

# DISCIPLINARE TECNICO

## Flusso informativo

### Sistema Informativo Salute Mentale (SISM)

Il presente documento descrive il variato contenuto del flusso del *Sistema Informativo Salute Mentale (SISM)*.

La struttura del flusso è composto da 2 archivi che contengono rispettivamente 3 e 4 tracciati:

#### A. ATTIVITÀ TERRITORIALE

1. ANAGRAFICA – contiene i dati anagrafici, occupazione e condizione abitativa dell'utente oggetto della rilevazione per il SISM.
2. DATI CONTATTO – contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell'utente oggetto della rilevazione SISM, all'interno della quale vengono erogate una serie di prestazioni raggruppate in gruppi omogenei.
3. PRESTAZIONI SANITARIE – contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie domiciliari ricevute dall'utente oggetto della rilevazione SISM.

#### B. ATTIVITÀ RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE

4. ANAGRAFICA – contiene i dati anagrafici, occupazione e condizione abitativa dell'utente oggetto della rilevazione per il SISM.
5. DATI DI CONTATTO – contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell'utente oggetto della rilevazione SISM, all'interno della quale vengono erogate una serie di prestazioni raggruppate in gruppi omogenei.
6. ATTIVITÀ RESIDENZIALE – PRESTAZIONE SANITARIA – contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie ricevute dall'utente oggetto della rilevazione SISM in strutture residenziali
7. ATTIVITÀ SEMIRESIDENZIALE – PRESTAZIONE SANITARIA – contiene i dati relativi alle prestazioni sanitarie ricevute dall'utente oggetto della rilevazione SISM in strutture semiresidenziali

#### MODULO DELLE ATTIVITA' DEL FLUSSO DI SALUTE MENTALE (SISM)

LEGENDA	
TIPO CAMPO	CONDIZIONE
<b>A:</b> campo alfabetico <b>AN:</b> campo alfanumerico <b>N:</b> campo numerico <b>D:</b> campo data/data-ora (GGMMAAAA/GGMMAAAHHMM)	<b>OBB:</b> sempre obbligatorio <b>FAC:</b> sempre facoltativo <b>NBB:</b> <b>obbligatorio se si verificano le condizioni indicate</b>

TRACCIATO A. ATTIVITÀ TERRITORIALE  
1. ANAGRAFICA

N. CAMPO	Nome campo	Descrizione	CHIAVE	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
1.1	ANNO	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione.	SI	N	OBB	FORMATO AAAA	4
1.2	CODICE REGIONE	Individua la Regione a cui afferrisce la struttura	SI	AN	OBB	Individua la Regione a cui afferrisce la struttura. Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con DM 17 settembre 1986	3
1.3	PERIODO RIFERIMENTO	Indica il semestre cui si riferisce la rilevazione	SI	AN	OBB	Valori accettati S1. Primo semestre S2. Secondo semestre	2
1.4	AZIENDA	Codice azienda sanitaria in cui e' sito il Servizio	SI	AN	OBB	Codice Azienda Sanitaria di cui al DM 17.09.1986 e successive modifiche secondo la codifica adottata nei "modelli ministeriali di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere" (Plessi Informativi Ministeriali).	3
1.5	DSM	Identifica il dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione.	SI	AN	OBB	Valori accettati: -D01 -> S01 -D02 -> S02 -D03 -> S03 -D04 -> S04 -D05 -> S05 -D06 -> S06 e 901 -D07 -> S07 -D08 -> S08 -D09 -> S09 e 912	3
1.6	CODICE EQUIPE	Codice dell'equipe che apre la cartella. Utilizzare i codici della Tabella 6. vecchio tracciato	SI	AN	OBB	VEDI ALLEGATO 1 : Equipe psichiatrica	6
1.7	NUMERO CARTELLA	Numero cartella psichiatrica	SI	AN	OBB	Numero della cartella psichiatrica. I primi due caratteri indicano l'anno di apertura e i successivi sei un progressivo univoco all'interno dell'anno e per equipe.	8
1.8	IDENTIFICATIVO ASSISTITO	Codice fiscale o altro codice identificativo utente	NO	AN	OBB	Il campo va valorizzato con il Codice Fiscale per tutte le schede riferite a cittadini italiani. Per i cittadini stranieri, qualora non in possesso del Codice Fiscale, vanno indicati in alternativa tra loro il codice TEAM (Tessera europea assicurazione malattia), o il codice ENI (Europei non iscritti), o il codice STP (Straniero temporaneamente presente).	20
1.9	TIPO IDENTIFICATIVO UTENTE	Codice tipologia identificativo utente	NO	N	OBB	Indica il tipo dell'identificativo del beneficiario della prestazione. I valori da indicare sono: 0. Codice fiscale; 1. Codice STP; 2. Codice ENI; 3. Codice ID utente della Tessera Europea d'Assicurazione Malattia (TEAM); 4. Codice fiscale numerico provvisorio a 11 cifre 99. Identificativo non disponibile.	2
1.10	DATA NASCITA	Data Nascita identificativo Utente	NO	N	OBB	Formato : DDDMMYYYY	8
1.11	SESSO	Indica il sesso anagrafico dell'assistito	NO	N	OBB	Valori Ammessi: 1. Maschio 2. Femmina 9. Non Noto	1
1.12	CITTADINANZA	Cittadinanza dell'assistito	NO	AN	OBB	Valori ammessi : codice istat Stato 999= non noto	3
1.13	REGIONE RESIDENZA	Individua la Regione di residenza dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione	NO	AN	OBB	Valori ammessi : codice istat regioni 098 - Senza fissa dimora 998 - Residente all'estero 999 - non noto	3
1.14	ASL RESIDENZA	Indica il codice dell'azienda unità sanitaria locale che comprende il comune, o la frazione di comune, in cui risiede l'assistito	NO	AN	OBB	Valori ammessi : codice istat Aziende Sanitarie 098 - Senza fissa dimora 998 - Residente all'estero 999 - non noto	3
1.15	STATO ESTERO RESIDENZA	Codice dello Stato estero in cui risiede l'assistito a cui è stata erogata la prestazione	NO	AN	FAC	Valori ammessi : codice istat stato	3
1.16	STATO CIVILE	Identifica lo stato civile dell'assistito alla fine del periodo di riferimento della rilevazione.	NO	N	OBB	Valori ammessi: 1=celibe 2=nubile 3=coniugato 4=separato 5=divorziato 6=vedovo 9= non noto/non risulta	1
1.17	COLLOCAZIONE SOCIO AMBIENTALE	Collocazione Socio Ambientale	NO	N	OBB	Valori ammessi: 1=da solo 2=famiglia di origine 3=famiglia acquisita 4=con altri familiari o con altre persone 5=struttura residenziale psichiatrica per ricovero o lungodegenza 6=casa di riposo per anziani, RSA, altro istituto o comunità non a carattere psichiatrico 7=senza fissa dimora 8=altro 9=sconosciuto	1
1.18	TITOLO STUDIO	Titolo di studio conseguito dall'assistito al termine del periodo di riferimento della rilevazione.	NO	N	OBB	Valori ammessi: 1=nessuno 2=licenza elementare 3=licenza media inferiore 4=diploma di qualifica professionale 5=diploma media superiore 6=laurea 7=laurea magistrale 9= non noto/non risulta	1
1.19	CODICE PROFESSIONALE	Indica il codice dell'attività Professionale dell'utente oggetto della rilevazione	NO	N	OBB	Valori Ammessi: 01=in cerca prima occupazione 02=disoccupato 03=casalinga 04=studente 05=pensionato 06=invalido 07=altra condizione non professionale 08=dirigente 09=quadro direttivo 10=impiegato, tecnico 11=capo operaio, operaio, bracciante 12=altro lavoratore dipendente 13=apprendista 14=lavoratore a domicilio per conto di imprese 15=militare di carriera 16=imprenditore 17=lavoratore in proprio 18=libero professionista 19=familiare coadiuvante 99=non noto/non risulta	2

