

**Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche,  
Salute nelle carceri**

La Responsabile  
**Mila Ferri**

**Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali**

La Responsabile  
**Eleonora Verdini**

## **Allegato 1 DISCIPLINARE TECNICO**

### **SISM**

#### **Sistema informativo dei Servizi di Salute Mentale adulti della Regione Emilia-Romagna**

#### **Indice**

INTRODUZIONE .....	2
FINALITÀ .....	2
ADEGUAMENTO E MODIFICHE .....	3
AMBITO DI APPLICAZIONE.....	4
CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI .....	5
SEZIONE I - DATI ANAGRAFICI.....	5
SEZIONE II – PCA - PROCESSO CLINICO ASSISTENZIALE.....	8
SEZIONE III – DIAGNOSI .....	10
SEZIONE IV - PRODOTTI.....	11
SEZIONE V – PRESTAZIONI .....	13
SEZIONE VI – PROGRAMMI E PERCORSI.....	15
TRACCIATO RECORD E CONTROLLI .....	16
MODALITA' PER L'INVIO E SCADENZE.....	24
RITORNO INFORMATIVO .....	24

## INTRODUZIONE

**La circolare n. 4 del 16/2/2005** ha istituito il flusso informativo SISM – Sistema Informativo Salute Mentale - della Regione Emilia-Romagna, con l'obiettivo di rispondere alle esigenze regionali di monitoraggio e programmazione sanitaria, oltre che fornire dati sistematici sull'utilizzo dei servizi per indagini epidemiologiche di tipo descrittivo e valutativo.

Diversi elementi hanno portato alla necessità di definire un aggiornamento della circolare SISM sia nella parte tecnica sia nei contenuti:

- il Decreto Ministeriale 15 ottobre 2010 "Istituzione del sistema informativo per la salute mentale" (Gazzetta Ufficiale n. 254 del 29 ottobre 2010) che ha definito il nuovo flusso informativo nazionale per i servizi di salute mentale
- la modifica della logica di raccolta delle informazioni, in cui si traccia il percorso degli utenti dall'ingresso negli ospedali sino all'attività nei servizi territoriali (PCA - Processo clinico assistenziale)
- la modifica di alcuni aspetti della rilevazione dei dati maggiormente coerente con le modalità di registrazione delle informazioni dei servizi di salute mentale
- la coerenza delle modalità di raccolta dati con gli altri flussi regionali dei DSM-DP (SIDER per i SerT e SINPIAER per i servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza)
- la valorizzazione della valutazione degli esiti dei processi clinico assistenziali.

Per questo complesso ordine di motivi è risultato necessario aggiornare la circolare, sia nella parte tecnica sia nei contenuti, come di seguito descritto:

- ogni periodo di contatto tra paziente e servizi di psichiatria adulti è definito come "Processo clinico-assistenziale" (PCA). Il PCA inizia sempre con il Primo Contatto (PC) e può essere successivamente alimentato da altri prodotti di trattamento: è quindi costituito dai vari trattamenti che possono succedersi nel tempo, mantenendo continuità assistenziale e progettuale, dall'erogazione della prima prestazione fino all'ultima
- oltre ai prodotti in un PCA possono essere attivati programmi-percorsi, finalizzati a specifici obiettivi terapeutico-riabilitativi. I programmi/percorsi sono sovra-ordinati rispetto ai prodotti, venendo a rappresentare la dimensione trasversale del PCA. Le prestazioni svolte nell'ambito di programmi-percorsi devono comunque essere attribuite a specifici prodotti di trattamento in corso
- la diagnosi principale e le eventuali diagnosi secondarie sono PCA-specifiche: ogni PCA ha una sola diagnosi principale, che può essere aggiornata nel corso del tempo. Oltre a questa, ogni PCA può avere più diagnosi secondarie, anche queste aggiornabili
- i prodotti di trattamento residenziali e ospedalieri fanno parte a pieno titolo del PCA e devono essere sempre rilevati, così come avviene nella cartella clinica del paziente. E' pertanto richiesta la collaborazione attiva del personale medico di SPDC e residenze del DSM-DP per la registrazione di ammissioni e dimissioni dai rispettivi reparti, così come di invii/trasferimenti ad altri luoghi di cura (dipartimentali, accreditati, a retta).
- il personale di SPDC e residenze del DSM-DP è chiamato a partecipare alla corretta gestione del flusso informativo anche registrando le prestazioni consulenziali eventualmente svolte presso le sedi ospedaliere (reparti e pronto soccorso).

L'art. 3ter della Legge 9/2012 "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari" ha previsto il superamento degli attuali OPG – Ospedali psichiatrici giudiziari, attraverso la definizione di strutture sanitarie destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione di casa di cura e custodia.

Si ritiene essenziale monitorare le caratteristiche dei pazienti che afferiscono in questa tipologia di struttura e i trattamenti ad essi erogati all'interno del flusso SISM.

## FINALITÀ

Il flusso SISM risponde prioritariamente alle necessità di programmazione del Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri della Regione Emilia-Romagna, coerentemente con quanto delineato dal Ministero della Salute nell'ambito del DM 15 ottobre 2010 SISM.

