizzativi è di per sé di assoluto rilievo
b	non si devono pertanto effettuare "stime" allo scopo di completare i tracciati record; di per sé, il quadro dei dati non rilevabili è una informazione importante sullo stato dell'integrazione, che consente ai singoli Distretti di migliorare la propria organizzazione e la rete dei servizi, in una prospettiva di benchmarking.

3.3 Tracciato record e istruzioni per la codifica

I tracciati record trasmessi trimestralmente dalle Aziende ULSS alla Regione, in conformità al principio di separazione tra dati anagrafici e dati sensibili posto dal legislatore in tema di tutela della riservatezza dei dati personali, avranno la configurazione riportata nella tabella allegata (vedi Sub_Allegato_3_Tracciato_Record).

Si ricordano alcune regole generali di utilizzazione dei campi:

- I campi alfanumerici (a lunghezza variabile) vanno allineati a sinistra e completati con caratteri "spazio"; analogamente, se non valorizzati, essi devono contenere caratteri "spazio".
- I campi numerici vanno allineati a destra e completati con caratteri "zero"; analogamente, se non valorizzati, essi devono contenere caratteri "zero".
- I campi "data", se non utilizzati, devono contenere caratteri "spazio".

3.4 Iter del flusso informativo

A flusso informativo a regime, la trasmissione dei tracciati record mensili all'Amministrazione regionale avverrà con cadenza trimestrale (via rete INTRANET Aziende ULSS e Ospedaliere - Regione), secondo le seguenti scadenze:

- entro il 30 aprile: trasmissione dei dati relativi al primo trimestre
- entro il 31 luglio: trasmissione dei dati relativi al secondo trimestre
- entro il 31 ottobre: trasmissione dei dati relativi al terzo trimestre
- entro il 31 gennaio: trasmissione dei dati relativi al quarto trimestre.

L'invio viene effettuato dalle Aziende ULSS che si fanno carico dell'acquisizione e dell'invio dei dati relativi alle prestazioni erogate direttamente e di quelli relativi a prestazioni erogate dai Comuni appartenenti al territorio di propria competenza.

Gli invii devono essere effettuati adottando le regole di nomenclatura dei file definite dalla Regione.

Prima di effettuare la spedizione via rete dei file, si deve procedere alla compressione degli archivi. I file vanno depositati, all'interno di ogni sito di Azienda ULSS, in una cartella creata direttamente al di sotto della directory radice denominata DIRADI.

Il nomi dei file dovranno osservare la seguente nomenclatura: ADIUUUTAAAAS

Dove:

- ADI è un acronimo, fisso, che indica il flusso informativo in oggetto UUU è l'identificativo di ULSS
- T identifica il trimestre cui sono riferiti i dati (valori possibili 1, 2, 3, 4)
- AAAA identifica l'anno cui sono riferiti i dati
- S identifica il tracciato, secondo la seguente codifica:
 - A tracciato dati anagrafici
 - V tracciato valutazioni (dati sensibili)
 - S tracciato servizi erogati (dati sensibili)

Allegato alla dgr
1722 - 18 GIU. 2004
n. del

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dot. ~~Giuseppe Ruffo~~
IL DIRIGENTE REGIONALE V. CARIO
- Dr. Giuseppe D'Errico -

4. ALCUNE REGOLE GENERALI

La condivisione di alcune regole di carattere organizzativo/gestionale su: modalità di accesso, presa in carico / responsabilità, etc., costituisce il presupposto indispensabile per progettare prima e organizzare e gestire poi questo modulo informativo specifico.

L'adozione di criteri omogenei e uniformi di rilevazione e codifica dei dati rappresenta inoltre il requisito necessario per garantire la significatività e la confrontabilità nel tempo e nello spazio degli stessi.

4.1 Accesso

A. Domande di intervento al domicilio di competenza dei servizi del DSS e/o dei Comuni ad esso appartenenti

In qualsiasi punto della rete venga presentata (del DSS, dell'ULSS o di altre ULSS), la domanda deve essere inoltrata o comunque resa disponibile al DSS di residenza della persona interessata.

Questo passaggio di informazioni può avvenire o mediante la messa in rete di tutti i servizi interessati, o mediante forme intermedie di condivisione dei dati.

B. Valutazione del caso e definizione della risposta assistenziale

- In relazione alla complessità ed alla tipologia delle possibili risposte assistenziali, la valutazione di qualsiasi caso e la definizione della risposta assistenziale sono effettuate o dall'Assistente Sociale del Comune di residenza (casi esclusivamente socio-assistenziali), o dal Direttore del DSS o dal Responsabile dell'UO Cure Primarie (casi sanitari); o in sede di UVMD (casi sanitari o socio-sanitari complessi e comunque che comportano un significativo impegno in termini di risorse – cfr. indicazioni seguenti).
- Le valutazioni possono comportare o meno la definizione di un "progetto assistenziale"; in particolare questo deve sempre essere redatto per:
 - tutti i casi valutati in UVMD
 - per tutti gli altri casi per cui è richiesto da norme specifiche:
 - a) tutti i profili ADI di cui alla DGR n. 5273/98 (interventi caratterizzati dall'elemento integrazione di natura multidisciplinare e/o multiprofessionale);
 - b) assistenza domiciliare riabilitativa esclusivamente sanitaria nei confronti di pazienti affetti da disabilità importanti;
 - c) assistenza domiciliare programmata esclusivamente sanitaria.

Per tutti gli altri casi deve comunque essere esplicitato un programma di intervento con l'indicazione di tempi e prestazioni (es.: fornitura protesi, collegamento a telesoccorso / telecontrollo, interventi sanitari domiciliari sporadici, interventi socio-assistenziali domiciliari continuativi o sporadici, etc.);

- Per tutti i progetti o interventi programmati deve essere individuato un "responsabile del caso" della gestione e coordinamento degli interventi.
- Tutte le informazioni su valutazione del caso e definizione della risposta assistenziale rilevanti ai fini del SID-ADI, come definito in questa sede, devono essere rilevate in modo omogeneo e messe a disposizione a livello di DSS, allo scopo di essere condivise fra tutti i soggetti della rete abilitati a consultarle.

Il Distretto deve pertanto dotarsi di un ufficio di coordinamento e di supporto logistico ed amministrativo agli interventi domiciliari, da istituirsi nell'ambito dell'UO Cure Primarie.

4.2 Gestione del caso

Per ciascun progetto assistenziale attivato viene aperta una posizione. Anche nei casi più semplici, viene comunque aperta a livello di sistema informativo una "posizione utente" nella quale confluiscono TUTTE le informazioni relative a tutte le valutazioni ed a tutti i servizi, erogati da qualsiasi "soggetto erogatore".

Allegato alla dgr
1722 n. del 18 GIU. 2004

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Giampaolo Ruzato
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
- Dr. Giuseppe B...

Il "responsabile del caso" garantisce la realizzazione coordinata degli interventi indicati dal progetto assistenziale o dal programma di intervento.

E' anche deputato a promuovere e verificare la completa e corretta rilevazione delle informazioni:

- ai fini gestionali (competenza di ogni DSS)
- ai fini della trasmissione al livello regionale.

Al fine di garantire la confrontabilità dei dati all'interno di tutto il territorio regionale devono essere seguite le indicazioni seguenti:

- nello stesso momento può essere attiva una sola posizione per lo stesso utente; tutte le informazioni vi devono confluire.
- in fase di analisi "a posteriori", tutte le informazioni vengono aggregate sulla base di regole che non intaccano la qualità o l'entità dei dati già raccolti.
- le regole di aggregazione, che verranno progressivamente affinate nel tempo, consentiranno la lettura dell'assistenza erogata in termini di:
 - o episodi di cura
 - o complessità organizzativa dell'AD
 - o intensità assistenziale dell'AD
- tutte le analisi potranno essere effettuate su base: mensile, trimestrale, annuale

Quali prime esemplificazioni di "regole di aggregazione" dei dati, si riportano le seguenti:

- la mancanza di accessi per 2 o più mesi interrompe il ciclo;
- in caso di più mesi CONSECUTIVI di assistenza, il profilo organizzativo dell'intero episodio di cura è dato dalla tipologia prevalente, calcolata nei singoli mesi di assistenza;
- il passaggio a qualsiasi forma di assistenza residenziale chiude la posizione: ricovero ospedaliero in regime ordinario, accoglienza in strutture residenziali extraospedaliere, anche temporanea (non così per il ricovero in regime di day hospital, che viene in questo senso inteso a supporto dell'attività di assistenza domiciliare); alla dimissione va eventualmente ridefinito un nuovo episodio di cura.

4.3 Classificazioni

Per la codifica dei campi dei tracciati record devono essere utilizzate, in modo univoco e uniforme, da parte di tutti i soggetti coinvolti nella gestione e alimentazione del flusso informativo Aziende ULSS - Regione, definito ai paragrafi precedenti, le classificazioni indicate alla colonna "Istruzioni per la codifica".