TRACCIATO A. ATTIVITÀ TERRITORIALE  
2. DATI CONTATTO

N. CAMPO	Nome campo	Descrizione	CHIAVE	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
2.1	ANNO	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione.	SI	N	OBB	FORMATO AAAA	4
2.2	CODICE REGIONE	Individua la Regione a cui afferra la struttura	SI	AN	OBB	Individua la Regione a cui afferra la struttura. Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con DM 17 settembre 1986	3
2.3	PERIODO RIFERIMENTO	Indica il semestre cui si riferisce la rilevazione	SI	AN	OBB	Valori accettati S1. Primo semestre S2. Secondo semestre	2
2.4	AZIENDA	Codice azienda sanitaria di riferimento	SI	AN	OBB	Codice Azienda Sanitaria di cui al DM 17.09.1986 e successive modifiche secondo la codifica adottata nei "modelli ministeriali di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere" (Flussi Informativi Ministeriali).	3
2.5	DSM	Codice Dipartimenti Salute Mentale	SI	AN	OBB	Valori accettati: - D01 -> 501 - D02 -> 502 - D03 -> 503 - D04 -> 504 - D05 -> 505 - D06 -> 506 e 901 - D07 -> 507 - D08 -> 508 - D09 -> 509 e 912	3
2.6	CODICE EQUIPE	Codice dell'equipe che apre la cartella. Utilizzare i codici della Tabella 6. vecchio tracciato	SI		OBB	VEDI ALLEGATO 1 : Equipe psichiatrica	6
2.7	NUMERO CARTELLA	Numero cartella psichiatrica	SI	AN	OBB	numero identificativo della stessa, costituito per i primi due caratteri dall'anno di apertura e per i rimanenti sei da un numero progressivo unico nell'anno e per equipe	8
2.8	STRUTTURA	Codice della Struttura di erogazione Univocità della Chiave	SI	AN	OBB	utilizzare il Codice STS11 della struttura erogante	6
2.9	ID CONTATTO	Identificativo univoco del Contatto.	SI	AN	OBB	identificativo creato dalla concatenazione del campo "struttura" + campo "numero cartella".	14
2.10	DATA APERTURA CARTELLA	Data di apertura della cartella del paziente.	NO	AN	OBB	Formato : DDMMYYYY	8
2.11	DIAGNOSI APERTURA	Individua la diagnosi che è indicata nella cartella del paziente quando ha inizio l'episodio di cura.	NO	AN	OBB	I codici da utilizzare sono quelli previsti dalla Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) appartenenti al Capitolo di patologie psichiatriche (codici 290.XX - 319.XX).  In caso di "Assenza di patologia psichiatrica", si può utilizzare il seguente valore: 00000="Assenza di patologia psichiatrica".  Nel caso in cui la diagnosi di apertura non sia chiaramente definita, si può utilizzare il seguente valore: 99999=Diagnosi in attesa di definizione	5
2.12	PRECEDENTI CONTATTI	Indica la presenza di precedenti contatti psichiatrici alla data di rilevazione.	NO	AN	OBB	Valori Ammessi: 1= SI 2= NO 9=NON NOTO/NON RISULTA	1
2.13	INVIANTE PRIMO CONTATTO	Identifica il soggetto che richiede, dal punto di vista amministrativo, il primo contatto con il DSM o la struttura privata accreditata.	NO	AN	OBB	Valori Ammessi: 1=accesso diretto 2=medico di medicina generale 3= ospedale e altre strutture sanitarie e socio-sanitarie non psichiatriche 4= altri DSM e strutture psichiatriche private 5=servizi pubblici non sanitari 9=sconosciuto	1
2.14	DATA CHIUSURA CARTELLA	Data di chiusura della cartella del paziente.	NO	AN	NBB	Formato : DDMMYYYY Obbligatoria se "Diagnosi di chiusura" o "Modalità di conclusione" valorizzata	8
2.15	DIAGNOSI CHIUSURA	Individua la diagnosi che è indicata nella cartella del paziente al momento della conclusione dell'episodio di cura. La "Diagnosi di chiusura" deve essere obbligatoriamente specificata se si verifica almeno 1 delle seguenti condizioni: • "Data di chiusura scheda paziente" valorizzata; • "Modalità di conclusione" valorizzata con valore > 1. In caso di "Modalità di conclusione" = 9-chiusura amministrativa, deve essere specificata "Diagnosi di chiusura" = "xxxxx".	NO	AN	NBB	Codice ICD 9 Obbligatoria se "Data di chiusura scheda paziente" valorizzata e "Modalità di conclusione" valorizzata con valore > 1)	5
2.16	MODALITÀ CONCLUSIONE	Indica la modalità di conclusione dell'episodio di cura. La "modalità di conclusione" deve essere obbligatoriamente specificata se è valorizzata almeno 1 dei seguenti campi: • "Data di chiusura scheda paziente"; • "Diagnosi di chiusura".	NO	AN	NBB	Valori Ammessi: 1=assenza di indicazioni al trattamento psichiatrico 2=conclusione concordata del rapporto terapeutico 3=interruzione non concordata 4=suicidio 5= decesso 9=amministrativa	1

TRACCIATO A. ATTIVITÀ TERRITORIALE  
3. PRESTAZIONI SANITARIE

N. CAMPO	Nome campo	Descrizione	CHIAVE	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
3.1	ANNO	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione.	SI	N	OBB	FORMATO AAAA	4
3.2	CODICE REGIONE	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	SI	AN	OBB	Individua la Regione a cui afferisce la struttura. Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con DM 17 settembre 1986	3
3.3	PERIODO RIFERIMENTO	Indica il semestre cui si riferisce la rilevazione	SI	AN	OBB	Valori accettati S1. Primo semestre -S2. Secondo semestre	2
3.4	AZIENDA	Codice azienda sanitaria di riferimento	SI	AN	OBB	Codice Azienda Sanitaria di cui al DM 17.09.1986 e successive modifiche secondo la codifica adottata nei "modelli ministeriali di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere" (Flussi Informativi Ministeriali).	3
3.5	DSM	Codice Dipartimenti Salute Mentale	SI	AN	OBB	Valori accettati: - D01 -> 501 - D02 -> 502 - D03 -> 503 - D04 -> 504 - D05 -> 505 - D06 -> 506 e 901 - D07 -> 507 - D08 -> 508 - D09 -> 509 e 912	3
3.6	CODICE EQUIPE	Codice dell'equipe che apre la cartella. Utilizzare i codici allegato 1 (Tabella 6. vecchio tracciato)	SI		OBB	VEDI ALLEGATO 1 : Equipe psichiatrica	6
3.7	NUMERO CARTELLA	Numero cartella psichiatrica	SI	AN	OBB	numero identificativo della stessa, costituito per i primi due caratteri dall'anno di apertura e per i rimanenti sei da un numero progressivo unico nell'anno e per equipe	8
3.8	STRUTTURA	Codice della Struttura di erogazione Univocità della Chiave	SI	AN	OBB	utilizzare il Codice STS11 della struttura erogante	6
3.9	ID CONTATTO	Identificativo univoco del Contatto.	SI	AN	OBB	identificativo creato dalla concatenazione del campo struttura + campo cartella	14
3.10	PROGRESSIVO PRESTAZIONE PER CONTATTO	Indica il numero progressivo di interventi di uno stesso contatto.	SI	AN	OBB	Valori compresi tra "1" a "99999"	5
3.11	DATA INTERVENTO PRESTAZIONE	Indica la data in cui viene erogato l'intervento.	SI	AN	OBB	Formato : DDDMMYYYY	8
3.12	TIPO INTERVENTO	Indica il tipo di intervento territoriale erogato dalla struttura.	NO	N	OBB	VEDI ALLEGATO 2 : Tipo Intervento	2
3.13	MODALITÀ EROGAZIONE INTERVENTO	Indica se l'intervento è programmato o meno.	NO	N	OBB	Valori Ammessi: 1=programmato 2= non programmato	1
3.14	SEDE INTERVENTO	Indica la sede in cui, o a partire dalla quale si eroga l'intervento.	NO	N	OBB	Valori Ammessi: 1=in sede 2=a domicilio 3= in altro luogo del territorio 4 =in altra struttura del DSM 5 =Ospedale Generale 6 =Carcere 7=videochiamata 8=telefonata significativa (durata superiore ai 15 minuti)	1
3.15	OPERATORE 1 INTERVENTO	Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.	NO	N	OBB	Valori Ammessi: 1= medico 2=psicologo 3=assistente sociale 4=infermiere 5= educatore professionale 6=tecnico della riabilitazione 7=OTA 8= altro.	1
3.16	OPERATORE 2 INTERVENTO	Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.	NO	N	FAC	Valori Ammessi: 1= medico 2=psicologo 3=assistente sociale 4=infermiere 5= educatore professionale 6=tecnico della riabilitazione 7=OTA 8= altro.	1
3.17	OPERATORE 3 INTERVENTO	Indica il profilo professionale di chi eroga l'intervento.	NO	N	FAC	Valori Ammessi: 1= medico 2=psicologo 3=assistente sociale 4=infermiere 5= educatore professionale 6=tecnico della riabilitazione 7=OTA 8= altro.	1

TRACCIATO B. ATTIVITÀ RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE -  
4. ANAGRAFICA

N. CAMPO	Nome campo	Descrizione	CHIAVE	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
4.1	ANNO	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione.	SI	N	OBB	FORMATO AAAA	4
4.2	CODICE REGIONE	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	SI	AN	OBB	Individua la Regione a cui afferisce la struttura. Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con DM 17 settembre 1986	3
4.3	PERIODO RIFERIMENTO	Indica il semestre cui si riferisce la rilevazione	SI	AN	OBB	Valori accettati - S1. Primo semestre - S2. Secondo semestre	2
4.4	AZIENDA	Codice azienda sanitaria in cui e' sito il Servizio	SI	AN	OBB	Codice Azienda Sanitaria di cui al DM 17.09.1986 e successive modifiche secondo la codifica adottata nei "modelli ministeriali di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere" (Flussi Informativi Ministeriali).	3
4.5	DSM	Identifica il dipartimento di Salute Mentale interessato alla rilevazione.	SI	AN	OBB	Valori accettati: - D01 -> 501 - D02 -> 502 - D03 -> 503 - D04 -> 504 - D05 -> 505 - D06 -> 506 e 901 - D07 -> 507 - D08 -> 508 - D09 -> 509 e 912	3
4.6	CODICE EQUIPE	Codice dell'equipe che apre la cartella. Utilizzare i codici allegato 1 ( Tabella 6. vecchio tracciato)	SI	AN	OBB	VEDI ALLEGATO 1 : Equipe psichiatrica	6
4.7	NUMERO CARTELLA	Numero cartella psichiatrica	SI	AN	OBB	Numero della cartella psichiatrica. I primi due caratteri indicano l'anno di apertura e i successivi sei un progressivo univoco all'interno dell'anno e per equipe.	8
4.8	IDENTIFICATIVO ASSISTITO	Codice fiscale o altro codice identificativo utente	NO	AN	OBB	Il campo va valorizzato con il Codice Fiscale per tutte le schede riferite a cittadini italiani. Per i cittadini stranieri, qualora non in possesso del Codice Fiscale, vanno indicati in alternativa tra loro il codice TEAM ( Tessera europea assicurazione malattia ), o il codice ENI ( Europei non iscritti ), o il codice STP ( Straniero temporaneamente presente ).	20
4.9	TIPO IDENTIFICATIVO UTENTE	Codice tipologia identificativo utente	NO	N	OBB	Indica il tipo dell'identificativo del beneficiario della prestazione. I valori da indicare sono: 0. Codice fiscale; 1. Codice STP; 2. Codice ENI; 3. Codice TEAM; 4. Codice fiscale numerico provvisorio a 11 cifre 99. Identificativo non disponibile.	2
4.10	DATA NASCITA	Data Nascita identificativo Utente	NO	N	OBB	Formato : DDDMMYYYY	8
4.11	SESSO	Indica il sesso anagrafico dell'assistito	NO	N	OBB	Valori Ammessi: 1. Maschio 2. Femmina 9. Non Noto	1
4.12	CITTADINANZA	Cittadinanza dell'assistito	NO	AN	OBB	Valori ammessi : codice istat Stato 999= non noto	3
4.13	REGIONE RESIDENZA	Individua la Regione di residenza dell'assistito a cui è stata erogata la prestazione	NO	AN	OBB	Valori ammessi : codice istat regioni 098 - Senza fissa dimora 998 - Residente all'estero 999 - non noto	3
4.14	ASL RESIDENZA	Indica il codice dell'azienda unità sanitaria locale che comprende il comune, o la frazione di comune, in cui risiede l'assistito	NO	AN	OBB	Valori ammessi : codice istat Aziende Sanitarie 098 - Senza fissa dimora 998 - Residente all'estero 999 - non noto	3
4.15	STATO ESTERO RESIDENZA	Codice dello Stato estero in cui risiede l'assistito a cui è stata erogata la prestazione	NO	AN	FAC	Valori ammessi : codice istat stato	3
4.16	STATO CIVILE	Identifica lo stato civile dell'assistito alla fine del periodo di riferimento della rilevazione.	NO	N	OBB	Valori Ammessi: 1=celibe 2=nubile 3=coniugato 4=separato 5=divorziato 6=vedovo 9= non noto/non risulta	1
4.17	COLLOCAZIONE SOCIO AMBIENTALE	Collocazione Socio Ambientale	NO	N	OBB	Valori Ammessi: 1=da solo 2=famiglia di origine 3=famiglia acquisita 4=con altri familiari o con altre persone 5=struttura residenziale psichiatrica per ricovero o lungodegenza 6=casa di riposo per anziani, RSA, altro istituto o comunità non a carattere psichiatrico 7=senza fissa dimora 8=altro 9=sconosciuto	1
4.18	TITOLO STUDIO	Titolo di studio conseguito dall'assistito al termine del periodo di riferimento della rilevazione.	NO	N	OBB	Valori Ammessi: 1=nessuno 2=licenza elementare 3=licenza media inferiore 4=diploma di qualifica professionale 5=diploma media superiore 6=laurea 7=laurea magistrale 9= non noto/non risulta	1
4.19	CODICE PROFESSIONALE	Indica il codice dell'attività Professionale dell'utente oggetto della rilevazione	NO	N	OBB	Valori Ammessi: 01=in cerca prima occupazione 02=disoccupato 03=casalinga 04=studente 05=pensionato 06=invalido 07=altra condizione non professionale 08=dirigente 09=quattro direttivo 10=impiegato, tecnico 11=capo operaio, operaio, bracciante 12=altro lavoratore dipendente 13=apprendista 14=lavoratore a domicilio per conto di imprese 15=militare di carriera 16=imprenditore 17=lavoratore in proprio 18=libero professionista 19=familiare coadiuvante 99=non noto/non risulta	2