Le finalità sono:

- monitoraggio dei Servizi di psichiatria adulti, con analisi dell'utenza trattata, del volume di prestazioni e dei pattern di trattamento;
- valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza adulta che accede ai CSM e agli altri servizi di salute mentale dei DSM-DP, ovvero i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), le strutture residenziali e semiresidenziali;
- supporto alle attività gestionali dei CSM e degli altri servizi del DSM-DP, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito;
- base informativa per la redazione della reportistica annuale regionale;
- raccolta dei dati in coerenza con quanto già previsto nei flussi informativi della Regione Emilia-Romagna per i SerT (SIDER) e Neuropsichiatria infantile (SINPIAER), soprattutto in relazione ai prodotti/trattamenti, prestazioni e rapporti dell'utenza con i servizi.

Il presente allegato tecnico contiene le specifiche riguardanti la rilevazione regionale SISM dell'attività dei CSM e dell'attività consulenziale ospedaliera a partire dall'anno 2013.

Le informazioni devono essere trasmesse, attraverso il portale web regionale, dalle Aziende Sanitarie al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali dell'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna.

### Legenda

SISM *regionale* – Sistema informativo dei Servizi di Salute Mentale adulti della Regione Emilia-Romagna (oggetto della circolare attuale ed ex circolare n. 4/2005)

SISM *nazionale* – Flusso previsto dal Decreto Ministeriale 15 ottobre 2010 "Istituzione del sistema informativo per la salute mentale"

SIDER – Sistema informativo dei Servizi per le dipendenze della Regione Emilia-Romagna

SINPIAER – Sistema informativo dei Servizi di neuropsichiatria infanzia e adolescenza della Regione Emilia-Romagna

DSM – DP – Dipartimento Salute Mentale – Dipendenze Patologiche

CSM – Centro di salute mentale delle Aziende AUSL<sup>1</sup>

SPDC – Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

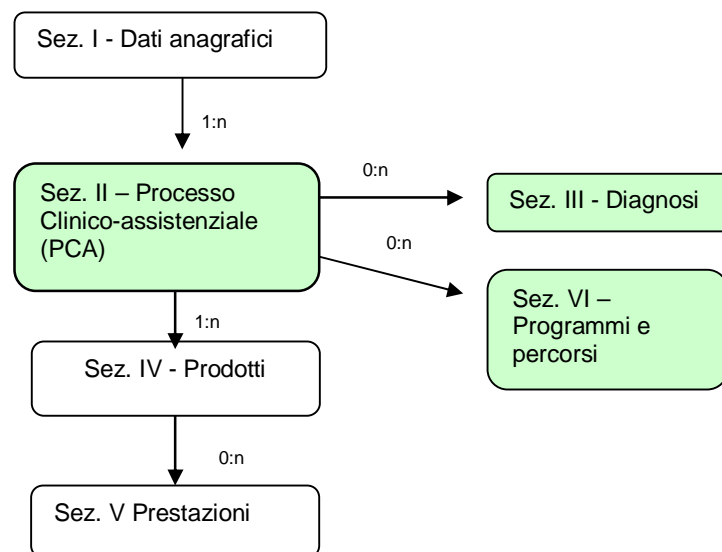
SPOI – Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo<sup>2</sup>.

OPG – Ospedale psichiatrico giudiziario

### ADEGUAMENTO E MODIFICHE

Il seguente documento si pone l'obiettivo di fornire informazioni utili alla compilazione del flusso SISM per l'anno di attività **2013** secondo le caratteristiche e le modalità descritte nei seguenti punti:

1. Ambito di applicazione
2. Contenuti e codifica delle variabili
3. Tracciato record e controlli
4. Modalità per l'invio dei dati e Scadenze
5. Ritorno informativo



\* Le sezioni II, III e VI sono una novità di questa circolare.

La rilevazione è costituita da 6 sezioni:

- Sezione I – Dati anagrafici
- Sezione II – PCA – Processo clinico-assistenziale
- Sezione III – Diagnosi
- Sezione IV - Prodotti
- Sezione V – Prestazioni
- Sezione VI – Programmi e percorsi

<sup>1</sup> DGR 327/2004 "Applicazione della Legge regionale 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti. Revoca dei precedenti provvedimenti".

<sup>2</sup> DGR 2000/2009 "Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture psichiatriche in possesso di autorizzazione al funzionamento di profilo ospedaliero".

La separazione della sezione anagrafica soddisfa i requisiti di riservatezza declinati dalla legge n. 196 del 30 giugno 2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

## **AMBITO DI APPLICAZIONE**

L'obiettivo del flusso è di tracciare e monitorare i percorsi degli adulti che sono entrati in contatto con i Servizi di salute mentale per ricevere **almeno una prestazione nel corso dell'anno**, ad eccezioni dei prodotti di ricoveri e residenziali sui quali fa fede la data di apertura e chiusura del prodotto.

Sono **inclusi** nel flusso SISIM:

- i pazienti entrati in contatto con i CSM
- i pazienti a cui è stata erogata una consulenza in reparti ospedalieri o in pronto soccorso, effettuata dai medici psichiatri afferenti ai CSM o agli SPDC dei DSM-DP
- i pazienti ricoverati in SPDC e SPOI dei DSM-DP
- i pazienti ricoverati in SPOI privati accreditati su invio dei CSM o degli SPDC
- i pazienti inseriti in strutture semiresidenziali e residenziali, pubbliche o private, su invio dei CSM o degli SPDC.
- I pazienti in trattamento presso l'OPG di Reggio Emilia o, in futuro, Struttura di superamento OPG.

Sono **esclusi** dal flusso SISIM:

- i soggetti che hanno prenotato la visita presso i CSM ma che non hanno ricevuto nessuna prestazione
- i pazienti inseriti in case di cura, strutture residenziali o semiresidenziali private non inviati/non seguiti dai CSM.

## CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

### SEZIONE I - DATI ANAGRAFICI

#### Campi chiave

**Azienda USL** nel cui territorio è ubicato il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze patologiche  
*Codifica:* Codice a 3 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

#### Identificativo utente

Va riportato un codice per ogni utente all'interno dei Servizi Salute mentale adulti che lo identifica in maniera univoca.  
*Codifica:* AN 10

**Cognome:** Tale informazione va fornita obbligatoriamente e, per evitare errori, desunta dall'anagrafe sanitaria.

**Nome:** vedi cognome.

#### Codice Fiscale

Questa variabile va compilata e, per evitare errori, desunta dall'anagrafe sanitaria:

- per i residenti in Italia (italiani e stranieri) con il Codice Fiscale ufficiale attribuito dal Ministero Economia e Finanze (DLgs 326/2003 art.50) ovvero quello riportato nella tessera sanitaria;
- per gli stranieri temporaneamente presenti con il codice STP, (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri, ai sensi del D.P.R. 31/8/1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24/4/2000, n.5;
- per i cittadini neocomunitari residenti in Bulgaria e Romania privi di copertura sanitaria nel paese di provenienza, con il codice ENI (Europei non iscritti). Questo codice è di 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con ENI – vedi note Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2009/96745 del 27.04.2009 – e PG/2008/50529 del 20/02/2008;
- per gli immigrati destinati al soggiorno temporaneo nel territorio regionale (D.G.R. 11 704/2011 n. 487) ed in particolare per i rifugiati provenienti dai paesi del Nord Africa con il codice PSU (Permesso di Soggiorno per motivi Umanitari). Anche questo codice è composto da 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con le lettere PSU vedi nota Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2011/96394 del 15.04.2011;
- per gli immigrati appartenenti ai popoli del Nord Africa che hanno richiesto il permesso di soggiorno per asilo con il codice regionale AS a 16 caratteri costruito come previsto nella nota regionale P.G./2011/215405 dell'08/09/2011.

In tutti gli altri casi non va compilata (es. non residenti e non appartenenti alla precedenti categorie).

#### Data di nascita

La data di nascita va riportata, riempiendo tutti gli otto caratteri previsti: i primi due caratteri indicano il giorno, i successivi due il mese, gli ultimi quattro l'anno; tale informazione va fornita obbligatoriamente e, per evitare errori, desunta dall'anagrafe sanitaria.

*Codifica:* Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

#### Genere

Indica il genere del paziente in trattamento.

*Codifica:*

- 1 Maschio
- 2 Femmina

#### Comune di nascita

Per i nati in Italia Codice ISTAT a 6 cifre, di cui le prime 3 indicano la provincia e le altre 3 il comune (file TCOMNOS)

Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (file TCOMNOS). Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se il codice non esiste.

#### Comune di residenza

Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

E' necessario riportare l'informazione più aggiornata disponibile.

*Codifica:* Per i pazienti residenti in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS).

Per i residenti all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri, (file TCOMNOS).

Per gli irreperibili codificare : 999999.

Per gli stranieri non residenti ma iscritti al SSN (domiciliati in Italia) indicare il comune di domicilio.

### **Cittadinanza**

Identifica la cittadinanza dell'assistito.

Per la cittadinanza italiana utilizzare il codice 100 mentre per le cittadinanze straniere compilare con il codice a tre caratteri dello Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno e ISTAT. Riportare la cittadinanza tenendo presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza.

Per gli apolidi utilizzare il codice "999".

*Codifica:* codice a 3 cifre (file TCOMNOS).

### **Titolo di studio**

Identifica l'ultimo titolo di studio conseguito dal paziente al momento dell'invio dei dati. E' necessario riportare l'informazione più aggiornata disponibile al termine del periodo di riferimento della rilevazione.

*Codifica:*

- 01 Senza titolo (comprende alfabeti ed analfabeti)
- 02 Scuola elementare
- 03 Scuola media inferiore
- 04 Scuola media superiore
- 05 Diploma universitario
- 06 Laurea
- 09 Non conosciuto/non rilevato

### **Stato civile**

Identifica lo stato civile dell'assistito più aggiornato disponibile.

*Codifica:*

- 01 Celibe/nubile
- 02 Coniugato/a
- 03 Separato/a
- 04 Divorziato/a
- 05 Vedovo/a
- 06 Convivente
- 09 Non conosciuto/non rilevato

### **Condizione professionale**

Identifica la condizione professionale del paziente più aggiornata disponibile.

*Codifica:*

- 01 In cerca di prima occupazione
- 02 Non occupato/disoccupato
- 03 Casalinga
- 04 Studente
- 05 Pensionato
- 06 Invalido
- 07 Altra condizione non professionale
- 08 Dirigente/quadro direttivo, imprenditore, libero professionista
- 09 Impiegato, tecnico, infermiere, insegnante
- 10 Capo operaio, operaio, bracciante, apprendista, lavoratore a domicilio per conto di imprese
- 11 Altro lavoratore dipendente
- 12 Artigiano, Lavoratore in proprio
- 98 Altro
- 99 Non conosciuto/non rilevato

### **Situazione abitativa**

Identifica la condizione abitativa del paziente più aggiornata disponibile.