Eventuali dubbi di interpretazione/applicazione o fattispecie non previste dalle stesse devono essere segnalati, sempre per tramite dei responsabili dei sistemi informativi aziendali, alla Regione - Direzione Risorse Socio-Sanitarie - Servizi Sistema Informativo Socio-Sanitario e tecnologie informatiche, che provvederà ad apportare le modifiche ed integrazioni necessarie e a diffonderle a tutti i soggetti coinvolti.

CLASSIFICAZIONE DEI PROFILI ORGANIZZATIVI ADI

Il profilo organizzativo AD, di cui alla D.G.R. n. 5273/98 è stato arricchito con una classificazione più dettagliata anche delle forme di assistenza più semplici (vedi Sub_Allegato_4.1_Cassificazione_Profili_Organizzativi_ADI).

Il tracciato record "valutazioni" prevede di indicare il profilo organizzativo ADI progettato.

Ai fini tuttavia dell'analisi del lavoro svolto, ciascun Distretto (o ULSS, o Regione) dovrà tener conto soltanto del profilo organizzativo AD come risulta dai servizi effettivamente erogati. Il campo non è previsto come informazione esplicita da riportare nel flusso informativo SID-ADI, in quanto è determinato in maniera univoca dalla applicazione delle "regole di aggregazione" descritte nella medesima tabella.

In altre parole, il profilo assistenziale ADI viene generato automaticamente a posteriori secondo una classificazione definita sulla base della effettiva erogazione e coesistenza, nel mese di riferimento, dei servizi minimi che caratterizzano ciascun profilo.

Allegato alla dgr
1722 del 18 GIU. 2004
n. del

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dot. Giampaolo Ruffini
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
- Dr. Giuseppina D'Erice -

CLASSIFICAZIONE DELL'INTENSITA' ASSISTENZIALE ADI

Mentre il numero e la tipologia di accessi effettuati definiscono il "profilo organizzativo AD", l'"intensità dell'AD" viene definita dal numero e dalla tipologia di problemi di salute del paziente.

Il concetto di intensità assistenziale AD, già presente nella DGR n. 5273/98, viene pertanto ripreso e sviluppato, distinguendolo da quello di profilo organizzativo AD.

Si osserva infatti che la corrispondenza fra bisogni dell'utente e risposta assistenziale fornita dagli Enti pubblici spesso non è diretta, bensì mediata da fattori quali il contesto sociale, la rete informale, lo stile assistenziale della famiglia, lo stile assistenziale del medico curante. Accade così che pazienti con bisogni simili (ad esempio: anziano allettato con PEG e lesioni da decubito) possa ricevere dal personale sanitario e sociale di ULSS e Comuni interventi di complessità organizzativa molto diversa, a seconda ad esempio delle caratteristiche dell'abitazione (barriere architettoniche, distanza dagli ambulatori), della esistenza e disponibilità di familiari capaci di prestare cure adeguate, della possibilità da parte degli operatori di espletare efficaci interventi di educazione terapeutica, ed altro.

Si è perciò deciso di definire l' "intensità assistenziale" a partire dai problemi di salute / bisogni assistenziali effettivamente presentati dal singolo paziente, indipendentemente da quali siano i soggetti che intervengono concretamente su quei bisogni (familiari, operatori privati, operatori di assistenza, infermieri, medici).

Pertanto, l'intensità assistenziale viene definita in maniera univoca dai bisogni assistenziali dell'utente secondo i seguenti criteri:

classificazione intensità assistenziale dell'AD	
1 – bassa	= 1 bisogno a bassa intensità
2 – media	2-3 bisogni a bassa intensità, oppure 1 a media intensità
3 – alta	>= 4 bisogni a bassa intensità, oppure 2 bisogni a media intensità, oppure 2 bisogni a bassa intensità + 1 bisogno a media intensità, oppure 1 bisogno ad alta intensità

A questo riguardo, inoltre, la sperimentazione compiuta ha consentito di definire le seguenti indicazioni, attualmente in fase di esame da parte del legislatore regionale:

a	la fornitura diretta di farmaci, alimentazione artificiale e protesi (attraverso il canale ADI) deve essere correlata all'intensità assistenziale AD e non al profilo organizzativo AD; la modifica normativa più semplice per realizzare questo è la definizione di ADIMED come "ADI ad elevata intensità assistenziale", anziché quella precedente come "ADI di profilo organizzativo D"
b	l'eventuale differenziazione delle incentivazioni alla medicina primaria per l'assistenza a domicilio deve essere correlata alla intensità di A.D. e non al profilo organizzativo

CLASSIFICAZIONE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Al paragrafo 4.1 si è definito che ciascun utente, utilizzatore di uno o più servizi di assistenza, deve essere valutato prima di attivare (o modificare) qualsiasi tipo di servizio.

La valutazione avviene con modalità proporzionali alla complessità del caso e/o degli interventi da attivare, ma in ogni caso deve prendere in considerazione 3 parametri.

1. DIAGNOSI PRINCIPALE

La diagnosi principale viene classificata con il sistema ICPC, nell'ambito di una sperimentazione di questo sistema classificativo condotta dalla Regione Veneto in collaborazione con la Medicina Generale, e con l'intento di promuovere l'adozione di metodi di classificazione dei bisogni e delle risposte assistenziali specifici per il sistema delle cure primarie.

Allegato alla dgr
17.22 del 18 GIU. 2004

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Giampaolo Ruppole
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
- Dr. Giuseppe D'Errico -

Ai fini del SID-ADI, si considera "diagnosi principale" la diagnosi che condiziona maggiormente il piano di assistenza.

In questa fase, si è scelto di indicare una sola diagnosi, definita come "principale", ritenendo che questa modalità sia la più idonea a ridurre la variabilità delle valutazioni nell'intero territorio. Sempre allo scopo di pervenire nei tempi più rapidi possibili ad un omogeneo utilizzo degli strumenti di classificazione, è onere del direttore di distretto o suo delegato definire in maniera appropriata la "diagnosi principale" ai fini del SID-ADI, sulla base delle indicazioni fornite dal medico di Medicina Generale.

2. PROFILO DI AUTONOMIA

Il profilo di autonomia, definito secondo SVAMA è "obbligatorio" (in quanto è obbligatoria l'effettuazione della UVM) per il profilo organizzativo di ADI "D".

Si propone comunque ai Distretti Socio-Sanitari di definire il profilo di autonomia anche per altri profili organizzativi. In termini di "livello soglia" per l'obiettivo così definito si propone di avere:

- profilo di autonomia completo nel 80% dei profili organizzativi AD "D" ed "A"
- assi cognitivo, mobilità e ADL compilati nel 60% dei profili organizzativi AD "B" e nel 30% dei profili organizzativi AD "C"
- asse sociale definito nel 40% dei profili organizzativi AD "B" e nel 20% dei profili organizzativi AD "C"

3. PROBLEMI DI SALUTE / BISOGNI ASSISTENZIALI

La classificazione dei problemi di salute e dei bisogni assistenziali è stata predisposta, nel corso della sperimentazione del SID-ADI, da diversi gruppi di lavoro interaziendali, che hanno visto la partecipazione di infermieri, fisioterapisti, geriatri, fisiatri, assistenti sociali, MMG, medici di Distretto.

Si ribadisce che vanno rilevati i problemi di salute/bisogni assistenziali effettivamente presentati dal singolo paziente, indipendentemente da quali siano i soggetti che intervengono concretamente su quei bisogni (familiari, operatori privati, operatori di assistenza, infermieri, medici).

ALTRE CLASSIFICAZIONI RILEVANTI AI FINI DEL SID-ADI

Si ritiene necessario individuare/definire classificazioni omogenee e uniformi a livello regionale per tutte le prestazioni erogate a livello territoriale dalle diverse figure professionali.

Questa operazione riveste un'importanza strategica per rimuovere i comportamenti di autoreferenzialità che rappresentano uno degli ostacoli più importanti ad intraprendere un processo di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

L'individuazione/definizione di tali classificazioni si rivela peraltro molto complessa.

Di seguito si forniscono le classificazioni elaborate ed adottate nel corso della sperimentazione del SID-ADI.

CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGATE DAGLI OPERATORI NEL CORSO DEGLI ACCESSI DOMICILIARI

Il modello di sistema informativo elaborato non prevede più la rilevazione delle prestazioni erogate nel corso dei singoli accessi al domicilio

Questa scelta deriva da tre principali ordini di considerazioni:

- a) la sostanziale inefficacia del metodo finora seguito della rilevazione per prestazioni, testimoniata dalla impossibilità di utilizzare queste informazioni a fini decisionali (quanti direttori di Distretto o Direzioni Sanitarie hanno assunto decisioni organizzative sulla base dei flussi informativi correnti, relativi alle prestazioni erogate? Nella maggior parte delle situazioni si ricorre piuttosto a rilevazioni ad hoc). Nell'analisi condotta nel corso della sperimentazione, tale bassa qualità deriva da due ordini di fattori:

- A. fattori "estrinseci", quali la disomogeneità nell'interpretazione della definizione delle prestazioni, che si è dimostrata resistente ad ogni sforzo di correzione; la

Allegato alla dgr

1722 - 18 GIU. 2004
n. del 9 -

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Gianpiero Ruffo
IL DIRIGENTE REGIONALE

tendenza di ciascuna equipe a sviluppare metodi propri di classificazione; l'evoluzione del sistema di cure, ed altri

- B. il fatto "intrinseco" alla rilevazione per prestazioni, che la richiesta (a ciascuno delle migliaia di operatori impegnati in Veneto nell'erogazione dei servizi) di fornire dati quantitativi sul proprio lavoro, introduce inevitabilmente un fattore di distorsione volto a sottolineare, anche in buona fede, la quantità del lavoro svolto (= delle prestazioni erogate)
- b) il consistente carico di lavoro richiesto agli operatori per la rilevazione delle singole prestazioni erogate, che, ad esempio nel caso degli infermieri, sottrae risorse non irrilevanti alla stessa effettuazione delle prestazioni
- c) il fatto che la rilevazione per prestazioni trasmette ai singoli operatori il messaggio che, per l'organizzazione, sono rilevanti le prestazioni erogate, anziché i risultati di salute ottenuti (alla cui rilevazione si dedicano molte meno risorse); in sostanza, questo metodo appare più coerente con la obsoleta organizzazione del lavoro per mansioni anziché con l'organizzazione per processi assistenziali.

Per questi motivi si è scelto di passare alla rilevazione dei "bisogni assistenziali" (vedi tabella Sub_Allegato_4.0_Classificazione_Problemi_di_Salute_Bisogni_Assistenziali)

In sostanza, si richiede ad ogni servizio di "valutare" prima di "fare": ad ogni richiesta di intervento, dovrà seguire la valutazione dei bisogni assistenziali. Se nel corso del programma di assistenza i bisogni cambiano, una nuova valutazione modificherà la precedente.

Ad esempio: paziente anziano fratturato di femore, in precedenza in buone condizioni, con possibilità di supporto solo parziale da parte della rete informale (= famiglia, volontariato, privati), segnalato per dimissione protetta.

Al momento della UVMD, effettuata con paziente ancora ricoverato in reparto per acuti, si potrebbero rilevare i seguenti bisogni assistenziali:

1.02	Valutazione multidisciplinare
5.02	Gestione cateterismo vescicole
12.03	Trattam. riabilitativo post acuto paz. Ortopedico
12.08	Educazione ed addestramento
13.02	Assistenza nelle ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti)
13.03	Assistenza nelle iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia)

per i quali viene organizzata una dimissione protetta, e vengono programmati gli accessi degli infermieri del Distretto, del terapeuta della riabilitazione, e degli operatori di assistenza comunali.

Pochi giorni dopo la dimissione a domicilio, la situazione potrebbe essersi modificata nel modo seguente:

12.03	Trattam. riabilitativo post acuto paz. Ortopedico
12.08	Educazione ed addestramento
13.02	Assistenza nelle ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti)
13.03	Assistenza nelle iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia)

a seguito di questa rivalutazione (per la quale non è necessaria una UVMD), vengono sospesi gli interventi degli infermieri del Distretto. La famiglia intanto ha provveduto ad acquisire una assistenza privata, per cui gli interventi comunali vengono gradualmente sospesi.

Dopo tre settimane, al termine della riabilitazione da parte del terapeuta del Distretto, residua solo una modesta limitazione funzionale, per cui i bisogni vengono ridefiniti in questo modo:

Allegato alla doc
1722 - 18 GIU. 2004
n. del

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dr. Giampaolo Pupolo
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
- Dr. Giuseppe D'Emilio

13.03	Assistenza nelle iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia)
13.04	Accompagnamento fuori casa

e viene chiuso l'episodio di cura.

In fase di registrazione delle informazioni, vengono registrate le 3 valutazioni, e tutti i singoli accessi effettuati dai singoli operatori

In fase di analisi "a posteriori", tutte le informazioni vengono aggregate, e, se si è interessati a definire il tipo di lavoro svolto dagli infermieri, si collegano gli accessi all'ultima valutazione precedente.

Questo modello prevede lo sviluppo in ciascun contesto operativo di "standard di cura", che descrivano le modalità di effettuazione dei singoli processi assistenziali, indicandone le principali caratteristiche, fra cui il numero standard di accessi ed i materiali da utilizzare.

In un processo di miglioramento continuo delle cure, le informazioni fornite dal SID-ADI sui servizi effettivamente erogati andranno confrontate con gli standard di cura.

CLASSIFICAZIONE DEI SERVIZI CHE CONCORRONO ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Si è predisposta una classificazione dei servizi erogabili dai diversi soggetti (ULSS, Comuni, o Enti gestori convenzionati con questi).

Si è scelto di riconoscere pari rilevanza anche all' "assistenza rete informale", includendo in questa voce l'assistenza fornita dalla famiglia, sia direttamente, sia mediante personale privato.

CLASSIFICAZIONE DISCIPLINE SPECIALISTICHE

Si è utilizzata la classificazione corrente, con l'aggiunta di psicologia e cure palliative.

CLASSIFICAZIONE SOGGETTI DECISORI

CLASSIFICAZIONE MOTIVI DI CHIUSURA

CLASSIFICAZIONE FASCE DI PRESA IN CARICO ASSISTENZA PRIVATA

CLASSIFICAZIONE FORNITURE PARTICOLARI

5. ELABORAZIONE DEI DATI

Ciascun soggetto interessato (Distretto, ULSS, Regione) ha la possibilità di elaborare i dati secondo diversi criteri di lettura.

Il primo utilizzo del SID-ADI, comunque, deve avvenire nell'ambito dei processi di controllo di gestione che ciascun Distretto potrà d'ora in poi realizzare.

Allegato alla dgr

n. del
17 2 2 del **18 GIU. 2004**

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Giampaolo Rando
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
- Dr. Giuseppe D'Errico -

SID - ADI
Sistema Informativo di Distretto-modulo assistenza domiciliare
SET DI DATI

tracciato record regionale	anagrafe / decisioni / servizi	unità informative (* = non richieste nel flusso regionale all'1/7/04)	informazione di interesse regionale
----------------------------	--------------------------------	---	-------------------------------------

A N A G R A F E	anagrafe di azienda	Azienda ULSS erogatrice	si
		DSS di domicilio	si
		codice sanitario	si
		codice fiscale	si
		cognome	si
		nome	si
		sexso	si
		data di nascita	si
		luogo di nascita	
		comune di residenza	si
		comune di domicilio	si
		domicilio (indirizzo, telefono)	
		codice MMG/PLS (che rimanda al database di nome, indirizzo, telefono, orario rintracciabilità per ADI, etc)	si
		anagrafe di progetto	identificativo utente
	* comune di provenienza		
	* data ultima iscrizione anagrafica comunale		

V A L U T A Z I O N I D E C I S I O N I	identificazione	identificativo utente	si
		Azienda ULSS erogatrice	si
		DSS di domicilio	si
		data valutazione / decisione	si
		soggetto decisore	si
		* partecipanti (compreso MMG/PLS)	
	valutazione	* data domanda	si
		SVAMA cognitivo (VCOG, se valutata)	si
		SVAMA mobilità (VMOB, se valutata)	si
		SVAMA ADL (VADL, se valutata)	si
		SVAMA sanitario (VSAN, se valutata)	si
		SVAMA sociale (VSOC, se valutata)	si
		SVAMA profilo	
		diagnosi clinica	si
		problemi di salute / bisogni assistenziali (54)	si
		profilo organizzativo AD progettato	
		intensità AD progettata	
		* data presa in carico (apertura cartella)	si
		* motivo valutazione	si
		* invalidità	
* handicap			
* ISEE			

Allegato alla dgr
1722 del **18 GIU. 2004**

DIREZIONE REGIONALE
 PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
 IL DIRIGENTE REGIONALE
Dot. Giampietro Rupolo
 IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
 - Dr. Giuseppe D'Errico -

tracciato record regionale	anagrafe / decisioni / servizi	unità informative (* = non richieste nel flusso regionale all'1/7/04)	informazione di interesse regionale	
S E R V I Z I	1	assist.MMG / PLS	identificativo utente	si
		gestore del servizio	si	
		accessi (date)	si	
		*PIP		
		*bilanci di salute		
	2	assistenza infermiere	identificativo utente	si
			gestore del servizio	si
			accessi (date)	si
			* durata effettiva dell'accesso (in minuti)	si
	3	assistenza riabilitativa	identificativo utente	si
			gestore del servizio	si
accessi (date)			si	
* durata effettiva dell'accesso (in minuti)			si	
4	assist. specialistica	identificativo utente	si	
		gestore del servizio	si	
		branca specialistica	si	
		accessi (date)	si	
5	assistente sociale	identificativo utente	si	
		gestore del servizio	si	
		accessi a domicilio (date)	si	
3	assist. OTAA/OSA/OSS/OAA	identificativo utente	si	
		gestore del servizio	si	
		accessi (date)	si	
		* durata effettiva dell'accesso (in minuti)	si	
7	* contr.economico straordinario	identificativo utente	si	
		gestore del servizio	si	
		erogazione (data)	si	
		* valore		
8	* assist. servizio civile	identificativo utente	si	
		gestore del servizio	si	
		data presa in carico (= data 1° accesso)	si	
		data fine servizio	si	
9	* volontariato coordinato	identificativo utente	si	
		gestore del servizio	si	
		data presa in carico (= data 1° accesso)	si	
		data fine servizio	si	
10	* assistenza rete informale	identificativo utente	si	
		gestore del servizio	si	
		data inizio	si	
		data fine servizio	si	
		* media ore giornaliere assistenza privata (per fasce)	si	
11	* telesoccorso	identificativo utente	si	
		gestore del servizio	si	
		data presa in carico	si	
		data fine servizio	si	