TRACCIATO B. ATTIVITÀ RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE -  
5. DATI DI CONTATTO

N. CAMPO	Nome campo	Descrizione	CHIAVE	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Luoghezza campo
5.1	ANNO	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione.	SI	N	OBB	FORMATO AAAA	4
5.2	CODICE REGIONE	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	SI	AN	OBB	Individua la Regione a cui afferisce la struttura. Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con DM 17 settembre 1986	3
5.3	PERIODO RIFERIMENTO	Indica il semestre cui si riferisce la rilevazione	SI	AN	OBB	Valori accettati S1. Primo semestre S2. Secondo semestre	2
5.4	AZIENDA	Codice azienda sanitaria di riferimento	SI	AN	OBB	Codice Azienda Sanitaria di cui al DM 17.09.1986 e successive modifiche secondo la codifica adottata nei "modelli ministeriali di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere" (Flussi Informativi Ministeriali).	3
5.5	DSM	Codice Dipartimenti Salute Mentale	SI	AN	OBB	- D01 -> 501 - D02 -> 502 - D03 -> 503 - D04 -> 504 - D05 -> 505 - D06 -> 506 e 901 - D07 -> 507 - D08 -> 508 - D09 -> 509 e 912	3
5.6	CODICE EQUIPE	Codice dell'equipe che apre la cartella. Utilizzare i codici allegato 1 ( Tabella 6. vecchio tracciato)	SI	AN	OBB	VEDI ALLEGATO 1 : Equipe psichiatrica	6
5.7	NUMERO CARTELLA	Numero cartella psichiatrica	SI	AN	OBB	Numero della cartella psichiatrica. I primi due caratteri indicano l'anno di apertura e i successivi sei un progressivo univoco all'interno dell'anno e per equipe.	8
5.8	STRUTTURA	Codice della Struttura di erogazione Univocità della Chiave	SI	AN	OBB	utilizzare il Codice STS11 della struttura erogante	6
5.9	ID CONTATTO	Identificativo univoco del Contatto.	SI	AN	OBB	identificativo creato dalla concatenazione del campo "struttura" + campo "numero cartella".	14
5.10	DATA APERTURA SCHEDA	Data di apertura della scheda del paziente.	NO	AN	OBB	Formato : DDMMYYYY	8
5.11	DIAGNOSI APERTURA	Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente quando ha inizio l'episodio di cura.	NO	AN	OBB	I codici da utilizzare sono quelli previsti dalla Classificazione internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche) appartenenti al Capitolo di patologie psichiatriche (codici 290.XX - 319.XX).  In caso di "Assenza di patologia psichiatrica", si può utilizzare il seguente valore:  00000="Assenza di patologia psichiatrica". Nel caso in cui la diagnosi di apertura non sia chiaramente definita, si può utilizzare il seguente valore:  99999=Diagnosi in attesa di definizione	5
5.12	PRECEDENTI CONTATTI	Indica la presenza di precedenti contatti psichiatrici alla data di rilevazione.	NO	AN	OBB	Valori Ammessi: 1= SI 2= NO 9=NON NOTO/NON RISULTA	1
5.13	INVIANTE PRIMO CONTATTO	Identifica il soggetto che richiede, dal punto di vista amministrativo, il primo contatto con il DSM o la struttura privata accreditata.	NO	AN	OBB	Valori Ammessi: 1=accesso diretto 2=medico di medicina generale 3= ospedale e altre strutture sanitarie e socio-sanitarie non psichiatriche 4= altri DSM e strutture psichiatriche private 5=servizi pubblici non sanitari 9=sconosciuto	1
5.14	DATA CHIUSURA SCHEDA	Data di chiusura della scheda del paziente.	NO	AN	NBB	Formato : DDMMYYYY Obbligatoria se "Diagnosi di chiusura" o "Modalità di conclusione" valorizzati	8
5.15	DIAGNOSI CHIUSURA	Individua la diagnosi che è indicata nella scheda del paziente al momento della conclusione dell'episodio di cura. La "Diagnosi di chiusura" deve essere obbligatoriamente specificata se si verifica almeno 1 delle seguenti condizioni: • "Data di chiusura scheda paziente" valorizzata; • "Modalità di conclusione" valorizzata con valore > 1 . In caso di "Modalità di conclusione" = 9-chiusura amministrativa, deve essere specificata "Diagnosi di chiusura" = "xxxxx".	NO	AN	NBB	Codice ICD 9 Obbligatoria se "Data di chiusura scheda paziente" valorizzata e "Modalità di conclusione" valorizzata (con valore > 1)	5
5.16	MODALITÀ CONCLUSIONE	Indica la modalità di conclusione dell'episodio di cura. La "modalità di conclusione" deve essere obbligatoriamente specificata se è valorizzato almeno 1 dei seguenti campi: • "Data di chiusura scheda paziente"; • "Diagnosi di chiusura".	NO	AN	NBB	Valori Ammessi: 1=assenza di indicazioni al trattamento psichiatrico 2=conclusione concordata del rapporto terapeutico 3=interruzione non concordata 4=suicidio 5= decesso 9=amministrativa	1

TRACCIATO B. ATTIVITÀ RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE -  
6. ATTIVITÀ RESIDENZIALE – PRESTAZIONE SANITARIA

N. CAMPO	Nome campo	Descrizione	CHIAVE	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza a campo
6.1	ANNO	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione.	SI	N	OBB	FORMATO AAAA	4
6.2	CODICE REGIONE	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	SI	AN	OBB	Individua la Regione a cui afferisce la struttura. Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con DM 17 settembre 1986	3
6.3	PERIODO RIFERIMENTO	Indica il semestre cui si riferisce la rilevazione	SI	AN	OBB	Valori accettati S1. Primo semestre -S2. Secondo semestre	2
6.4	AZIENDA	Codice azienda sanitaria di riferimento	SI	AN	OBB	Codice Azienda Sanitaria di cui al DM 17.09.1986 e successive modifiche secondo la codifica adottata nei "modelli ministeriali di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere" (Flussi Informativi Ministeriali).	3
6.5	DSM	Codice Dipartimenti Salute Mentale	SI	AN	OBB	Valori accettati: - D01 -> 501 - D02 -> 502 - D03 -> 503 - D04 -> 504 - D05 -> 505 - D06 -> 506 e 901 - D07 -> 507 - D08 -> 508 - D09 -> 509 e 912	3
6.6	CODICE EQUIPE	Codice dell'equipe che apre la cartella. Utilizzare i codici allegato 1 ( Tabella 6. vecchio tracciato)	SI	AN	OBB	VEDI ALLEGATO 1 : Equipe psichiatrica	6
6.7	NUMERO CARTELLA	Numero cartella psichiatrica	SI	AN	OBB	Numero della cartella psichiatrica. I primi due caratteri indicano l'anno di apertura e i successivi sei un progressivo univoco all'interno dell'anno e per equipe.	8
6.8	STRUTTURA	Codice della Struttura di erogazione Univocità della Chiave	SI	AN	OBB	utilizzare il Codice STS11 della struttura erogante	6
6.9	ID CONTATTO	Identificativo univoco del Contatto.	SI	AN	OBB	identificativo creato dalla concatenazione del campo "struttura" + campo "numero cartella".	14
6.10	TIPO STRUTTURA RESIDENZIALE	Indica la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui viene erogato l'intervento.	NO	AN	OBB	Valori Ammessi: 4=SRP1 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo; 5=SRP2 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo; 6=SRP3 - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio-riabilitativi con presenza giornaliera di personale sanitario per 24 ore; 7= SRP3 - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio-riabilitativi con presenza giornaliera di personale sanitario nelle 12 ore diurne (almeno nei giorni feriali); 8= SRP3 - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio-riabilitativi con presenza di personale sanitario in fasce orarie (non più di 6 ore) o al bisogno (almeno nei giorni feriali). 9= altro	1
6.11	DATA AMMISSIONE	Indica il giorno, il mese e l'anno in cui il paziente viene ammesso nella struttura residenziale.	SI	AN	OBB	CAMPO CHIAVE Formato: DDMMYYYY	8
6.12	DATA DIMISSIONE	Indica il giorno, il mese e l'anno in cui il paziente viene dimesso nella struttura residenziale.	SI	AN	FAC	Formato: DDMMYYYY	8