*Codifica:*

- 01 Vive solo
- 02 Famiglia di origine
- 03 Famiglia acquisita
- 04 Altre convivenze
- 05 Strutture di accoglienza e comunità **non psichiatriche** (casa di riposo/RSA/casa protetta gruppo appartamento, enti ausiliari tossicodipendenza, ecc)
- 06 Senza fissa dimora
- 07 Struttura residenziale psichiatrica
- 08 OPG o Struttura di superamento OPG

- 09 Carcere
- 98 Altro
- 99 Non conosciuto/non rilevato

**Codice MMG**

Deve essere compilato con il codice fiscale del medico di medicina generale.

Costituisce l' identificativo del medico di base del paziente al momento dell'invio dei dati.

**Data di prima prestazione assoluta**

Corrisponde alla data della prima prestazione erogata in assoluto presso i servizi di psichiatria adulti dell'AUSL, a prescindere dal tipo di servizio (CSM, SPDC, SPOI, strutture residenziali del DSM-DP). Non è da riportare la data di prenotazione visita ma solo la data di effettivo primo svolgimento della prestazione. Per i casi in cui non è possibile risalire alla prima prestazione assoluta, la data può essere anche derivata dall'apertura della prima cartella disponibile nel servizio (qualora non fosse disponibile giorno e mese inserire 01/01/anno di riferimento).

Tale data dovrà essere uguale alla Data di apertura del PCA per i nuovi casi (tipo rapporto servizi=01) inferiore per gli altri tipi di rapporto.

*Codifica:* Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

## SEZIONE II – PCA - PROCESSO CLINICO ASSISTENZIALE

### Campi chiave

**Azienda USL** nel cui territorio è ubicato il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze patologiche.

*Codifica:* Codice a 3 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

### Identificativo utente

Va riportato un codice per ogni utente all'interno dei Servizi Salute mentale adulti che lo identifica in maniera univoca.

*Codifica:* AN 10

### Identificativo PCA

Riporta il codice identificativo del PCA univoco per utente all'interno dei Servizi Salute mentale adulti .

*Codifica:* AN20

### Codice struttura

STS11 del CSM di riferimento che ha in carico il paziente al momento dell'invio dei dati SIMS oppure struttura HSP11 nel caso di sola consulenza/ricovero in ospedale non seguita da presa in carico, congruente con l'Azienda USL.

*Codifica:* Codice a 8 cifre (STS11 o HSP11 presenti in Anagrafe regionale)

### Data prenotazione (richiesta) prima visita (T0)

Indica la data in cui il paziente ha richiesto la prima visita del Primo Contatto presso il CSM. Compilare solo se la struttura della prima visita è CSM .

Da compilare solo per gli utenti nuovi o reingressi nell'anno.

Tale data dovrà essere inferiore o uguale alla data di apertura PCA

Se non è disponibile lasciare il campo vuoto.

*Codifica:* Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

### Tipo struttura erogazione prima visita

Indica la struttura dove si svolge la prima visita del prodotto Primo Contatto e apre il PCA

Compilare solo ogni volta che il soggetto si presenta in primo contatto come nuovo assoluto o reingresso nel corso dell'anno (data apertura PCA compresa nell'anno di riferimento).

Se la struttura è un HSP11 il campo tipo struttura dovrà essere 02 o 03

*Codifica:*

- 01 CSM, domicilio, altra sede territoriale
- 02 Pronto soccorso/Reparti ospedalieri non psichiatrici
- 03 SPDC/SPOI
- 04 RTI
- 05 Carcere
- 06 OPG o Struttura di superamento OPG
- 09 Non conosciuto

### Data apertura PCA (T1)

Indica la data di apertura del PCA, anche se risalente a periodi antecedenti l'anno considerato. Si intende la data della prima prestazione che dà luogo all'apertura del processo (anche intesa come "cartella").

Tale data non deve essere posteriore alla data di chiusura del PCA, non anteriore alla data di nascita

*Codifica:* Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

### Inviante

Identificare la figura/servizio/ente che ha inviato il paziente alla prima visita. Compilare solo ogni volta che il soggetto si presenta in primo contatto come nuovo assoluto o reingresso nel corso dell'anno (data apertura PCA compresa nell'anno di riferimento).

*Codifica:*

- 01 Spontaneo
- 02 Medici di Medicina Generale
- 03 SPOI/RTI AIOP
- 04 Ospedali Pubblici (Pronto Soccorso e altri reparti)
- 05 Strutture sanitarie e sociosanitarie (RSA, case riposo e altro)
- 06 Altri servizi AUSL
- 07 DSM-DP di altre AUSL
- 08 Servizi Sociali di Enti Locali
- 09 Organi giudiziari e Forze dell'ordine



- 10 Carcere
- 11 OPG o Struttura di superamento OPG
- 98 Altro
- 99 Non conosciuto/non rilevato

### **Data chiusura PCA**

Identifica il giorno in cui si conclude il PCA, effettuato direttamente dall'operatore o automaticamente dal sistema tramite la chiusura d'ufficio (180 giorni senza prestazioni).

Per i casi ancora in corso al 30/06 o 31/12 impostare automaticamente questo campo con data 30/06 o 31/12 e motivazione di chiusura "01. PCA ancora in corso al 30/06 o 31/12".

Per gli utenti che non hanno ricevuto nessuna prestazione da 180 giorni è necessario che la data della chiusura corrisponda alla data di erogazione dell'ultima prestazione e con motivazione di chiusura "09. PCA chiuso automaticamente dal sistema (180 gg senza prestazioni)".

Se motivazione chiusura PCA = 09 PCA chiuso automaticamente dal sistema (180 gg senza prestazioni) la data prestazione deve coincidere con la data chiusura PCA.