Allegato alla dgr
1722 del 8 GIU. 2004

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO-SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Giampietro Ruppolo
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
- Dr. Giuseppe D'Errico -

tracciato record regionale		anagrafe / decisioni / servizi	unità informative (* = non richieste nel flusso regionale all'1/7/04)	informazione di interesse regionale
S E R V I Z I	12	* pasti a domicilio	identificativo utente *	si
			gestore del servizio	si
			data presa in carico (= data 1° erogazione)	si
			data fine servizio	si
			* date fornitura	
	13	* contr.economico continuativo	identificativo utente	si
			gestore del servizio	si
			data presa in carico (= data 1° erogazione)	si
			data chiusura	si
			* valore economico di periodo	
	14	* contr. legge 28	identificativo utente	si
			gestore del servizio	si
			data presa in carico (= data 1° erogazione)	si
			data chiusura	si
			* valore economico di periodo	
	15	* contr. Alzheimer (e altri regionali)	identificativo utente	si
			gestore del servizio	si
			data presa in carico (= data 1° erogazione)	si
			data chiusura	si
			* valore economico di periodo	
16	* ass. protesica	identificativo utente	si	
		gestore del servizio	si	
		* data erogazione	si	
		* ausili erogati	si	
17	* fornitura attrezzature	identificativo utente	si	
		gestore del servizio	si	
		* data presa in carico (= data 1° erogazione)	si	
		* data chiusura	si	
		* tipo attrezzatura (pompe, ventilatori...)	si	
18	* ass. farmaceutica ad erogazione diretta	identificativo utente	si	
		gestore del servizio	si	
		data presa in carico (= data 1° erogazione)	si	
		data chiusura	si	
		* data erogazione		
19	* forniture particolari	identificativo utente	si	
		gestore del servizio	si	
		data presa in carico (= data 1° erogazione)	si	
		data chiusura	si	
		* tipo fornitura particolare	si	
20	* fornitura materiale di consumo	identificativo utente	si	
		gestore del servizio	si	
		data presa in carico (= data 1° erogazione)	si	
		data chiusura	si	
		* data erogazione		
		* materiali erogati		

Allegato alla dgr
17.2.2 n. del 18 GIU. 2004

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Giampaolo Ripolo
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
- Dr. Giuseppe D'Errico -

SID - ADI
Sistema Informativo di Distretto - modulo assistenza domiciliare
TRACCIATO RECORD

descrizione campo	lunghezza	posizione iniziale	tipo	richiesto dall'1/10/0	istruzioni per la codifica
-------------------	-----------	--------------------	------	-----------------------	----------------------------

A. TRACCIATO DATI ANAGRAFICI

descrizione campo	lunghezza	posizione iniziale	tipo	richiesto dall'1/10/0	istruzioni per la codifica
Azienda ULSS erogatrice	3	1	n	si	Codici delle Aziende Sanitarie di cui al DM 17.7.1986 e successive modifiche, adottato nei "Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere" (Flussi Informativi Ministeriali)
DSS di domicilio	1	4	n	si	
codice sanitario	9	5	n	si	Il campo va valorizzato, in combinazione con il codice fiscale, per i soli residenti in Veneto.
codice fiscale	16	14	t	si	Il campo va valorizzato per tutte le schede riferite a cittadini italiani. Per cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno indicare il codice STP. Si tratta di dato obbligatorio.
cognome	30	30	t	si	Campo da valorizzare solo in mancanza di codice fiscale o codice sanitario
nome	20	60	t	si	Campo da valorizzare solo in mancanza di codice fiscale o codice sanitario
sesso	1	80	n	si	Utilizzare i codici seguenti: 1 - maschio; 2 - femmina.
data di nascita	8	81	d	si	Utilizzare il formato GMMM/AAAA.
comune di residenza	6	89	n	si	Codici ISTAT (primi 3 caratteri per la provincia e i rimanenti 3 caratteri per il progressivo comune). Si raccomanda di non omettere la rilevazione dello "0" costituente il primo carattere del codice provincia. Per i residenti all'estero codificare 999 i primi 3 caratteri ed il codice stato estero nei successivi 3, utilizzando il codice stati esteri definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione.
comune di domicilio	6	95	n	si	Codici ISTAT (primi 3 caratteri per la provincia e i rimanenti 3 caratteri per il progressivo comune). Si raccomanda di non omettere la rilevazione dello "0" costituente il primo carattere del codice provincia.
codice MMG/PLS	16	101	n	si	Codice fiscale del MMG o PLS.
identificativo utente	12	117	n	si	Numero progressivo utente, strutturato secondo il formato UUUAAAANNNNN, dove: UUU identifica l'ULSS (coincide con il campo "Azienda ULSS erogatrice"), AAAA è l'anno e NNNNN è un numero progressivo attribuito dall'ULSS, univoco per l'utente e assegnato al momento della presa in carico. E' necessario per la ricomposizione da parte del personale autorizzato di dati anagrafici e dati sensibili.

Allegato alla del 18 GIU. 2004
17.22 del

DIREZIONE REGIONALE
 PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
 IL DIRIGENTE REGIONALE
 Dott. ~~Giampietro Ripollo~~
 IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
 - Dr. Giuseppe D'Errico -

B. TRACCIATO VALUTAZIONI

IDENTIFICAZIONE (campi da compilare per tutte le decisioni)	12	1	n	si	ricollega il servizio erogato all'utente (vedi sopra)
identificativo utente	8	13	d	si	Utilizzare il formato GGMMAAAA.
data valutazione	1	21	n	si	Utilizzare i codici seguenti: 1 - UOD / UVMD; 2 - Direttore del DSS o suo delegato; 3 - Servizio Sociale Comunale; 4 - Regione (solo per L.28); 5 - famiglia (solo per assistenza privata).
soggetto decisore					Data dell'ultima UVMD effettuata; da indicare per ogni decisione, anche diversa dalla UVMD. Nel caso di valutazione con soggetto decisore=UVMD, coincide con il campo "data valutazione / decisione". Nel caso non siano mai state fatte UVMD per paziente, lasciare in bianco.
data ultima UVMD	8	22	d	si	Nel caso il record venga compilato in maniera convenzionale, in assenza di decisioni nel trimestre, questo è l'unico dato da immettere, oltre agli identificativi di utente, ULSS e DSS.
* data domanda	8	30	d		E' la data in cui l'utente ha chiesto la valutazione (o il servizio per cui è stata effettuata la valutazione). Utilizzare il formato GGMMAAAA. Non valorizzare se l'iniziativa della valutazione è presa dai servizi.
SVAMA cognitivo (VCOG, se valutata)	2	38	t	si	Codice VCOG della scheda SVAMA (DGR n. 3979/99) più recente. Obbligatorio se soggetto decisore = 1. Se non valorizzato, deve contenere caratteri "spazio".
SVAMA mobilità (VMOB, se valutata)	2	40	t	si	Codice VMOB della scheda SVAMA (DGR n. 3979/99) più recente. Obbligatorio se soggetto decisore = 1. Se non valorizzato, deve contenere caratteri "spazio".
SVAMA ADL (VADL, se valutata)	2	42	t	si	Codice VADL della scheda SVAMA (DGR n. 3979/99) più recente. Obbligatorio se soggetto decisore = 1. Se non valorizzato, deve contenere caratteri "spazio".
SVAMA sanitario (VSAN, se valutata)	2	44	t	si	Codice VSAN della scheda SVAMA (DGR n. 3979/99) più recente. Obbligatorio se soggetto decisore = 1. Se non valorizzato, deve contenere caratteri "spazio".
SVAMA sociale (VSOC, se valutata)	3	46	t	si	Codice VSOC della scheda SVAMA (DGR n. 3979/99) più recente. Obbligatorio se soggetto decisore = 1. Se non valorizzato, deve contenere caratteri "spazio".
SVAMA profilo	2	49	n	si	Campo generato automaticamente sulla base dei codici SVAMA precedenti. Obbligatorio se soggetto decisore = 1.
diagnosi clinica	3	51	t	si	Codice IPC della diagnosi "principale" (= la diagnosi che condiziona maggiormente il piano di assistenza). La codifica viene effettuata dal responsabile UVMD (anche per le decisioni "non UVMD") sulla base delle informazioni raccolte. Obbligatorio per tutte le decisioni di apertura.
problemi di salute / bisogni assistenziali	60	54	n	si	Codificare in questo modo: la posizione del carattere si riferisce alla tipologia del servizio, secondo la tabella allegata il carattere è "1" in caso di problema presente; "0" negli altri casi
profilo organizzativo AD progettato	2	114	n	si	Utilizzare per le valutazioni in apertura. Utilizzare i codici seguenti: 1=ADI-A soc; 2=ADI-A san; 3=ADI-B soc; 4=ADI-B san; 5=ADI-C soc; 6=ADI-C san; 7=ADI-D soc; 8=ADI-D san; 9=ADI-H soc; 10=ADI-H san; 11=A soc (accesso occasionale soc); 12=A san (accesso occasionale san); 13= AD soc; 14=AD san
intensità AD progettata	1	116	n	si	Utilizzare per le valutazioni in apertura. Utilizzare i codici seguenti: 1=bassa; 2=media; 3=elevata. Campo generato automaticamente sulla base dei codici indicati nel campo "problemi di salute / bisogni assistenziali".
* data presa in carico	8	117	d		Utilizzare quando si attiva per la prima volta o si modifica un profilo organizzativo ADI. Coincide con la data decisa per la prima prestazione. Utilizzare il formato GGMMAAAA.
* motivo della valutazione	2	125	n		Utilizzare i codici seguenti: VALUTAZIONI IN APERTURA 1 - bisogno di assistenza insorto o modificato al domicilio; 2 - dimissione protetta da ospedale; 3 - trasferimento da struttura residenziale extraospedaliera; VALUTAZIONI IN SOSPENSIONE / CHIUSURA 4 - decisione degli operatori di chiusura AD per miglioramento; 5 - decisione degli operatori di chiusura AD per altri motivi; 6 - decisione soggettiva dell'utente (cambio residenza, allontanamento temporaneo, volontà dell'utente); 7 - decesso a domicilio; 8=ingresso in Ospedale; 9= ingresso in Ospedale con decesso; 10=ingresso in residenza extraospedaliera
* invalidità	1	127	n		Utilizzare i codici seguenti: 1=si; 2=no.
* handicap	1	128	n		Utilizzare i codici seguenti: 1=si; 2=no.