TRACCIATO B. ATTIVITÀ RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE -  
7. ATTIVITÀ SEMIRESIDENZIALE – PRESTAZIONE SANITARIA

N. CAMPO	Nome campo	Descrizione	CHIAVE	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
7.1	ANNO	Indica l'anno a cui si riferisce la rilevazione.	SI	N	OBB	FORMATO AAAA	4
7.2	CODICE REGIONE	Individua la Regione a cui afferisce la struttura	SI	AN	OBB	Individua la Regione a cui afferisce la struttura. Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con DM 17 settembre 1986	3
7.3	PERIODO RIFERIMENTO	Indica il semestre cui si riferisce la rilevazione	SI	AN	OBB	Valori accettati S1. Primo semestre -S2. Secondo semestre	2
7.4	AZIENDA	Codice azienda sanitaria di riferimento	SI	AN	OBB	Codice Azienda Sanitaria di cui al DM 17.09.1986 e successive modifiche secondo la codifica adottata nei "modelli ministeriali di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere" (Flussi Informativi Ministeriali).	3
7.5	DSM	Codice Dipartimenti Salute Mentale	SI	AN	OBB	Valori accettati: - D01 -> 501 - D02 -> 502 - D03 -> 503 - D04 -> 504 - D05 -> 505 - D06 -> 506 e 901 - D07 -> 507 - D08 -> 508 - D09 -> 509 e 912	3
7.6	CODICE EQUIPE	Codice dell'equipe che apre la cartella. Utilizzare i codici allegato 1 (Tabella 6. vecchio tracciato)	SI	AN	OBB	VEDI ALLEGATO 1 : Equipe psichiatrica	6
7.7	NUMERO CARTELLA	Numero cartella psichiatrica	SI	AN	OBB	Numero della cartella psichiatrica. I primi due caratteri indicano l'anno di apertura e i successivi sei un progressivo univoco all'interno dell'anno e per equipe.	8
7.8	STRUTTURA	Codice della Struttura di erogazione Univocità della Chiave	SI	AN	OBB	utilizzare il Codice STS11 della struttura erogante	6
7.9	ID CONTATTO	Identificativo univoco del Contatto.	SI	AN	OBB	identificativo creato dalla concatenazione del campo "struttura" + campo "numero cartella".	14
7.10	TIPO STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Indica la tipologia della struttura del DSM o privata accreditata in cui viene erogato l'intervento semiresidenziale.	NO	AN	OBB	Valori Ammessi 2=centro diurno; 3=DH territoriale; 8= SRP3 - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio- riabilitativi con presenza di personale sanitario in fasce orarie (non più di 6 ore) o al bisogno (almeno nei giorni feriali).	1
7.11	DATA INTERVENTO	Indica il giorno, il mese e l'anno in cui si verifica la presenza SemiResidenziale.	NO	AN	OBB	CAMPO CHIAVE Formato: DDDMMYYYY	8
7.12	MODALITÀ DI PRESENZA	Indica il tipo di presenza semiresidenziale.	NO	AN	OBB	Valori Ammessi: 1=Presenza Semiresidenziale < 4 ore 2 =Presenza Semiresidenziale > 4 ore	1



**Allegato 1 – Equipe psichiatrica.**

<b>CODICE</b>	<b>SEDE DI RIFERIMENTO</b>	<b>AZIENDA ULSS</b>
040011	Auronzo	501
040012	Agordo	501
040013	Belluno	501
040021	Feltre	501
040071	Vittorio Veneto	502
040072	Conegliano	502
040081	Montebelluna	502
040082	Castelfranco Veneto	502
040091	Treviso 1	502
040092	Treviso 2	502
040093	Mogliano	502
040094	Oderzo	502
040121	Marghera	503
040122	Mestre	503
040123	Venezia	503
040124	Venezia Lido	503
040131	Mirano	503
040132	Dolo	503
040141	Chioggia	503
040101	San Donà di Piave	504
040102	Portogruaro	504
040181	Rovigo	505
040182	Badia Polesine	505
040191	Adria	505
040151	Cittadella	506
040152	Camposampiero	506
040161	Servizio psichiatrico 1	506
040162	Servizio psichiatrico 2	506
040163	Servizio psichiatrico 3 - Clinica psichiatrica	506
040171	Conselve	506
040172	Montagnana	506
040031	Ambulatori sede Ospedale di Bassano	507
040032	Ambulatori di altre sedi	507
040041	Thiene	507
040042	Schio	507
040051	Valdagno	508
040052	Montecchio Maggiore	508
040061	Vicenza 1	508
040062	Vicenza 2	508
040063	Noventa Vicentina	508
040091	UOC 1 Verona	509
040092	UOC 2 Bussolengo	509
040093	UOC 3 Legnago e San Bonifacio	509
040094	Servizio di Borgo Roma	509
040901	Centro Regionale DCA di Padova	901
040912	Centro Regionale DCA di Verona	912

Allegato 2 – Tipo intervento

#	DESCRIZIONE	Indicazioni
01	visite psichiatriche :	Intervento con il paziente, svolto da medici psichiatri, e finalizzato a valutarne le condizioni cliniche, lo stato psicopatologico e comportamentale, al fine di giungere a conclusioni diagnostiche e alla impostazione, attuazione e verifica del trattamento psichiatrico. <b>Include:</b> colloqui con psichiatri a carattere psicoterapico senza formalizzazione di psicoterapia; visite domiciliari da parte dello psichiatra; colloqui dello psichiatra con il paziente e con i suoi familiari; prescrizione e controllo del trattamento farmacologico; Accertamenti Sanitari Obbligatori (ASO); visite per la convalida del TSO (nonostante questo ultimo intervento abbia risvolti medicolegali, la sua finalità di tipo clinico portano ad includerlo in questa categoria). <b>Esclude:</b> interventi in assenza del paziente; colloqui con i familiari; intervento di rete; consulenza; accertamenti medico-legali; psicoterapie; valutazione standardizzata; attività rivolte alla famiglia; comunicazioni telefoniche; colloqui svolti in modo informale.
02	colloqui clinico psicologici	Intervento con il paziente, svolto da psicologi clinici, e finalizzato a valutarne le condizioni cliniche, lo stato psicopatologico e comportamentale, al fine di giungere a conclusioni diagnostiche ed alla impostazione, attuazione e verifica di un trattamento psicologico. <b>Include:</b> colloqui con psicologi a carattere psicoterapico senza formalizzazione di psicoterapia; colloqui dello psicologo con il paziente insieme con i suoi familiari. <b>Esclude:</b> consulenza; psicoterapie; valutazione; attività rivolte alla famiglia; interventi in assenza del paziente; comunicazioni telefoniche; colloqui svolti in modo informale.
03	colloqui	Intervento con il paziente non formalizzato relativamente a frequenza e modalità di svolgimento, svolto dalle altre figure professionali diverse dal medico e dallo psicologo. <b>Include:</b> colloqui con il paziente; colloqui con il paziente insieme con i suoi familiari; visite domiciliari svolte da assistenti sociali, infermieri, educatori, terapisti della riabilitazione. <b>Esclude:</b> attività rivolte alla famiglia; attività di riabilitazione; attività socioassistenziali; comunicazioni telefoniche; colloqui svolti in modo informale; colloqui con finalità di intrattenimento e conversazione.
04	consulenze	Valutazione specialistica psichiatrica o psicologico - clinica svolta nei confronti di pazienti in carico ad altre strutture sanitarie (reparti di degenza ospedalieri e Pronto Soccorso) e socioassistenziali. Al pari della visita psichiatrica e del colloquio clinico psicologico, è finalizzata a valutare le condizioni cliniche, lo stato psicopatologico e comportamentale del paziente, al fine di giungere a conclusioni diagnostiche e alla impostazione, attuazione e verifica del trattamento psichiatrico o psicologico. <b>Include:</b> consulenze presso reparti di degenza ospedalieri e Pronto Soccorso; consulenze presso Strutture Socioassistenziali (Case di Riposo, RSA, Comunità per tossicodipendenti, comunità di accoglienza). <b>Esclude:</b> riunioni/incontri con operatori di reparti e servizi ospedalieri per il coordinamento delle attività di cura e di assistenza del singolo caso, non accompagnati da visita psichiatrica al paziente; comunicazioni telefoniche; attività di formazione ed informazione dello psichiatra nei confronti dei medici di altre specializzazioni per aiutarli a gestire meglio i problemi psicosociali dei loro pazienti.