Nel caso di prodotti territoriali e semiresidenziali la differenza tra la data dell'ultima prestazione erogata e la data di chiusura PCA non deve superare 180 giorni.

Nel caso di prodotti residenziali/ricovero la differenza della data di chiusura del prodotto residenziale/ricovero e la data di chiusura PCA non deve superare 180 giorni.

Queste regole non si applicano per i pazienti con ricovero o trattamento residenziale in corso (vedi glossario).

*Codifica* :Scrivere nella forma: GGMMAAAA

### **Motivazione chiusura PCA**

Indica il motivo di chiusura del PCA o l'eventuale continuazione del percorso assistenziale.

La modalità di chiusura del PCA e la motivazione di chiusura del prodotto devono essere congruenti rispetto alla Tab. 4 Corrispondenza "Motivazione chiusura PCA" e "Motivazione di chiusura prodotto" del Glossario.

*Codifica*:

- 01 PCA ancora in corso al 30/06 o 31/12
- 02 Conclusione
- 03 Conclusione con rinvio a MMG per prosecuzione cure
- 04 Conclusione con invio ad altro servizio AUSL
- 05 Trasferimento a DSM-DP di altra AUSL
- 06 Abbandono / Drop-out da parte del paziente
- 07 Suicidio
- 08 Decesso
- 09 PCA chiuso automaticamente dal sistema (180 gg senza prestazioni)
- 10 Caso di non pertinenza psichiatrica
- 98 Altro
- 99 Non conosciuto/non rilevato

### **Tipo di rapporto con i servizi**

Descrive il rapporto con i servizi nel corso dell'anno per i pazienti con almeno un accesso.

Viene desunto dal sistema informatico, utilizzato e codificato in questi termini (vedi GLOSSARIO per il dettaglio sulle definizioni).

Se il Tipo di rapporto con il servizio = 01, 02 o 03 la Data di apertura PCA deve essere nell'anno di riferimento.

*Codifica*:

- 01 Nuovo caso assoluto
- 02 Reingresso, con Primo Contatto (PC) precedente
- 03 Reingresso, con presa in cura in precedenti PCA
- 04 Primo Contatto iniziato alla fine di anno precedente
- 05 Presa in cura iniziata in anno/anni precedenti

## SEZIONE III – DIAGNOSI

### Codice comune

**Azienda USL** nel cui territorio è ubicato il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze patologiche  
*Codifica:* Codice a 3 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

### Identificativo utente

Va riportato un codice per ogni utente all'interno dei Servizi Salute mentale adulti che lo identifica in maniera univoca.  
*Codifica:* AN 10

### Identificativo PCA

Riporta il codice identificativo del PCA univoco per utente all'interno dei Servizi Salute mentale adulti .  
*Codifica:* AN 20

### Identificativo diagnosi

Identifica il numero progressivo delle diagnosi attive nel corso dell'anno considerato (comunque l'ultimo aggiornamento disponibile), ordinate per data di formulazione.  
*Codifica:* Numerico di 3 cifre.

### Note:

Per ogni soggetto è possibile codificare più diagnosi. La diagnosi principale è obbligatoria e deve essere unica. Non è possibile inviare un record con una diagnosi secondaria in assenza di un record con la diagnosi principale. I codici di diagnosi uguali non possono essere ripetuti all'interno dello stesso PCA. L'unica eccezione dove si può non inviare un record con il codice diagnosi è nel prodotto "01. Primo contatto" aperto (Motivazione di chiusura prodotto = 01) o chiuso automaticamente dal sistema (Motivazione di chiusura prodotto = 07).

### Data diagnosi

Indicare la data della formulazione della diagnosi.  
Tale data può essere inferiore alla data di apertura del PCA nei casi in cui la diagnosi sia stata formulata nei PCA precedenti.  
*Codifica:* Scrivere nella forma: GGMMAAAA..

### Codice diagnosi

Utilizzare la codifica della Classificazione internazionale della malattie modificazione clinica versione italiana 2007 (ICD 9 CM 2007). E' necessario valorizzare questo campo con il maggior dettaglio a disposizione (categoria, sotto-categoria, sotto-classificazioni).

A partire dalle diagnosi formulate successivamente al 1/1/2014 è obbligatorio il maggior dettaglio possibile.

La diagnosi principale deve essere solo di tipo psichiatrico (da 290 a 319 Sistema di classificazione ICD 9 CM versione 2007).

Per i pazienti che non presentano diagnosi psichiatriche è necessario utilizzare i seguenti codici per la diagnosi principale:

- V40.x problemi psichici e di comportamento che non arrivano ad avere rilevanza clinica
- V69 per scopi amministrativi
- V71.0 Osservazione e valutazione per sospetto di malattia mentale (da utilizzare nelle situazione dei pazienti con valutazione e senza diagnosi psichiatriche)
- diagnosi di non pertinenza psichiatrica "799.9 Altre cause sconosciute e non specificate di morbosità o mortalità".

*Codifica:* Classificazione Internazionale delle malattie - ICD 9-CM.

### Rilevanza diagnosi

Indicare la rilevanza della diagnosi. Nel caso in cui il paziente abbia una diversa diagnosi formulata in SPDC e al CSM, sarà il CSM a definire la diagnosi principale.