Allegato alla dgr

1722 - 19 GIU. 2004
n. del

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Giampaolo Rubino
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
- Dr. Giuseppe D'Errico -

C. TRACCIATO SERVIZI EROGATI

identificativo utente	12	1	n	si	ricollega il servizio erogato all'utente (vedi sopra)
numero progressivo accesso/servizio erogato	14	13	n	si	Numero progressivo dell'accesso/servizio erogato (a partire dall'1 gennaio di ogni anno), strutturato secondo il formato UUUAAAATNNNNNN, dove: UUUU identifica l'ULSS (coincide con il campo "Azienda ULSS erogatrice"), AAAA è l'anno corrente, T è il trimestre (1=1°, 2=2°, 3=3°, 4=4°) e NNNNNN è un numero progressivo attribuito dall'ULSS, univoco per l'accesso/servizio nel corso dell'anno. E' necessario per la ricomposizione da parte del personale autorizzato di dati anagrafici e dati sensibili.
servizio erogato	2	27	n	si	Utilizzare i codici seguenti: 1=assist.medica primaria; 2=assist.inf.; 3=assist.riabilitat; 4=assist.special; 5=assistente sociale; 6=assist.OTA; 7=contr.economico straordinario; 8=assist.serv.civile; 9=volontariato coordinato; 10=assist.rete informale; 11=telesoccorso; 12=pasti a domicilio; 13=contr.economico continuativo; 14=contr.L.28; 15=contr.Alzheimer; 16=assist.protesica; 17=fornitura attrezzature; 18=ass.farmaceutica ad erogazione diretta; 19=forniture particolari; 20=fornitura materiali di consumo ** NB: è obbligatoria dall'1/7/04 la rilevazione dei servizi 1-2-3-4-5-6
gestore del servizio	11	29	n	si	Si intende il Comune che eroga le prestazioni sociali (usare 99999 per i primi 5 caratteri; poi il codice ISTAT, con 3 caratteri per la provincia e i rimanenti 3 caratteri per il progressivo comune). Oppure si intende il DSS (usare il codice 9999999 per le prime 7 cifre, poi il codice ULSS di 3 cifre seguito da una cifra che identifica il DSS all'interno della singola ULSS). Oppure si intende la famiglia per il servizio=10 (usare il codice 9999999999). Oppure si intendono società di servizi (usare la partita IVA) ** NB: è obbligatoria dall'1/7/04 la rilevazione per i servizi 1-2-3-4-5-6
accesso (data)	8	40	d	si	Da utilizzare solo per i servizi: 1=assist.medica primaria; 2=assist.IP; 3=assist.riabilitat; 4=assist.special; 5=assistente sociale; 6=assist.OTA; 7=contr.economico straordinario; 16=assist.protesica. Nel caso di tipo servizio = 7 o 16, si intende "data di erogazione". Utilizzare il formato GGMMAAAA. ** NB: è obbligatoria dall'1/7/04 la rilevazione per i servizi 1-2-3-4-5-6
* durata dell'accesso (in minuti)	3	48	n		Da utilizzare solo per i servizi: 2=assist.IP; 3=assist.riabilitat; 6=assist.OTA. Da esprimere in minuti. Nel caso di unico accesso effettuato da 2 o più operatori dello stesso servizio (ad esempio: 2 IP, oppure 2 OTA, etc), sommare i minuti dell'accesso dei due operatori. Considerare ESCLUSIVAMENTE la durata della permanenza a domicilio dell'operatore, con esclusione del tempo di trasporto, organizzazione, etc.
branca assist. specialist. domic.	3	51	n	si	Da utilizzare solo per il servizio 4=assist.special; utilizzare il codice definito nella tabella allegata, già utilizzata nel modulo assist. specialistica ambulatoriale
data inizio servizio	8	54	d	si	Da utilizzare solo per i servizi: 8=assist.serv.civile; 9=volontariato coordinato; 10=assist.rete informale; 11=telesoccorso; 12=pasti a domicilio; 13=contr.economico continuativo; 14=contr.L.28; 15=contr.Alzheimer; 17=fornitura attrezzature; 18=ass.farmaceutica ad erogazione diretta; 19=forniture particolari; 20=fornitura materiali di consumo Si intende la data di presa in carico, o di 1° accesso, o di 1° erogazione. Utilizzare il formato GGMMAAAA. Nel caso il servizio sia già attivo all'inizio del trimestre, viene convenzionalmente indicato il primo giorno del trimestre.
data fine servizio	8	62	d	si	Da utilizzare solo per i servizi: 8=assist.serv.civile; 9=volontariato coordinato; 10=assist.rete informale; 11=telesoccorso; 12=pasti a domicilio; 13=contr.economico continuativo; 14=contr.L.28; 15=contr.Alzheimer; 17=fornitura attrezzature; 18=ass.farmaceutica ad erogazione diretta; 19=forniture particolari; 20=fornitura materiali di consumo Si intende la data di chiusura. Utilizzare il formato GGMMAAAA. Nel caso il servizio sia ancora attivo alla fine del trimestre, viene convenzionalmente indicato l'ultimo giorno del trimestre
* tipo fornitura particolare	1	70	n		Utilizzare i codici seguenti: 1= O2 (liquido o concentratore); 2= alimenti per nutrizione artificiale; 3=altro
* media ore giornaliere (classificata per fasce)	1	71	n		Da utilizzare per il servizio=10. Utilizzare i codici seguenti: 1=fino a 2 ore al di; 2=più di 2 ore ma meno di continuativa diurna; 3=continuativa diurna; 4=continuativa notturna; 5=continuativa diurna e notturna

legenda tipo servizio: n = numerico; t = testo (alfanumerico); d = data

* = campo la cui valorizzazione non è obbligatoria dall'1/10/04

Si ricordano alcune regole generali di utilizzazione dei campi:

- I campi alfanumerici (a lunghezza variabile) vanno allineati a sinistra e completati con caratteri "spazio"; analogamente, se non valorizzati, essi devono contenere caratteri "spazio".
- I campi numerici vanno allineati a destra e completati con caratteri "zero", analogamente, se non valorizzati, essi devono contenere caratteri "zero".
- I campi "data", se non utilizzati, devono contenere caratteri "spazio".