05	accertamento medico-legale	Valutazione psichiatrica del paziente a fini medico-legali attestante la presenza o meno di un disturbo psichiatrico, cui fa seguito una relazione o certificazione. Segue generalmente ad una richiesta formulata da strutture sanitarie o da altri Enti. <b>Include:</b> visite per il rilascio della pensione di invalidità, per il rinnovo della patente o del porto d'arma; visite per l'accertamento dell'idoneità alla professione; visite di certificazione legate al servizio militare. <b>Esclude:</b> le visite per proposta e convalida di TSO, gli Accertamenti Sanitari Obbligatori (ASO), la stesura di relazioni scritte sui singoli casi senza contestuale contatto con il paziente
06	Valutazioni standardizzate mediante test	La valutazione può avvenire nella fase iniziale ed essere così finalizzata alla formulazione del piano di cura o di riabilitazione, ma può essere ripetuta a scadenze regolari in periodi successivi come verifica dei progressi del trattamento psichiatrico o del programma riabilitativo. <b>Include:</b> la somministrazione di interviste semi strutturate, scale di valutazione, questionari, test psicodiagnostici al paziente e ai suoi familiari. <b>Esclude:</b> schede di valutazione dei problemi psicopatologici e psicosociali dei pazienti, dell'esito dei trattamenti, ecc. che non prevedono l'intervista del paziente o dei suoi familiari, bensì la compilazione diretta dello strumento da parte dell'operatore; uso routinario di strumenti di registrazione, come ad esempio la compilazione di schede finalizzate alla raccolta di informazioni per il sistema informativo; riunioni interne al servizio legate alla discussione del caso; attività di ricerca e valutazione non incentrate sul singolo paziente ma su classi di pazienti o sull'intero servizio, per esempio a carattere epidemiologico.
07	psicoterapia individuale	Intervento strutturato che prioritariamente mira a modificare le emozioni, i pensieri e i comportamenti del paziente e il modo di interpretare il proprio vissuto. Viene svolto nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente, con frequenza, durata e modalità degli incontri fisse e predefinite e prevede l'utilizzazione di tecniche da parte di operatori dotati di specifiche competenze professionali (psichiatri o psicologi autorizzati a norma di legge all'esercizio della psicoterapia). Una seduta di psicoterapia, salvo casi eccezionali, dura almeno 40 minuti  Coinvolge in una relazione a due il singolo paziente e lo psicoterapeuta. <b>Esclude:</b> colloqui con psichiatri e psicologi a carattere psicoterapico, ma non formalizzati come psicoterapie; interventi in cui prevale l'insegnamento di abilità.
08	psicoterapia di coppia	Intervento strutturato che prioritariamente mira a modificare le emozioni, i pensieri e i comportamenti del paziente e il modo di interpretare il proprio vissuto. Viene svolto nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente, con frequenza, durata e modalità degli incontri fisse e predefinite e prevede l'utilizzazione di tecniche da parte di operatori dotati di specifiche competenze professionali (psichiatri o psicologi autorizzati a norma di legge all'esercizio della psicoterapia). Una seduta di psicoterapia, salvo casi eccezionali, dura almeno 40 minuti.  E' rivolta a due soggetti legati da una relazione affettiva per la quale essi stessi si definiscono come coppia; il suo scopo è migliorare gli aspetti problematici della relazione stessa o di portare ad una separazione non conflittuale. Vengono considerati aspetti psicologici, sessuali, etici ed economici della relazione. I due membri della coppia possono essere visti singolarmente o insieme.
09	psicoterapia familiare	Intervento strutturato che prioritariamente mira a modificare le emozioni, i pensieri e i comportamenti del paziente e il modo di interpretare il proprio vissuto. Viene svolto nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente, con frequenza, durata e modalità degli incontri fisse e predefinite e prevede l'utilizzazione di tecniche da parte di operatori dotati di specifiche competenze professionali (psichiatri o psicologi autorizzati a norma di legge all'esercizio della psicoterapia). Una seduta di psicoterapia, salvo casi eccezionali, dura almeno 40 minuti.  Intervento rivolto al trattamento nella stessa seduta di più di un membro di una famiglia o dell'intero nucleo familiare disfunzionale, secondo un modello sistemico o relazionale. <b>Esclude:</b> singoli interventi con i familiari (anche se frequenti) non strutturati in una terapia della coppia/famiglia; interventi psicoeducativi.
10	psicoterapia di gruppo	Intervento strutturato che prioritariamente mira a modificare le emozioni, i pensieri e i comportamenti del paziente e il modo di interpretare il proprio vissuto. Viene svolto nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente, con frequenza, durata e modalità degli incontri fisse e predefinite e prevede l'utilizzazione di tecniche da parte di operatori dotati di specifiche competenze professionali (psichiatri o psicologi autorizzati a norma di legge all'esercizio della psicoterapia). Una seduta di psicoterapia, salvo casi eccezionali, dura almeno 40 minuti.  Applicazione di tecniche psicoterapiche da parte di un terapeuta che usa le interazioni emotive dei membri del gruppo per aiutarli ad alleviare il disagio e possibilmente a modificare il loro comportamento. Il gruppo è abitualmente composto di 4-12 persone che si incontrano regolarmente con il terapeuta. <b>Esclude:</b> gruppi di risocializzazione finalizzati alla discussione; gruppi di familiari, anche a carattere psicoterapico.
11	somministrazione di farmaci	Somministrazione di farmaci per via orale o parenterale, diretta al paziente e svolta generalmente dal personale infermieristico: Viene considerata come singola prestazione quando è svolta all'interno dei Centri di Salute Mentale (CSM), o al domicilio del paziente, o in altro luogo del territorio (Case di Riposo, Istituti, sedi di Enti, Cooperative, strutture di risocializzazione). Non è considerata come prestazione a sé stante, e quindi non deve essere rilevata, quando svolta all'interno di strutture semiresidenziali (centri diurni/day hospital territoriali) o strutture residenziali.
12	colloqui con i familiari	Intervento finalizzato a verificare i problemi presenti nell'ambito familiare e/o coinvolgere la disponibilità delle risorse familiari nel programma terapeutico-riabilitativo. All'interno del colloquio possono essere presenti contenuti informativi non strutturati. Sono svolti con i familiari o altri conviventi, informatori chiave, senza la presenza del paziente, e non si avvalgono di tecniche specifiche. <b>Include:</b> colloquio con i familiari senza la presenza del paziente, anche successivo a visita o colloquio con il paziente (purché i due interventi siano distinti e avvengano in tempi diversi) <b>Esclude:</b> colloqui in cui siano presenti contemporaneamente il paziente ed i familiari; interventi strutturati a carattere psicoeducativo (interventi informativi e psicoeducativi con i familiari); terapia della famiglia; comunicazioni telefoniche.