*Codifica:*

- 1 Diagnosi principale
- 2 Altra diagnosi

## SEZIONE IV - PRODOTTI

### Codice comune

**Azienda USL** nel cui territorio è ubicato il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze patologiche  
*Codifica:* Codice a 3 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

### Identificativo utente

Va riportato un codice per ogni utente all'interno dei Servizi Salute mentale adulti che lo identifica in maniera univoca.  
*Codifica:* AN 10

### Identificativo PCA

Riporta il codice identificativo del PCA univoco per utente all'interno dei Servizi Salute mentale adulti .  
*Codifica:* AN 20

### Identificativo prodotto

Identifica il numero progressivo del prodotto erogato al paziente  
*Codifica:* Numerico di 3 cifre

### Nota:

Con il prodotto "01. Primo contatto" aperto non possono esserci altri prodotti.

### Tipo prodotto

Indica il tipo di prodotto erogato dal CSM/Ospedale.

Se il prodotto è "01. Primo contatto" non può durare più di 60 giorni.

*Codifica:*

- 01 Primo contatto PC (Accoglienza/Prima Visita/Consulenza)
- 02 Trattamento clinico psichiatrico
- 03 Trattamento psicoterapeutico
- 04 Trattamento semiresidenziale (day hospital territoriale)
- 05 Trattamento in centro diurno
- 06 Programma di formazione- transizione al lavoro
- 07 Trattamento socio-riabilitativo
- 08 Trattamento residenziale intensivo (RTI)
- 09 Trattamento in residenza terapeutico riabilitativa (RTR)
- 10 Trattamento socio-residenziale (attività erogata in gruppo appartamento, comunità alloggio)
- 11 Ricovero in SPDC e SPOI

Ogni prodotto da 1 a 7 deve essere valorizzato con almeno una prestazione nel corso dell'anno. Per i prodotti residenziali e i ricoveri **non devono essere inviate prestazioni**.

### Regione della struttura erogante

Identifica la regione nel cui territorio è ubicata la struttura residenziale.

Compilare solo per i pazienti inseriti in strutture residenziali fuori regione.

*Codifica:* Codice a 3 cifre (file TCOMNOS)

### Azienda USL della struttura erogante

Identifica l'Azienda USL nel cui territorio è ubicata la struttura residenziale e semiresidenziale.

E' obbligatoria per i pazienti inseriti in strutture residenziali e semi dentro Regione, non compilare per gli altri casi.

*Codifica:* Codice a 3 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

### Codice struttura erogante

Identifica la struttura residenziale, semiresidenziale o ospedaliera dove viene erogato il prodotto (04, 05, 08, 09 10, 11).

E' obbligatoria per i pazienti inseriti in strutture residenziali e semi dentro Regione, non compilare per gli altri casi.

Per il prodotto **04** inserire strutture semiresidenziali con codice STS11 e tipo assistenza S05 - Assistenza psichiatrica.

Per il prodotto **05** inserire:

- Codici di Strutture semiresidenziali STS11 e tipo assistenza:

- S05 - Assistenza psichiatrica
- S06 - Assistenza per tossicodipendenti
- S09 - Assistenza agli anziani
- S10 - Assistenza ai disabili fisici

S11 - Assistenza ai disabili psichici

- Codici di Strutture semiresidenziali presenti in "Anagrafe Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie, Sociali" (non appartenenti all'STS11).

Per il prodotto **08** inserire strutture residenziali con tipologia struttura RTI e RTIS, con codice STS11 e tipo assistenza S05 - Assistenza psichiatrica.

Per il prodotto **09** inserire strutture residenziali con tipologia RTR (RTP e RTSR), con codice STS11 e tipo assistenza S05 - Assistenza psichiatrica.

Per il prodotto residenziale **10** si possono inserire:

- Codici STS11 di strutture residenziali con i seguenti tipi assistenza:

S05 - Assistenza psichiatrica

S06 - Assistenza per tossicodipendenti

S09 - Assistenza agli anziani

S10 - Assistenza ai disabili fisici e

S11 - Assistenza ai disabili psichici

- Codici di Strutture residenziali presenti in "Anagrafe Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie, Sociali" (non appartenenti all'STS11) tra cui Appartamenti non soggetti ad autorizzazione.

Per il prodotto **11** inserire strutture ospedaliere con codice HSP11 che abbiano almeno un reparto di psichiatria (codice 40).

*Codifica:* Strutture residenziali e semi-residenziali, Ospedali presenti in Anagrafe regionale

#### **Data di inizio erogazione prodotto**

Identifica il giorno di inizio di erogazione del prodotto, **anche se risalente all'anno/anni precedenti**.

La data di inizio prodotto deve essere congruente con le date di apertura/chiusura PCA. La data di inizio erogazione deve essere congruente con la data di fine erogazione prodotto.

*Codifica:* Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

#### **Data di fine erogazione prodotto**

Identifica il giorno in cui si conclude l'erogazione del prodotto da parte del CSM/ospedale. Per i casi ancora in corso al 30/06 o 31/12 impostare anche questo campo con 30/06 o 31/12.

La data di fine prodotto deve essere congruente con le date di apertura/chiusura PCA. La data di fine erogazione deve essere congruente con la data di inizio erogazione prodotto.

Se il prodotto è "01. Primo contatto" non può durare più di 60 giorni.

*Codifica:* Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

#### **Motivazione di chiusura prodotto**

Individua il motivo di chiusura del prodotto e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale.

La codifica 01 deve essere congruente con la data di fine erogazione prodotto (30/06 o 31/12).