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
IL RESPONSABILE DEL RUFFINO VICARIO

17 22
del 18 GIU. 2004

SID - ADI

Sistema Informativo di Distretto - modulo assistenza domiciliare

Problemi di salute		Bisogni assistenziali		INTENSITA' ASSISTENZIALE ADI		
		cod	bassa	media	alta	
1	Progettualità assistenziale	1.01	Valutazione monoprofessionale		x	
		1.02	Valutazione multidisciplinare		x	
2	Rischio infettivo	2.01	Educazione terapeutica teorica e pratica		x	
		2.02	Gestione procedure di prevenzione		x	
3	Respiratori	3.01	Educazione terapeutica teorica e pratica		x	
		3.02	Gestione O ₂ terapia			x
		3.03	Gestione tracheostomia			x
		3.04	Gestione ventilazione invasiva			x
		3.05	Gestione broncoaspirazione			x
4	Alimentazione	4.01	Educazione terapeutica teorica e pratica		x	
		4.02	Gestione alimentazione per OS		x	
		4.03	Gestione S.N.G.			x
		4.04	Gestione P.E.G.			x
		4.05	Gestione alimentazione parenterale			x
5	Eliminazione urinaria/intestinale	5.01	Educazione terapeutica teorica e pratica		x	
		5.02	Gestione cateterismo vescicale		x	
		5.03	Gestione urostomia		x	
6	Integrità cutanea	5.04	Clistere evacuativo			x
		5.05	Gestione stomia		x	
		6.01	Educazione terapeutica teorica e pratica		x	
		6.02	Trattamenti lesioni decubito I e II grado		x	
		6.03	Trattamenti lesioni decubito III e IV grado			x
7	Riposo/sonno	6.04	Trattamenti ulcere trofiche			x
		6.05	Trattamenti ferite chirurgiche		x	
8	Alterazione della relazione, del coping e della tolleranza allo stress	7.01	Educazione terapeutica teorica		x	
		8.01	Educazione terapeutica teorica		x	

1722- 10 GIU. 2004

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO-SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Giampietro Rupato
IL DIRIGENTE REGIONALE

SID - ADI

Sistema Informativo di Distretto - modulo assistenza domiciliare

CLASSIFICAZIONE PROBLEMI DI SALUTE / BISOGNI ASSISTENZIALI		INTENSITA' ASSISTENZIALE ADI			
Problemi di salute	Bisogni assistenziali	cod	bassa	media	alta
9 Procedure diagnostiche	9.01 Educazione terapeutica teorica e pratica	27	x		
	9.02 Rilevazione parametri vitali e fisici	28	x		
	9.03 Prelievo venoso	29	x		
	9.04 Prelievo materiale organico per microbiologia	30	x		
	9.05 Prelievo arterioso per emogasanalisi	31		x	
	9.06 E.C.G.	32	x		
	9.07 Telemetria	33	x		
10 Procedure terapeutiche	10.01 Educazione terapeutica teorica e pratica	34	x		
	10.02 Terapia intramuscolare e sottocutanea	35	x		
	10.03 Gestione C.V.C. / Porth-cath	36			x
	10.04 Gestione terapia infusiva periferica	37		x	
	10.05 Gestione cateterismo peridurale	38			x
	10.06 Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	39			x
11 Stato di terminalità oncologico	11.01 Relazione d'aiuto	40			x
	11.02 Gestione dolore	41			x
	11.03 Supporto al lutto	42			x
12 disabilità / handicap con potenziale residuo	12.01 Prescrizione, addestramento, collaudo ausili	43		x	
	12.02 Trattam. riabilitativo post acuto paz. neurologico	44			x
	12.03 Trattam. riabilitativo post acuto paz. ortopedico	45			x
	12.04 Trattam. riabilitativo post acuto paz. altre patologie	46			x
	12.05 Trattamento patologie della comunicazione	47			x
	12.06 Trattamento riattivo di sindr. da allattamento recente	48			x
13 disabilità / handicap	12.07 Cicli riabilitativi per peggioramento o prevenzione di complicanze	49		x	
	12.08 Educazione ed addestramento	50	x		
	13.01 Supervisione continua	51		x	
	13.02 Assistenza nelle ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti)	52			x
	13.03 Assistenza nelle iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia) DIREZIONE REGIONALE	53		x	
13.04 Accompagnamento/trasporti fuori casa	54				

17 2 2 del 18 GIU. 2004

Sub_Allegato_4_0_Classificazione_Problemi_di_Salute_Bisogni_Assistenziali

SID - ADI

Sistema Informativo di Distretto - modulo assistenza domiciliare CLASSIFICAZIONE PROFILI ORGANIZZATIVI ADI

SERVIZI effettivamente EROGATI	PROFILI ORGANIZZATIVI ADI														
	ADI-A		ADI-B		ADI-C		ADI-D		ADI-H		A		AD		
	con sociale	solo sanitaria	con sociale	solo sanitaria	con sociale	solo sanitaria	con sociale	solo sanitaria	con sociale	solo sanitaria	con sociale	solo sanitaria	con sociale	solo sanitaria o sociale	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
UOD / UVMD						1	1	1	1						
accessi MMG				1	1	4	4	4	4						
accessi infermiere			4			2	2	2	2		1 per un solo mese			almeno 1 accesso di 1 operatore per più di 1 mese consecutivo	
accessi terapeuta della riabilitazione	4	4													
accesso specialista o psicologo															
accesso assistente sociale															
accesso OTAA/OSA/OSS/OAA															
	almeno 4 accessi al mese complessivi		almeno 4 accessi al mese complessivi		almeno 4 accessi al mese complessivi		almeno 4 accessi al mese complessivi		sperimentazione di protocolli condivisi fra Distretto, Comune e decisione UOD di progetto ADI-H		almeno 1 accesso di 1 operatore per un solo mese		almeno 1 accesso di 1 operatore per più di un mese consecutivo		
	almeno 4 accessi al mese complessivi		almeno 4 accessi al mese complessivi		almeno 4 accessi al mese complessivi		almeno 4 accessi al mese complessivi		sperimentazione di protocolli condivisi fra Distretto e Ospedale, e progetto UOD di ADI-H		almeno 1 accesso di 1 operatore per un solo mese		almeno 1 accesso di 1 operatore per più di un mese consecutivo		
	almeno 4 accessi al mese complessivi		almeno 4 accessi al mese complessivi		almeno 4 accessi al mese complessivi		almeno 4 accessi al mese complessivi		sperimentazione di protocolli condivisi fra Distretto e Ospedale, e progetto UOD di ADI-H		almeno 1 accesso di 1 operatore per un solo mese		almeno 1 accesso di 1 operatore per più di un mese consecutivo		
COMPLESSITA' ORGANIZZATIVA	5		4		3		6		7		1		2a		2b

NOTE

a) le cifre indicano il numero minimo di accessi al mese.

b) in caso sia possibile classificare il servizio in più di una tipologia, prevale la tipologia con il livello di complessità organizzativa più alto (ultima riga)

Allegato alla dgf
17 22 del 18 GIU. 2004

IL DIRIGENTE REGIONALE
IL DISTRETTO PIEMONTE REGIONALE

SID - ADI
Sistema Informativo di Distretto - modulo assistenza
CLASSIFICAZIONE SERVIZI

classificazione SERVIZI

- | | |
|----|---|
| 1 | assistenza medica primaria |
| 2 | assistenza infermieristica |
| 3 | assistenza terapisti della riabilitazione |
| 4 | assistenza specialistica |
| 5 | assistente sociale |
| 6 | assistenza OTAA/OSA/OSS/OAA |
| 7 | contributo economico straordinario |
| 8 | assistenza servizio civile |
| 9 | volontariato coordinato |
| 10 | assistenza rete informale |
| 11 | telesoccorso |
| 12 | pasti a domicilio |
| 13 | contributo economico continuativo |
| 14 | contributo L.28 |
| 15 | contributo Alzheimer (e altri regionali) |
| 16 | assistenza protesica |
| 17 | fornitura attrezzature |
| 18 | assistenza farmaceutica ad erogazione diretta |
| 19 | forniture particolari |
| 20 | fornitura materiali di consumo |

Allegato alla dgr

n. del

17 2 2 - 1 8 GIU. 2004

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Giampietro Rupolo
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
- Dr. Giuseppe D'Errico -

Sistema Informativo di Distretto - modulo assistenza domiciliare

CLASSIFICAZIONE DISCIPLINE SPECIALISTICHE

CODICE	DESCRIZIONE DISCIPLINE
001	ALLERGOLOGIA
003	ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA
005	ANGIOLOGIA
006	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA
007	CARDIOCHIRURGIA
008	CARDIOLOGIA
009	CHIRURGIA GENERALE
010	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
011	CHIRURGIA PEDIATRICA
012	CHIRURGIA PLASTICA
013	CHIRURGIA TORACICA
014	CHIRURGIA VASCOLARE
015	MEDICINA SPORTIVA
018	EMATOLOGIA/IMMUNOEMATOLOGIA
019	MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE
020	IMMUNOLOGIA
021	GERIATRIA
024	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
025	MEDICINA DEL LAVORO
026	MEDICINA GENERALE
028	UNITA' SPINALE
029	NEFROLOGIA
030	NEUROCHIRURGIA
032	NEUROLOGIA
033	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
034	OCULISTICA
035	OTONDOIATRIA E STOMATOLOGIA
036	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
037	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
038	OTORINOLARINGOIATRIA
039	PEDIATRIA
040	PSICHIATRIA
042	TOSSICOLOGIA
043	UROLOGIA
048	NEFROLOGIA - RIABILITAZIONE TRAPIANTO RENALE
049	TERAPIA INTENSIVA
050	UNITA' CORONARICA
052	DERMATOLOGIA
054	EMODIALISI
056	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
057	FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA
058	GASTROENTEROLOGIA
061	MEDICINA NUCLEARE
062	NEONATOLOGIA