Allegato 2 – Tipo intervento

#	DESCRIZIONE	Indicazioni
13	interventi informativi e psicoeducativi rivolti alla famiglia(individuali)	Intervento informativo e psicoeducativo con i familiari (individuale e di gruppo), per la singola famiglia o per più famiglie. Gli interventi psicoeducativi presuppongono l'utilizzo di una tecnica specifica e la relativa formazione degli operatori; hanno generalmente lo scopo di informare, secondo programmi definiti, i familiari sulla natura, il decorso ed il trattamento del disturbo psichiatrico del paziente e, attraverso un addestramento secondo metodi strutturati, di migliorare la capacità di comunicazione all'interno della famiglia e di aumentare la sua abilità nell'affrontare i problemi e fronteggiare lo stress. Gli interventi psicoeducativi possono essere rivolti sia alla singola famiglia che a gruppi di famiglie, con o senza la presenza dei pazienti. I gruppi di familiari si riuniscono, secondo modalità e periodicità prestabilite, per discutere i problemi che la convivenza con un paziente psichiatrico comporta e le modalità migliori per affrontarli. Le modalità di conduzione di questi gruppi possono ispirarsi a tecniche differenti da quella psicoeducativa.
14	interventi informativi e psicoeducativi rivolti alla famiglia(gruppo)	<b>Include:</b> interventi informativi e psicoeducativi sia sulla singola famiglia, che con gruppi di familiari; gruppi di familiari non a carattere psicoeducativo. <b>Esclude:</b> interventi non strutturati con i familiari, psicoterapie familiari (psicoterapia familiare), psicoterapia di gruppo, gruppi di auto-aiuto dei familiari (questi ultimi, in quanto attuati senza la presenza degli operatori, non possono essere compresi tra le prestazioni del DSM).
15	riunioni	incontri con i medici di medicina generale e altre strutture sociosanitarie incentrati sul singolo caso per il coordinamento di attività di cure e assistenza <b>Include:</b> riunioni con medici di medicina generale, distretto sanitario, altri servizi sanitari del territorio, servizi psichiatrici di altri DSM, reparti e servizi ospedalieri, servizi sociali di Comuni, con altri Enti (ad esempio Patronati) o con Istituzioni non sanitarie (ad esempio Tribunale). <b>Esclude:</b> riunioni interne su casi clinici; incontri non formalizzati di confronto con gli operatori di altri servizi su singoli casi, che non vengono considerati interventi strutturati; riunioni/incontri con volontari, conoscenti, vicini, colleghi di lavoro, persone di riferimento nella comunità; comunicazioni telefoniche; consulenze (in cui è previsto il colloquio diretto con il paziente)
16	interventi sulle abilità di base (individuali)	Interventi rispetto alle abilità di base, interpersonali e sociali (individuale e di gruppo) - Attività che prioritariamente hanno la finalità di incrementare il livello di autonomia dei pazienti e di migliorare la loro capacità di far fronte a disabilità e svantaggio sociale. Sono finalizzate a rendere il paziente il più possibile autonomo nelle principali abilità di base (cura di sé e cosiddette abilità strumentali, come usare il telefono, prendere l'autobus, interpersonali e sociali. Gli interventi possono basarsi su modelli teorici ben definiti di insegnamento di abilità e spesso presuppongono una formazione specifica degli operatori. Il livello di strutturazione dell'attività può variare: da programmi molto strutturati sul modello del "social skills training" ad interventi meno strutturati, ma in cui è comunque presente da parte dell'operatore un'attenzione all'insegnamento delle diverse abilità.
17	interventi sulle abilità di base (gruppo)	<b>Include:</b> interventi specifici, sia singoli che di gruppo, volti a migliorare le abilità relative alla cura di sé (lavarsi, vestirsi, alimentarsi in modo adeguato ecc.), alle cosiddette attività strumentali (usare i mezzi pubblici, fare la spesa, usare il denaro, inserirsi in attività ricreative ecc.) e alle relazioni interpersonali. <b>Esclude:</b> tutti gli interventi in cui l'operatore aiuta direttamente il paziente o si sostituisce ad esso nelle attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, pulire, cucinare, fare la spesa); le attività in cui è prevalente l'aspetto di risocializzazione rispetto all'insegnamento di abilità, come in incontri per pranzare insieme, ma in cui l'accento è posto sullo scambio relazionale piuttosto che sull'insegnamento relativo alla scelta dei cibi e alla preparazione dei pasti.
18	interventi di risocializzazione (individuali)	Intervento di risocializzazione (individuale e di gruppo) - Ha lo scopo di consentire ai pazienti di frequentare ambienti e persone al di fuori del contesto familiare e di migliorare le loro capacità di socializzazione mediante attività ricreative o finalizzate. Può essere svolto sia all'interno della struttura, sia all'esterno con il coinvolgimento del paziente in iniziative sociali ed in attività ricreative sul territorio. Possono essere coinvolti i familiari del paziente o altre figure significative a lui vicine.
19	Interventi di risocializzazione (gruppo)	<b>Include:</b> per l'intervento individuale: attività ricreative e di incontro rivolte al singolo paziente, uscite (cinema, ristorante, mostre ecc.). Per l'intervento di gruppo: attività ricreative e di incontro che soddisfino le caratteristiche del gruppo come gruppi di risocializzazione, discussione e lettura, gruppi di incontro su argomenti specifici, gruppi finalizzati all'ascolto di musica o alla visione di film, gruppi cucina, ecc. <b>Esclude:</b> per l'intervento di gruppo: gruppi a carattere specificamente riabilitativo (come nel caso di un gruppo che si riunisce per mangiare insieme, ma in cui l'accento è posto sull'insegnamento relativo all'abilità di preparare i pasti) (intervento sulle abilità di base); gruppi di familiari (intervento informativo e psicoeducativo con i familiari).
20	soggiorni	Intervento con finalità ricreative e di risocializzazione, rivolto a gruppi di pazienti al di fuori dell'ambito familiare o sanitario, limitato nel tempo, con la presenza di operatori nell'arco delle 24 ore. Sono comprese sotto questa voce anche gite, escursioni e viaggi della durata di almeno una giornata con la presenza degli operatori. Questi interventi sono rilevati secondo il numero di giorni di durata. <b>Include:</b> soggiorni e vacanze; gite, escursioni e viaggi
21	interventi di tipo espressivo,pratico manuale e motorio (individuale)	Interventi di tipo espressivo, pratico manuale e motorio (individuale e di gruppo) - Interventi di tipo espressivo - <b>Include:</b> attività quali il disegno, la pittura, la fotografia, le attività teatrali e di drammatizzazione, ecc. - Interventi di tipo pratico manuale - <b>Include:</b> la lavorazione del legno, il cucito ed il lavoro a maglia, il giardinaggio, ecc. <b>Esclude:</b> attività specificamente finalizzate all'inserimento lavorativo, quali ad esempio la lavorazione del legno finalizzata a rendere il paziente in grado di inserirsi in tirocini o attività lavorative di natura artigianale (intervento di addestramento e formazione al lavoro).
22	interventi di tipo espressivo,pratico manuale e motorio (gruppo)	- Interventi di tipo motorio - <b>Include:</b> attività di ginnastica, integrazione psicomotoria, espressione corporea, tecniche di rilassamento, danza, ecc.
23	formazione lavorativa	Intervento di addestramento e formazione al lavoro - È finalizzato alla formazione dei pazienti in alcune aree lavorative e/o all'inserimento/reinserimento di questi sia nel libero mercato del lavoro che in impieghi protetti. <b>Include:</b> le attività di formazione professionale, di tirocinio e inserimento lavorativo intraprese da operatori del servizio psichiatrico sia in ambiente lavorativo "normale" che in ambiente protetto; interventi di sostegno diretto a fianco del paziente in attività lavorative "non protette". <b>Esclude:</b> gli interventi in cui vengono svolte attività quali ad esempio, il giardinaggio o lavori di falegnameria, in maniera non finalizzata ad un inserimento lavorativo; contatti con datori di lavoro, strutture aziendali e sindacali; ricerca del lavoro
24	interventi di supporto	Intervento di supporto alle attività della vita quotidiana - Intervento all'interno del quale l'operatore si assume in modo totale o parziale compiti e funzioni legati alle abilità di base e relativi alla cura di sé (lavarsi, vestirsi, alimentarsi in modo adeguato ecc.) ed all'autonomia personale nella vita quotidiana (fare la spesa, usare il denaro, ecc.) che in condizioni di normalità sarebbero svolti dal paziente stesso. <b>Include:</b> tutti gli interventi, erogati al di fuori delle strutture residenziali, in cui l'operatore aiuta il paziente a lavarsi e vestirsi oppure interviene direttamente per pulire, cucinare, fare la spesa, spostarsi e così via. Sono comprese anche: la singola erogazione di pasto, se è un intervento isolato non all'interno di una presenza semiresidenziale in Centro Diurno; l'accompagnamento del paziente da parte degli operatori. <b>Esclude:</b> intervento in cui vi è un insegnamento strutturato delle abilità in questione al fine di rendere i pazienti in grado di gestire le attività quotidiane in modo autonomo; interventi all'interno dei quali i pazienti si riuniscono, ad esempio, per consumare il pasto insieme, ma in cui l'accento è posto sulla possibilità di socializzare piuttosto che sull'erogazione di pasti.
25	interventi per problemi amministrativi e sociali	Intervento finalizzato alla soluzione di problemi amministrativi e sociali - Intervento in cui l'operatore svolge una funzione di informazione del paziente e di intermediazione tra questi ed Enti, strutture o imprese. <b>Include:</b> interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative (invalidità, pensione, pagamento di bollette, ecc.); interventi di tutela e curatela del paziente; ricerca del lavoro; inserimento in comunità/istituti, con presenza dell'operatore che affianca il paziente durante l'inserimento nella struttura; interventi per l'erogazione di sussidi economici; interventi di supporto socioeconomico rivolti ad assicurare al paziente l'autosufficienza economica; interventi di supporto socioeconomico finalizzati alla soluzione di problemi abitativi. <b>Esclude:</b> riunioni con strutture sanitarie o altri Enti per il coordinamento e la gestione del caso;incontri/riunioni con singole persone o gruppi non istituzionali; espletamento di pratiche amministrative non relative al singolo paziente o stesura di relazioni sociali; contatti con operatori di comunità/istituti finalizzati all'inserimento del paziente o alla sua permanenza nella struttura; contatti con datori di lavoro, strutture aziendali e sindacali; comunicazioni telefoniche.
26	interventi di rete.	Intervento di rete - Intervento rivolto alla rete sociale informale, finalizzato alla promozione delle necessarie forme di collaborazione e di integrazione degli interventi con i gruppi informali di riferimento del contesto. <b>Include:</b> riunioni/incontri con volontari, conoscenti, vicini, colleghi di lavoro, persone di riferimento nella comunità, ecc. che sono o potrebbero essere in relazione con il paziente; contatti con datori di lavoro, strutture aziendali e sindacali. <b>Esclude:</b> riunioni/incontri con familiari e conviventi; riunioni/incontri con operatori di servizi sociali e sanitari; ricerca del lavoro; interventi di sostegno diretto a fianco del paziente in attività lavorative "non protette"; comunicazioni telefoniche.

## Codifica delle diagnosi

Con l'avvio del nuovo disciplinare tecnico il flusso trasmesso tramite portale Gefis, dovrà utilizzare le diagnosi codificate secondo la classificazione internazionale delle malattie versione 9 (ICD 9).

### Regole generali di utilizzazione dei campi:

Campi alfanumerici (AN): vanno allineati a sinistra e completati con carattere "spazio". Se non valorizzati, devono contenere carattere "spazio".

I codici ICD 9 delle diagnosi vanno riportati senza il punto e allineati a sinistra (AN).

Campi numerici (NUM): vanno allineati a destra e completati con caratteri "zero".

### Invio dei dati tempistica

L'invio dei dati in formato testo e secondo i tracciati record sopra descritti avverrà con cadenza mensile tramite il portale Gefis disponibile al seguente indirizzo:

<https://gefi.websanita.intra.rve/SASLogon>

rispettando le seguenti scadenze:

fase	Riferimento	Periodo di trasmissione
13	Gennaio	01 febbraio - 31 marzo
14	Febbraio	01 marzo - 30 aprile
15	Marzo	01 aprile - 31 maggio
16	Aprile	01 maggio - 30 giugno
17	Maggio	01 giugno - 31 luglio
18	Giugno	01 luglio - 31 agosto
19	Luglio	01 agosto - 30 settembre
20	Agosto	01 settembre - 31 ottobre
21	Settembre	01 ottobre - 30 novembre
22	Ottobre	01 novembre - 31 dicembre
23	Novembre	01 dicembre - 31 gennaio (anno successivo)
24	Dicembre	01 gennaio - 28 febbraio (anno successivo)

Il flusso mensile sarà specifico, non incrementale e riferito ai dati attività del singolo mese.

Per ogni fase sono oggetto di trasmissione i dati relativi a:

#### • ARCHIVIO A: ATTIVITÀ TERRITORIALE

1. Anagrafica
2. Dati contatto
3. Prestazioni sanitarie

#### • ARCHIVIO B ATTIVITÀ RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE

4. Anagrafica
5. Dati di contatto

6. Attività residenziale – prestazione sanitaria
7. Attività semiresidenziale – prestazione sanitaria

I due archivi andranno inviati separatamente, nelle apposite sezioni disponibili nel portale Gefis

**La denominazione dei file è la seguente:**

**PER I TRACCIATI DELL'ARCHIVIO A: ATTIVITA' TERRITORIALE:**

UUUFFAAAT1.txt  
UUUFFAAAT2.txt  
UUUFFAAAT3.txt

Dove:

- UUU indica l'ULSS;
- FF indica la fase di competenza dei dati (13, 14, 15, ....., 24) corrispondente al rispettivo mese;
- AA indica l'anno di competenza del mese inviato;
- AT1, AT2 e AT3 indicano i tre tracciati.

**PER I TRACCIATI DELL'ARCHIVIO B: ATTIVITA' RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE**

UUUFFAAAR1.txt  
UUUFFAAAR2.txt  
UUUFFAAAR3.txt  
UUUFFAAAR4.txt

Dove:

- UUU indica l'ULSS;
- FF indica la fase di competenza dei dati (13, 14, 15, ....., - 24) corrispondente al rispettivo mese;
- AA indica l'anno di competenza del mese inviato;
- AR1, AR2, AR3 e AR4 indicano i quattro tracciati.