*Codifica:*

- 01 Prodotto ancora in corso al 30/06 o 31/12
- 02 Conclusione
- 03 Trasferimento
- 04 Abbandono
- 05 Suicidio
- 06 Decesso
- 07 Prodotto chiuso automaticamente dal sistema
- 08 Presa in cura condivisa con MMG (solo primo contatto)
- 09 Presa in cura specialistica (solo primo contatto)
- 98 Altro

## SEZIONE V – PRESTAZIONI

### Codice comune

**Azienda USL** nel cui territorio è ubicato il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze patologiche  
*Codifica:* Codice a 3 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

### Identificativo utente

Va riportato un codice per ogni utente all'interno dei Servizi Salute mentale adulti che lo identifica in maniera univoca.  
*Codifica:* AN 10

### Identificativo PCA

Riporta il codice identificativo del PCA univoco per utente all'interno dei Servizi Salute mentale adulti .  
*Codifica:* AN 20

### Identificativo prodotto

Identifica il numero progressivo del prodotto erogato al paziente  
*Codifica:* Numerico di 3 cifre

### Identificativo prestazione

Identifica il numero progressivo della prestazione all'interno del prodotto erogata al paziente  
*Codifica:* Numerico di 4 cifre

### Data prestazione

Identifica la data in cui è stata erogata la prestazione.

La data di prestazione deve essere congruente con le date di apertura/chiusura del prodotto e compresa nell'anno di riferimento.

*Codifica:* Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

### Tipo prestazione

Indica il tipo di prestazione erogata all'interno del prodotto.

*Codifica*

- 01 Colloquio/Visita individuale
- 02 Colloquio familiare
- 03 Colloquio di gruppo
- 04 Accertamento medico legale (o Certificazione)
- 05 Valutazione standardizzata (o Effettuazione di test psicodiagnostico )
- 06 Consulenza a MMG
- 07 Consulenza a Presidio ospedaliero
- 08 Consulenza a SerT
- 09 Consulenza a NPIA
- 10 Consulenza ad altri Servizi AUSL diversi da specificati
- 11 Somministrazione (orale o parenterale) farmaci
- 12 Erogazione farmaci
- 13 Fleboclisi
- 14 Accertamento Sanitario Obbligatorio
- 15 Predisposizione di Trattamento Sanitario Obbligatorio extraospedaliero
- 16 Predisposizione di Trattamento Sanitario Obbligatorio ospedaliero
- 17 Predisposizione / Facilitazione / Invio a trattamento residenziale e/o ricovero
- 18 Intervento informativo e psicoeducativo rivolto alla famiglia individuale
- 19 Intervento informativo e psicoeducativo rivolto alla famiglia di gruppo
- 20 Intervento informativo e psicoeducativo rivolto ai pazienti individuale
- 21 Intervento informativo e psicoeducativo rivolto ai pazienti di gruppo
- 22 Seduta di psicoterapia individuale
- 23 Seduta di psicoterapia di coppia
- 24 Seduta di psicoterapia familiare
- 25 Seduta di psicoterapia di gruppo
- 26 Intervento di supporto socio-assistenziale
- 27 Intervento di tipo espressivo o motorio o manuale individuale
- 28 Intervento di tipo espressivo o motorio o manuale di gruppo
- 29 Intervento di risocializzazione individuale
- 30 Intervento di risocializzazione di gruppo
- 31 Soggiorno o Vacanza individuale
- 32 Soggiorno o Vacanza di gruppo

- 33 Intervento riabilitativo sulle abilità di base individuale
- 34 Intervento riabilitativo sulle abilità di base di gruppo
- 35 Intervento di addestramento e formazione al lavoro
- 36 Intervento di rete
- 37 Intervento finalizzato alla soluzione di problemi amministrativi e sociali
- 38 Accoglimento informale inferiore a 4 ore
- 39 Accoglimento informale uguale o superiore a 4 ore
- 40 Discussione caso all'interno dell'équipe/UO
- 41 Discussione caso/comunicazione scritta con Servizi del DSM-DP
- 42 Discussione caso/comunicazione scritta con altri servizi AUSL
- 43 Colloquio al telefono di durata oltre i 15 minuti con familiari o persone significative
- 44 Discussione caso/ discussione scritta con sanitari come specialista privato (diversi dal MMG )
- 45 Assistenza sanitaria internistica
- 46 Invio referto al MMG tramite SOLE

#### **Modalità di erogazione della prestazione**

Il campo è richiesto dal flusso nazionale SISM. Indica la modalità della prestazione se è programmata (non urgente) o non programmata (urgente). Tutte le altre prestazioni "urgenti" (brevi, differite) o i liberi accessi dovranno essere considerate programmate.

Codifica:

- 1 Programmata
- 2 Non programmata

#### **Luogo di erogazione della prestazione**

Indica il luogo dove è stata erogata la prestazione

Codifica:

- 01 CSM
- 02 SPDC/SPOI
- 03 Ospedali Pubblici e Privati (pronto Soccorso e altri reparti)
- 04 Strutture residenziali psichiatriche (intensive, protrate e socio-riabilitative)
- 05 Strutture semiresidenziali psichiatriche (Centro Diurno e Day Hospital)
- 06 Altre strutture sanitarie e sociosanitarie
- 07 Carcere
- 08 OPG o Struttura di superamento OPG
- 09 Domicilio del paziente
- 10 Prestazione effettuata in contesti "non clinici" (scuola, lavoro, contesti sociali, ...)
- 11 Casa della salute/nuclei delle cure primarie
- 98 Altro luogo
- 99 Non noto/non risulta

#### **Qualifica professionale dell'operatore che ha erogato la prestazione**

Sono ammissibili fino a 4 opzioni di figure professionali per prestazione.

La prima qualifica professionale è obbligatoria.