Allegato alla dgr
1722 n. del **18 GIU. 2004**

DIREZIONE REGIONALE
 PIANI E PROGRAMMI SOCIO-SANITARI
 IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Giampaolo Ripolo
 IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
 - Dr. Giuseppe D'Errico -

Sistema Informativo di Distretto - modulo assistenza
domiciliare

CLASSIFICAZIONE DISCIPLINE SPECIALISTICHE

CODICE	DESCRIZIONE DISCIPLINE
064	ONCOLOGIA
065	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
066	ONCOEMATOLOGIA
068	PNEUMOLOGIA
069	RADIOLOGIA
070	RADIOTERAPIA
071	REUMATOLOGIA
073	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
075	NEURO-RIABILITAZIONE
076	NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA
077	NEFROLOGIA PEDIATRICA
078	UROLOGIA PEDIATRICA
082	ANESTESIA E RIANIMAZIONE
100	LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE
101	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
102	CENTRO TRASFUSIONALE IMMUNOEMATOLOGIA
103	RADIODIAGNOSTICA
104	NEURORADIOLOGIA
195	PSICOLOGIA
196	CURE PALLIATIVE

Allegato alla dgr

n. del
1722 del **18 GIU. 2004**

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO-SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Giampietro Rippele
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
- Dr. Giuseppe D'Errico -

SID - ADI

Sistema Informativo di Distretto - modulo assistenza

CLASSIFICAZIONI

classificazione soggetti decisori

- 1 UOD / UVMD
- 2 Direttore DSS o delegato
- 3 Servizio Sociale Comunale
- 4 Regione (solo per L 28)
- 5 Famiglia (solo per ass privata)

classificazione motivi chiusura

- 4 decisione degli operatori di chiusura AD
- 5 decisione degli operatori di chiusura AD per altri motivi
- 6 decisione soggettiva dell'utente (cambio residenza, allontanamento temporaneo, volontà dell'uten
- 7 decesso a domicilio
- 8 ricovero in Ospedale
- 9 ricovero in Ospedale con decesso
- 10 ricovero in residenza extraospedaliera

classificazione fasce di presa in carico assistenza privata (SERVIZIO = 10)

- 1 fino a 2 ore
- 2 più di 2 ore, ma meno di continuativa diurna
- 3 continuativa diurna
- 4 continuativa notturna
- 5 continuativa diurna e notturna

Il dato va rilevato solo in caso di valutazione anche dell'AS

classificazione forniture particolari (SERVIZIO = 19)

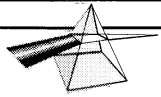
- 1 O2 (liquido o concentratore)
- 2 alimenti per nutrizione artificiale
- 3 altro

Allegato alla dgr

n. del

1722 18 GIU. 2004

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Giampietro Rupolo
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
- Dr. Giuseppe D'Errico -



**ALBERO DECISIONALE
PER L'INDIVIDUAZIONE DEL PROFILO DI AUTONOMIA**

FUNZIONI COGNITIVE	MOBILITA'	ADL	BISOGNO DI cure sanitarie	n°	DEFINIZIONE PROFILO
1 lucido	1 si sposta da solo	1 autonomo o quasi	1 bassa necessità	1	Lucido, autonomo
1 lucido	1 si sposta da solo	1 autonomo o quasi	2 intermedia necessità	1	Lucido, autonomo
1 lucido	1 si sposta da solo	1 autonomo o quasi	3 elevata necessità	1	Lucido, autonomo
1 lucido	1 si sposta da solo	2 dipendente	1 bassa necessità	2	Lucido, in parte dipendente
1 lucido	1 si sposta da solo	2 dipendente	2 intermedia necessità	2	Lucido, in parte dipendente
1 lucido	1 si sposta da solo	2 dipendente	3 elevata necessità	13	Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie
1 lucido	1 si sposta da solo	3 totalmente dipendente	1 bassa necessità	2	Lucido, in parte dipendente
1 lucido	1 si sposta da solo	3 totalmente dipendente	2 intermedia necessità	2	Lucido, in parte dipendente
1 lucido	1 si sposta da solo	3 totalmente dipendente	3 elevata necessità	13	Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie
1 lucido	2 assistito	1 autonomo o quasi	1 bassa necessità	3	Lucido, deambula assistito
1 lucido	2 assistito	1 autonomo o quasi	2 intermedia necessità	3	Lucido, deambula assistito
1 lucido	2 assistito	1 autonomo o quasi	3 elevata necessità	12	Lucido, con elevata necessità cure sanitarie
1 lucido	2 assistito	2 dipendente	1 bassa necessità	3	Lucido, deambula assistito
1 lucido	2 assistito	2 dipendente	2 intermedia necessità	3	Lucido, deambula assistito
1 lucido	2 assistito	2 dipendente	3 elevata necessità	12	Lucido, con elevata necessità cure sanitarie
1 lucido	2 assistito	3 totalmente dipendente	1 bassa necessità	5	Lucido, gravemente dipendente
1 lucido	2 assistito	3 totalmente dipendente	2 intermedia necessità	5	Lucido, gravemente dipendente
1 lucido	2 assistito	3 totalmente dipendente	3 elevata necessità	12	Lucido, con elevata necessità cure sanitarie
1 lucido	3 non si sposta	1 autonomo o quasi	1 bassa necessità	4	Lucido, non deambulante ma autonomo
1 lucido	3 non si sposta	1 autonomo o quasi	2 intermedia necessità	4	Lucido, non deambulante ma autonomo
1 lucido	3 non si sposta	1 autonomo o quasi	3 elevata necessità	14	Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie
1 lucido	3 non si sposta	2 dipendente	1 bassa necessità	5	Lucido, gravemente dipendente
1 lucido	3 non si sposta	2 dipendente	2 intermedia necessità	5	Lucido, gravemente dipendente
1 lucido	3 non si sposta	2 dipendente	3 elevata necessità	14	Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie
1 lucido	3 non si sposta	3 totalmente dipendente	1 bassa necessità	5	Lucido, gravemente dipendente
1 lucido	3 non si sposta	3 totalmente dipendente	2 intermedia necessità	5	Lucido, gravemente dipendente
1 lucido	3 non si sposta	3 totalmente dipendente	3 elevata necessità	14	Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie
2 confuso	1 si sposta da solo	1 autonomo o quasi	1 bassa necessità	6	Confuso, deambulante, autonomo
2 confuso	1 si sposta da solo	1 autonomo o quasi	2 intermedia necessità	6	Confuso, deambulante, autonomo
2 confuso	1 si sposta da solo	1 autonomo o quasi	3 elevata necessità	6	Confuso, deambulante, autonomo
2 confuso	1 si sposta da solo	2 dipendente	1 bassa necessità	7	Confuso, deambulante
2 confuso	1 si sposta da solo	2 dipendente	2 intermedia necessità	7	Confuso, deambulante
2 confuso	1 si sposta da solo	2 dipendente	3 elevata necessità	13	Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie
2 confuso	1 si sposta da solo	3 totalmente dipendente	1 bassa necessità	7	Confuso, deambulante
2 confuso	1 si sposta da solo	3 totalmente dipendente	2 intermedia necessità	7	Confuso, deambulante
2 confuso	1 si sposta da solo	3 totalmente dipendente	3 elevata necessità	13	Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie
2 confuso	2 assistito	1 autonomo o quasi	1 bassa necessità	6	Confuso, deambulante, autonomo
2 confuso	2 assistito	1 autonomo o quasi	2 intermedia necessità	6	Confuso, deambulante, autonomo
2 confuso	2 assistito	1 autonomo o quasi	3 elevata necessità	6	Confuso, deambulante, autonomo
2 confuso	2 assistito	2 dipendente	1 bassa necessità	8	Confuso, deambula assistito
2 confuso	2 assistito	2 dipendente	2 intermedia necessità	8	Confuso, deambula assistito
2 confuso	2 assistito	2 dipendente	3 elevata necessità	15	Confuso o stuporoso, dipend., alta necessità cure san.
2 confuso	2 assistito	3 totalmente dipendente	1 bassa necessità	8	Confuso, deambula assistito
2 confuso	2 assistito	3 totalmente dipendente	2 intermedia necessità	8	Confuso, deambula assistito
2 confuso	2 assistito	3 totalmente dipendente	3 elevata necessità	15	Confuso o stuporoso, dipend., alta necessità cure san.
2 confuso	3 non si sposta	1 autonomo o quasi	1 bassa necessità	10	Combinazione puramente teorica
2 confuso	3 non si sposta	1 autonomo o quasi	2 intermedia necessità	10	Combinazione puramente teorica
2 confuso	3 non si sposta	1 autonomo o quasi	3 elevata necessità	10	Combinazione puramente teorica
2 confuso	3 non si sposta	2 dipendente	1 bassa necessità	9	Confuso allettato
2 confuso	3 non si sposta	2 dipendente	2 intermedia necessità	9	Confuso allettato
2 confuso	3 non si sposta	2 dipendente	3 elevata necessità	15	Confuso o stuporoso, dipend., alta necessità cure san.
2 confuso	3 non si sposta	3 totalmente dipendente	1 bassa necessità	11	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente
2 confuso	3 non si sposta	3 totalmente dipendente	2 intermedia necessità	11	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente
2 confuso	3 non si sposta	3 totalmente dipendente	3 elevata necessità	15	Confuso o stuporoso, dipend., alta necessità cure san.

SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE :

- | | |
|---|------------------------------|
| 1 | BEN ASSISTITO |
| 2 | PARZIALMENTE ASSISTITO |
| 3 | INSUFFICIENTEMENTE ASSISTITO |

Allegato alla dgr
1722 n. del 18 GIU. 2004

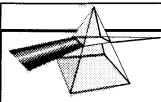
DIREZIONE REGIONALE

PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI

IL DIRIGENTE REGIONALE

Dott. Giampietro Rupolo
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO

- Dr. Giuseppe D'Errico -



**ALBERO DECISIONALE
PER L'INDIVIDUAZIONE DEL PROFILO DI AUTONOMIA**

FUNZIONI COGNITIVE	MOBILITA'	ADL	BISOGNO DI cure sanitarie	n°	DEFINIZIONE PROFILO
3 molto confuso	1 si sposta da solo	1 autonomo o quasi	1 bassa necessità	6	Confuso, deambulante, autonomo
3 molto confuso	1 si sposta da solo	1 autonomo o quasi	2 intermedia necessità	6	Confuso, deambulante, autonomo
3 molto confuso	1 si sposta da solo	1 autonomo o quasi	3 elevata necessità	6	Confuso, deambulante, autonomo
3 molto confuso	1 si sposta da solo	2 dipendente	1 bassa necessità	7	Confuso, deambulante
3 molto confuso	1 si sposta da solo	2 dipendente	2 intermedia necessità	7	Confuso, deambulante
3 molto confuso	1 si sposta da solo	2 dipendente	3 elevata necessità	13	Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie
3 molto confuso	1 si sposta da solo	3 totalmente dipendente	1 bassa necessità	7	Confuso, deambulante
3 molto confuso	1 si sposta da solo	3 totalmente dipendente	2 intermedia necessità	7	Confuso, deambulante
3 molto confuso	1 si sposta da solo	3 totalmente dipendente	3 elevata necessità	13	Deambulante con elevata necessità di cure sanitarie
3 molto confuso	2 assistito	1 autonomo o quasi	1 bassa necessità	6	Confuso, deambulante, autonomo
3 molto confuso	2 assistito	1 autonomo o quasi	2 intermedia necessità	6	Confuso, deambulante, autonomo
3 molto confuso	2 assistito	1 autonomo o quasi	3 elevata necessità	6	Confuso, deambulante, autonomo
3 molto confuso	2 assistito	2 dipendente	1 bassa necessità	8	Confuso, deambula assistito
3 molto confuso	2 assistito	2 dipendente	2 intermedia necessità	8	Confuso, deambula assistito
3 molto confuso	2 assistito	2 dipendente	3 elevata necessità	15	Confuso o stuporoso, dipend., alta necessità cure san.
3 molto confuso	2 assistito	3 totalmente dipendente	1 bassa necessità	8	Confuso, deambula assistito
3 molto confuso	2 assistito	3 totalmente dipendente	2 intermedia necessità	8	Confuso, deambula assistito
3 molto confuso	2 assistito	3 totalmente dipendente	3 elevata necessità	15	Confuso o stuporoso, dipend., alta necessità cure san.
3 molto confuso	3 non si sposta	1 autonomo o quasi	1 bassa necessità	10	combinazione puramente teorica
3 molto confuso	3 non si sposta	1 autonomo o quasi	2 intermedia necessità	10	combinazione puramente teorica
3 molto confuso	3 non si sposta	1 autonomo o quasi	3 elevata necessità	10	combinazione puramente teorica
3 molto confuso	3 non si sposta	2 dipendente	1 bassa necessità	9	Confuso allettato
3 molto confuso	3 non si sposta	2 dipendente	2 intermedia necessità	9	Confuso allettato
3 molto confuso	3 non si sposta	2 dipendente	3 elevata necessità	15	Confuso o stuporoso, dipend., alta necessità cure san.
3 molto confuso	3 non si sposta	3 totalmente dipendente	1 bassa necessità	11	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente
3 molto confuso	3 non si sposta	3 totalmente dipendente	2 intermedia necessità	11	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente
3 molto confuso	3 non si sposta	3 totalmente dipendente	3 elevata necessità	15	Confuso o stuporoso, dipend., alta necessità cure san.
4 probl.comportam.	1 si sposta da solo	1 autonomo o quasi	1 bassa necessità	16	Probl.comportamentali prevalenti, discreta autonomia
4 probl.comportam.	1 si sposta da solo	1 autonomo o quasi	2 intermedia necessità	16	Probl.comportamentali prevalenti, discreta autonomia
4 probl.comportam.	1 si sposta da solo	1 autonomo o quasi	3 elevata necessità	16	Probl.comportamentali prevalenti, discreta autonomia
4 probl.comportam.	1 si sposta da solo	2 dipendente	1 bassa necessità	16	Probl.comportamentali prevalenti, discreta autonomia
4 probl.comportam.	1 si sposta da solo	2 dipendente	2 intermedia necessità	16	Probl.comportamentali prevalenti, discreta autonomia
4 probl.comportam.	1 si sposta da solo	2 dipendente	3 elevata necessità	16	Probl.comportamentali prevalenti, discreta autonomia
4 probl.comportam.	1 si sposta da solo	3 totalmente dipendente	1 bassa necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente
4 probl.comportam.	1 si sposta da solo	3 totalmente dipendente	2 intermedia necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente
4 probl.comportam.	1 si sposta da solo	3 totalmente dipendente	3 elevata necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente
4 probl.comportam.	2 assistito	1 autonomo o quasi	1 bassa necessità	16	Probl.comportamentali prevalenti, discreta autonomia
4 probl.comportam.	2 assistito	1 autonomo o quasi	2 intermedia necessità	16	Probl.comportamentali prevalenti, discreta autonomia
4 probl.comportam.	2 assistito	1 autonomo o quasi	3 elevata necessità	16	Probl.comportamentali prevalenti, discreta autonomia
4 probl.comportam.	2 assistito	2 dipendente	1 bassa necessità	16	Probl.comportamentali prevalenti, discreta autonomia
4 probl.comportam.	2 assistito	2 dipendente	2 intermedia necessità	16	Probl.comportamentali prevalenti, discreta autonomia
4 probl.comportam.	2 assistito	2 dipendente	3 elevata necessità	16	Probl.comportamentali prevalenti, discreta autonomia
4 probl.comportam.	2 assistito	3 totalmente dipendente	1 bassa necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente
4 probl.comportam.	2 assistito	3 totalmente dipendente	2 intermedia necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente
4 probl.comportam.	2 assistito	3 totalmente dipendente	3 elevata necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente
4 probl.comportam.	3 non si sposta	1 autonomo o quasi	1 bassa necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente
4 probl.comportam.	3 non si sposta	1 autonomo o quasi	2 intermedia necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente
4 probl.comportam.	3 non si sposta	1 autonomo o quasi	3 elevata necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente
4 probl.comportam.	3 non si sposta	2 dipendente	1 bassa necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente
4 probl.comportam.	3 non si sposta	2 dipendente	2 intermedia necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente
4 probl.comportam.	3 non si sposta	2 dipendente	3 elevata necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente
4 probl.comportam.	3 non si sposta	3 totalmente dipendente	1 bassa necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente
4 probl.comportam.	3 non si sposta	3 totalmente dipendente	2 intermedia necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente
4 probl.comportam.	3 non si sposta	3 totalmente dipendente	3 elevata necessità	17	Problemi comportamentali, dipendente

SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE :

- 1 BEN ASSISTITO
- 2 PARZIALMENTE ASSISTITO
- 3 NON SUFFICIENTEMENTE ASSISTITO

Allegato alla dgr
1722
del 18 GIU. 2004

DIREZIONE REGIONALE
PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dot. Giampaolo Rupolo
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
- Dr. Giuseppa D'Erice -