## FAQ

QUESITO	RISPOSTA
<p><b>FLUSSO INCREMENTALE:</b> considerare l'inserimento dati nei servizi può non essere completo nonostante i due mesi di tempo; valutare o flusso incrementale da inizio anno, oppure la possibilità di re-invio massivo nel primo bimestre dell'anno successivo.</p>	<p>La finestra temporale prevista per la trasmissione (entro i 60 gg dopo il periodo di riferimento) è adeguato per completare il caricamento del flusso. Il re-invio massivo nel primo trimestre successivo non permetterebbe di ottemperare il successivo invio ad NSIS. E' sempre fatta salva la possibilità di chiedere aperture straordinarie di consolidamento del dato.</p>
<p><b>FLUSSO INCREMENTALE - prestazioni aggiornate:</b> Se in fase di estrazione dati si verificasse che una prestazione non è pertinente per il mese di trasmissione (perché modificata nel contenuto o introdotta inserita ex novo ma con data antecedente) che si deve fare? Si invia lo stesso l'informazione o è necessario richiedere l'apertura straordinaria degli invii fatti nei mesi precedenti? O i "comportamenti" sono differenti a seconda che si tratti di una modifica alle informazioni precedenti piuttosto che l'introduzione di una nuova informazione non prima trasmessa?</p>	<p>Modifiche nel contenuto di informazioni già inviate, comportano la necessità di richiedere l'apertura straordinaria per la ritrasmissione delle fasi interessate.</p>
<p><b>PRESENZE STRUTTURE RESIDENZIALI (21.03):</b> va mandata solo la data di ingresso e dimissione dalla struttura, non la singola giornata di presenza? (nella logica del posto occupato e non presenza effettiva). In questo caso va mandato solo 1 record per ospite struttura dove indicare la data di ingresso (in data ammissione) e la data di dimissione solo se nel mese di competenza, altrimenti va lasciata in bianco? o inviata con data fine mese di competenza o con un valore fittizio concordato?</p>	<p>La data dimissione è campo obbligatorio compilare alla sola effettiva dimissione del paziente dalla struttura. Per l'attività residenziale qualora un assistito rimanga nella struttura per un periodo superiore all'anno o a cavallo di più anni, la regione dovrà inviare al sistema SISM il set di informazioni relativo al paziente (flusso Attività residenziale) almeno con riferimento al I semestre di ogni anno di permanenza. Es. per un paziente inserito in una comunità terapeutica in data 2/02/2020 e tuttora ricoverato, il dato deve essere inviato come I semestre 2020 e per segnalare la permanenza nella comunità terapeutica per tutto l'anno 2020 non è necessario inviare i dati anche nel II semestre 2020. Se lo stesso paziente continua ad essere ricoverato nella medesima comunità terapeutica negli anni successivi dovrà essere inviato al sistema SISM il set di informazioni relativo al paziente (flusso Attività residenziale) almeno con riferimento al I semestre di ogni anno successivo.</p>
<p><b>STRUTTURE PER DIPENDENZE:</b> possono esserci persone in carico alla psichiatria, ma che finiscono in strutture residenziali non specificamente psichiatriche, ma per dipendenze, che non rientrano nei codici struttura specifici della psichiatria? Nel caso vanno considerati validi anche i codici STS11 delle strutture per dipendenze.</p>	<p>Nel caso di inserimento in strutture nell'ambito dipendenze, e SOLO nel caso di compartecipazione alla spesa tra i Servizi di salute Mentale e Servizi Dipendenza, andranno indicati gli STS11 di queste ultime e indicate come 9= altro nel campo 6.10 Tipo struttura residenziale.</p>
<p><b>TABELLA TRANSCODIFICA ICD10-ICD9CM:</b> al fine di inviare le diagnosi transcodificate in modo univoco e corretto si chiede le tabelle di transcodifica delle stesse data dalla Regione.</p>	<p>disponibile al seguente link, previa richiesta di accesso da inviare a roberto.degobbi@azero.veneto.it</p> <p><a href="https://docs.google.com/spreadsheets/d/18X3p--n8QKF97IOujP7FMHArKjr6wCJ6/edit?usp=share_link&amp;ouid=117594398213835901865&amp;rtpof=true&amp;sd=true">https://docs.google.com/spreadsheets/d/18X3p--n8QKF97IOujP7FMHArKjr6wCJ6/edit?usp=share_link&amp;ouid=117594398213835901865&amp;rtpof=true&amp;sd=true</a></p>
<p><b>AGGIORNAMENTO VOCI CAMPI FLUSSO:</b> alcune voci sono state aggiunte o tolte rispetto le tabelle di riferimento (STATO CIVILE, COLLOCAZIONE SOCIO AMBIENTALE, etc.) , è possibile avere per ogni tabella una transcodifica tra le voci attuali e quelle del nuovo flusso? E' importate al fine di mantenere una omogeneità nel passaggio generale di tutte le ulss al nuovo flusso di queste tabelle.</p>	<p>in via di ultimazione</p>
<p><b>CONTATTO:</b> al fine di evitare ogni dubbio, per "contatto" si intende la presa in carico, percorso di cura, episodio di cura, etc.?</p>	<p>All'interno della cartella (o scheda) vanno inseriti tutti i contatti che nel periodo di vigenza della cartella (o scheda) sono "somministrati" all'assistito, siano essi afferenti l'ambito territoriale, residenziale o semi-residenziale.</p>
<p><b>PORTALE CONTROLLO ERRORI:</b> possibilità di scaricare l'excel con nome automatico del tipo di errore che si sta valutando (attualmente, a prescindere dall'errore si scarica sempre con lo stesso nome e va rinominato ogni volta in salvataggio; sarebbe molto più pratico per chi controlla, potere scaricare il file con un nome esplicativo dell'errore e mese/anno riferimento)</p>	<p>Nel portale Gefis, seguendo il percorso: Reportistica PST -&gt; scegli il file da esaminare -&gt; "visualizza dettaglio" oppure "scarica dettaglio", è disponibile la reportistica di riscontro agli errori rilevati in fase di acquisizione del file.</p> <p>E' altresì presente una portlet "documentazione PST" nella quale è disponibile il file PST elenco controlli che descrivere dettagliatamente tutti i controlli implementati.</p>

<p>RICHIESTA CERTIFICAZIONE CARICAMENTO FLUSSO: attualmente viene sempre chiesto per validare la compilazione di un form; è possibile evitarlo lasciando come conferma della validità del flusso il solo caricamento nel portale?</p>	<p>La certificazione è uno strumento di supporto al caricamento del flusso, finalizzato alla validazione ufficiale dell'invio.</p>
<p>ATTIVITA' TERRITORIALE e ATTIVITA' RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE - 2 CONTATTI SEPARATI? Un utente che è in centro diurno e ha visite presso CSM va gestito con due "contatti" indipendenti?</p>	<p>Le informazioni relative al contatto devono essere ripetute due volte, una per le prestazioni Territoriali e una per le Residenziali/SemiResidenziali</p>
<p>DIAGNOSI APERTURA - DIAGNOSI CHIUSURA: DIAGNOSI ATTUALE? (nel caso sia differente da quella di apertura successiva a nuova valutazione) In entrambi i tracciati che riportano le diagnosi (ATTIVITA' TERRITORIALE e ATTIVITA' RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE) ci sono i due campi per la diagnosi di apertura e quella di chiusura; eventuali rivalutazioni con aggiornamento della diagnosi come va gestita? Si deve chiudere quel contatto e aprirne uno nuovo per il cambio di diagnosi?</p>	<p>E' presente il valore di dominio per il campo Diagnosi di Apertura: (99999=Diagnosi in attesa di definizione) da utilizzare fintantoché la diagnosi effettiva è definita</p>
<p>DATI OGGETTO DI TRASMISSIONE. Se nel mese di estrazione esiste un contatto/cartella aperto senza prestazioni, i tracciati 1,2 (se territoriale) 4,5 (se semiresidenziale) vanno ugualmente estratti? Nel caso di risposta positiva ed in corrispondenza ad un accoglimento in struttura residenziale, potremmo avere la persistenza prolungata di contatti nei tracciati 1,2,4 e 5. Aggiungo inoltre che sarebbe importante, come del resto già riportato nell'attuale disciplinate tecnico DGR n.1883 del 23.06.2009, disporre di una sezione dedicata ai dati oggetto di trasmissione nella mensilità di riferimento.</p>	<p>I tracciati 1 e 2 devono essere inviati in relazione a cartelle (o schede) aperte e chiuse nello stesso mese oppure se in quel mese esistono prestazioni riferiti alla cartella dell'assistito. I tracciati 4 e 5 invece devono sempre essere inviati. Inoltre la cartella (scheda) paziente deve essere chiusa amministrativamente qualora non si registrino prestazioni per 180 giorni. Per la chiusura amministrativa si deve utilizzare la data dell'ultimo intervento registrato. Qualora l'assistito risulti ricoverato al 180° giorno non deve essere registrata la chiusura amministrativa fino alla sua dimissione.</p>
<p>ATTIVITA' TERRITORIALE E ATTIVITA' RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE: i due archivi sono da considerarsi in relazione tra loro o indipendenti? Cioè la cartella aperta del paziente va considerata unica, comprendendo sia l'attività in CSM che gli interventi in strutture residenziali o semiresidenziale, oppure no?</p>	<p>La cartella sarà unica per entrambi gli archivi di attività territoriale e attività residenziale/semiresidenziale. All'interno della cartella andranno creati n. contatti distinti e riguardanti le diverse prestazioni erogate.</p>
<p>ATTIVITA' RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE: vanno inseriti gli utenti in carico al CSM o tutti i presenti nelle strutture del territorio (con costo a carico del SSN)? Vanno inseriti anche gli utenti del CSM inseriti in strutture fuori azienda e fuori Regione?</p>	<p>Nel caso in cui il paziente acceda alla prestazione residenziale su invio del DSM di appartenenza allora lo stesso invierà i dati riferiti a quello stesso paziente, pur se fuori Regione</p>
<p>CONTATTO: Come si definisce il "contatto"? Sembra non corrispondere al periodo di apertura cartella ma all'episodio di cura in una singola struttura. Ne segue che possono essere aperti contemporaneamente più contatti per paziente (il codice struttura STS11 è infatti diverso per CSM componente ambulatoriale, CSM componente Day Hospital. Nel caso di più contatti non si hanno inizio e fine contatto ma solo della cartella. O per contatto si intende l'intervento in una singola struttura in una specifica data? Inoltre nel file 2 viene indicato "DATA APERTURA CARTELLA" mentre nel file 5 "DATA CHIUSURA SCHEDA": nel primo caso si intende la cartella e nel secondo il contatto con la struttura?</p>	<p>CARTELLA e SCHEDA sono sinonimi e riferiti all'assistito. Per CONTATTO si intende il singolo episodio di erogazione di una qualunque prestazione ( territoriale e/o residenziale/semiresidenziale riferita alla cartella.</p>
<p>DATA CHIUSURA SCHEDA PAZIENTE. Nel caso di "interruzione non concordata" o "chiusura amministrativa" la data chiusura deve essere quella interna al periodo o la data dell'ultima prestazione erogata?</p>	<p>La scheda paziente deve essere chiusa amministrativamente qualora non si registrino prestazioni per 180 giorni. Per la chiusura amministrativa si deve utilizzare la data dell'ultimo intervento registrato. Qualora l'assistito risulti ricoverato al 180° giorno non deve essere registrata la chiusura amministrativa fino alla sua dimissione.</p>

<p><b>CONGRUENZA TEMPORALE DELLE PRESTAZIONI RICEVUTE:</b> Le prestazioni di un utente possono essere erogate sia da strutture residenziali che da strutture territoriali (o semiresidenziali). L'unico vincolo è che un utente residenziale non possa ricevere prestazioni da un'altra struttura residenziale (al netto dei trasferimenti di domicilio/residenza tra strutture). Nei nuovi flussi, spezzando le anagrafiche, potrebbe venir meno "la continuità temporale" delle prestazioni ricevute da un utente del DSM. Corretto? Se così è, come calcolare l'obiettivo DG sulla qualità dei dati dei flussi che parla del fatto che tra una prestazione e l'altra non si devono superare i 180gg (obiettivo S.S.3.1. A29)?</p>	<p>Nel caso descritto, la cartella (anagrafica) rimane sempre la stessa riferita al paziente in trattamento. Poi per ogni "episodio di cura" sarà necessario aprire il corrispondente contatto. (Ricordo che qualora l'assistito risulti ricoverato al 180° giorno non deve essere registrata la chiusura amministrativa fino alla sua dimissione)</p>
<p><b>CHIUSURA AMMINISTRATIVA:</b> viene eseguita dopo 180 o 365 giorni senza prestazioni? Si chiude il contatto o la cartella?</p>	<p>La cartella deve essere chiusa amministrativamente qualora non si registrino prestazioni per 180 giorni. Per la chiusura amministrativa si deve utilizzare la data dell'ultimo intervento registrato. Qualora l'assistito risulti ricoverato al 180° giorno non deve essere registrata la chiusura amministrativa fino alla sua dimissione.</p>
<p><b>INVIANTE PRIMO CONTATTO.</b> E' l'inviante del primo contatto in assoluto o del contatto presente?</p>	<p>L'inviante primo contatto è riferito al singolo contatto.</p>
<p><b>PRESTAZIONI SANITARIE.</b> Nella presentazione del nuovo tracciato pag. 1 sezione A punto 3 "Prestazioni sanitarie domiciliari" si intende "territoriali"?</p>	<p>Sì, l'interpretazione fornita è corretta. Per Prestazioni sanitarie domiciliari si intendono quelle "territoriali"</p>
<p><b>STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE:</b> non ci sono attività da registrare se non la giornata di presenza (distinta tra &lt;4 ore e &gt;4 ore). E' corretto?</p>	<p>Le informazioni di dominio richiedono la sola indicazione della durata di presenza, definita come &gt; 4 ore o &lt; 4 ore.</p>
<p><b>STRUTTURA RESIDENZIALE:</b> non si registrano prestazioni dettagliate ma solo l'inserimento e la dimissione dalla struttura? E' corretto?</p>	<p>Per le prestazioni residenziali è richiesto l'inserimento della data di ingresso e dimissione dalla struttura e la tipologia di struttura residenziale (campo 6.10 del tracciato).</p>
<p><b>RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE.</b> Se una persona inserita in una struttura residenziale segue alcune attività riabilitative in un centro diurno va inserita la sola permanenza in struttura residenziale o anche la presenza in centro diurno?</p>	<p>Non è possibile la contemporanea presenza in strutture residenziali e semi-residenziali.</p>
<p><b>CONTROLLI GEFIS:</b> (Già che si stanno facendo modifiche) In GEFIS c'è un controllo che "segnala" il fatto che una persona nata all'estero (codici fiscali terminanti con ZXXX) non possa avere la cittadinanza Italiana. Tale controllo dovrebbe essere eliminato. E' un errore. La cittadinanza è uno status che si modifica nel tempo (esempio il matrimonio con straniera/o permette a quest'ultimo/a l'acquisizione della cittadinanza italiana)</p>	<p>Il controllo verrà adeguato.</p>
<p><b>INTERVENTI=PRESTAZIONI?</b> Es. Interventi sulle abilità di base (gruppi), se più gruppi in un giorno? Si compilano più record (uno per prestazione) o un record solo (uno per tipo prestazione indipendentemente dalla quantità)?</p>	<p>In tal caso nel campo 3.10 "PROGRESSIVO PRESTAZIONE PER CONTATTO" si dovranno indicare il numero progressivo di interventi di uno stesso contatto.</p>
<p><b>CODIFICA DIAGNOSI.</b> Si chiede una conferma in merito alla seguente indicazione fornita nel meet del 3/10 : ai fini del nuovo flusso è necessario che i sanitari utilizzino tassativamente le diagnosi ICD9 e non venga utilizzata la tabella di decodifica ICD10-&gt;ICD9.</p>	<p>In armonia con il tracciato nazionale, la trasmissione delle diagnosi nel flusso dovrà essere fatta utilizzando la codifica ICD9.</p>
<p><b>GEFIS.</b> Una volta avviato a febbraio 2023 il nuovo flusso APT-SISM sarà ancora possibile effettuare trasmissioni con il precedente tracciato per eventuali recuperi o correzioni relative al 2022?</p>	<p>Sarà prevista la possibilità di inviare fasi 2022 con il tracciato in dismissione.</p>



<p>CONTATTI . Quanti contatti (in tracciato 5) si devono aprire per la seguente casistica relativamente ai periodi semiresidenziali indicati nei punti 3 e 4 ed erogati in tempi diversi dalla stessa struttura? (E' lo stesso oppure bisogna agire sul numero cartella e differenziarlo per questa casistica o, ancora, si deve operare sulla data apertura scheda?)</p> <p>Esempio:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Preso in carico e prestazioni eseguite dal CSM 01/01/2022 attivo struttura 1</li> <li>2) Prestazioni ambulatoriali eseguite il 10/01/2022 struttura 2</li> <li>3) 1° periodo in semiresidenziale 15/01/2022 al 30/02/2022 struttura 3</li> <li>4) 2° periodo in semiresidenziale 01/05/2022 al 20/06/2022 struttura 3</li> <li>5) periodo in semiresidenziale 01/07/2022 al 01/08/2022 struttura 4</li> <li>6) periodo in residenziale 01/09/2022 attivo struttura 5</li> </ol> <p>Un'ulteriore ipotesi è che nel nuovo flusso non sia rilevante conoscere la struttura che ha effettivamente erogato le prestazioni. In questo caso nel contatto sarebbe riportata la struttura del CSM che ha preso in carico l'assistito, e su questo verrebbero caricate tutte le prestazioni che ha avuto nel periodo di presa in carico (anche se effettuate da strutture differenti di quella della presa in carico).</p> <p>Per questa casistica si aprirebbero invece 4 contatti :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 territoriale – caso 1, 2;</li> <li>• 1 semiresidenziale (caso 3,4)</li> <li>• 1 semiresidenziale (caso 5)</li> <li>• 1 residenziale (caso 6)</li> </ul> <p>Qual è l'interpretazione corretta?</p>	<p>Nel caso vi siano Prestazioni semiresidenziali: deve essere riportata una riga per Data Intervento, a parità di Anno di riferimento, Codice Regione, Periodo di Riferimento, Codice Azienda Sanitaria di Riferimento, Codice DSM, codice equipe, Codice Struttura, ID Contatto.</p> <p>Questi campi data sono obbligatori in ognuno dei tracciati della Prestazioni e i dati, non possono essere raggruppati, ma devono essere riportate le prestazioni per ogni giorno in cui sono state effettuate (il campo "data prestazione" fa parte della chiave).</p>
<p>ATTIVITA' TERRITORIALE e ATTIVITA' RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE – QUALE SEDE D'INTERVENTO INDICARE?</p> <p>Nel caso di un utente ospite in una struttura residenziale che riceve prestazioni territoriali (es. 15.01 o 15.02 o 06.00 ....) da un operatore del CSM o da un operatore assegnato alla struttura residenziale quali sono i valori da indicare come sede di intervento nelle due fattispecie?</p> <p>Es. n. 1: un operatore del CSM che si reca in una struttura residenziale per erogare ad un ospite la prestazione 15.01: è corretto compilare l'archivio territoriale indicando al campo 3.8 il codice STS11 del CSM a cui afferisce l'operatore e al campo 3.14 sede d'intervento il valore 3-in un altro luogo del territorio?</p> <p>Es. n. 2: un operatore della struttura residenziale che eroga prestazione territoriale 15.01: è corretto compilare l'archivio territoriale tracciato 1, 2 e 3 indicando ai campi 2.8 e 3.8 il codice STS11 della struttura residenziale cui afferisce l'operatore e al campo 3.14 sede d'intervento il valore 1-in sede?</p>	<p>Per entrambi gli esempi, l'interpretazione suggerita è corretta.</p>

<p>CARTELLA/CONTATTO. Si chiedono chiarimenti in merito ai seguenti 2 punti tra loro collegati che, di fatto, rappresentano una criticità interpretativa in applicativi ove sono utilizzate entità quali Cartella, Contatto, Scheda, Episodio di cura con accezioni diverse rispetto al flusso.</p> <p>File 5 . DATI DI CONTATTO Si chiede conferma in merito al significato dei seguenti campi # 5.10 DATA APERTURA SCHEDA # 5.14 DATA CHIUSURA SCHEDA ovvero si riferiscono alla CARTELLA oppure al CONTATTO con la struttura erogante?</p> <p>Di conseguenza si chiede conferma in merito a a File 2 . DATI CONTATTO # 2.10 DATA APERTURA CARTELLA # 2.14 DATA CHIUSURA CARTELLA ovvero si riferiscono effettivamente alla CARTELLA oppure al CONTATTO con la struttura erogante?</p>	<p>Nel tracciato, scheda e cartella sono da intendere come sinonimi dello stesso campo.</p>
<p>PRECEDENTI CONTATTI. Per i campi # 2.12 PRECEDENTI CONTATTI # 5.12 PRECEDENTI CONTATTI come va interpretato il termine "precedente"? Si intendono precedenti contatti con la stessa struttura erogatrice oppure precedenti episodi di cura anche con altre asl o fuori regione?</p>	<p>Valorizzando questo campo con "si" si intende che l'assistito ha avuto un contatto precedente (aperto e già chiuso) con qualunque servizio (di ricovero, privato, pubblico, con un operatore psichiatra, psicologo o neuropsichiatra infantile), almeno una volta nella vita.</p>