Codifica:

- 01 Medico
- 02 Psicologo
- 03 Infermiere
- 04 Tecnico della riabilitazione psichiatrica o Educatore professionale
- 05 Assistente sociale
- 06 Operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA), Operatore sanitario (OS), Operatore socio-sanitario (OSS)
- 98 Altra figura professionale

## SEZIONE VI – PROGRAMMI E PERCORSI

### Codice comune

**Azienda USL** nel cui territorio è ubicato il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze patologiche  
*Codifica:* Codice a 3 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

### Identificativo utente

Va riportato un codice per ogni utente all'interno dei Servizi Salute mentale adulti che lo identifica in maniera univoca.  
*Codifica:* AN 10

### Identificativo PCA

Riporta il codice identificativo del PCA univoco per utente all'interno dei Servizi Salute mentale adulti .  
*Codifica:* AN 20

### Identificativo programmi e percorsi

Identifica il numero progressivo del programma nel corso dell'anno considerato  
*Codifica:* Numerico di 3 cifre.

### Nota:

Identifica i programmi o i percorsi terapeutico-assistenziali a rilevanza regionale in cui sono coinvolti specifiche tipologie di pazienti. Il tracciato rimane immutato, ma è possibile, su mandato regionale, inserire nuovi programmi/percorsi. Per ogni paziente è possibile specificare anche più di un programma/percorso.

Le date di programmi/percorsi non possono essere sovrapposte a parità di codice.

### Data inizio programma e percorso

Identifica la data in cui il paziente è stato inserito in uno specifico programma/percorso.  
*Codifica:* Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

### Data fine programma e percorso

Identifica la data in cui il paziente termina il programma/percorso.

Per i casi ancora in corso al 30/06 o 31/12 impostare automaticamente questo campo con data 30/06 o 31/12.

La data di fine/inizio devono essere congruenti.

*Codifica:* Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

### Tipologia programma e percorso

Identifica il programma/percorso in cui è stato inserito l'utente.

*Codifica:*

- 01 Percorso Disturbo del comportamento alimentare (DCA)
- 02 Percorso Esordi psicotici
- 03 Percorso Individual Placement Support (IPS)
- 04 Paziente Ex OP
- 05 Paziente ex OPG o Struttura di superamento OPG
- 06 Paziente sottoposto a misure di sicurezza
- 07 Paziente sottoposto ad altra misura giudiziaria
- 08 Budget di salute

## TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

I contenuti delle colonne sono:

### **Posizione**

Posizione del primo carattere e dell'ultimo carattere del campo nell'ambito del tracciato

### **Nome Campo**

Termine ufficiale che identifica il campo

### **Tipo**

Definisce il formato del campo:

AN = alfanumerico

N = numerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio". I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero"; le posizioni non utilizzate devono comunque essere impostate con il valore "zero".

### **Lunghezza**

Numero dei caratteri del campo

### **Grado di obbligatorietà**

Codice che identifica l'obbligatorietà o meno del campo.

OBB V: campo obbligatorio e vincolante. Se non valorizzato o valorizzato in modo errato il record viene scartato.

OBB: campo obbligatorio in determinate circostanze. Se valorizzato in modo errato il record viene scartato.

FAC: campo facoltativo. Se valorizzato in modo errato il record viene scartato.

### **Controlli logico formali**

Controlli a cui le schede sono sottoposte prima di entrare in banca dati. I controlli sono di 1° livello (scarto) e di 2° livello (segnalazioni).

Tutti i campi obbligatori vincolanti devono essere valorizzati e validi.

Tutti i campi obbligatori se valorizzati devono essere validi.

Tutti i campi Facoltativi se se valorizzati devono essere validi.

Il programma regionale dei controlli inoltre fornisce errori di 2° livello (segnalazioni), questi errori non producono scarto.

### **Tabelle di riferimento**

Tutte le tabelle utili al Flusso sono disponibili nel sito internet del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali:

[www.saluter.it/sisepts](http://www.saluter.it/sisepts) cliccando Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e successivamente Salute Mentale Adulti (SISM).



**Tracciato Sezione I (dati anagrafici )**

Pos.	NOME CAMPO	TIPO	LUN.	CONTROLLI LOGICO-FORMALI	GRADO DI OBB.
1-3	Codice dell'Azienda USL	AN	3	Valorizzato Valido	OBB V
4-13	Identificativo utente	AN	10	Valorizzato	OBB V
14-43	Cognome	AN	30	Valorizzato	OBB V
44-63	Nome	AN	20	Valorizzato	OBB V
64-79	Codice fiscale	AN	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RESIDENTI/DOMICILIATI IN ITALIA (italiani e stranieri): valorizzato valido congruente con comune di nascita se non cessato congruente con data nascita/sexo</li> <li>• NON RESIDENTI Se valorizzato Valido (Codice Fiscale, STP, PSU, ENI, AS).</li> </ul>	OBB
80-87	Data di nascita	AN	8	Formato: ggmmaaaa Valorizzato Formalmente valido Congruente con codice fiscale	OBB V
88-88	Genere	AN	1	Valorizzato Valido Congruente con codice fiscale	OBB V
89-94	Comune di nascita	AN	6	Valorizzato se cessato impostare con codice ISTAT della Tab.TCOMNOS, qualora non fosse presente il codice ISTAT mettere 000000 Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri Valido Congruente con codice fiscale	OBB V
95-100	Comune di residenza	AN	6	Valorizzato Valido e attivo Per i residenti in Italia, codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS).	OBB V
101-103	Cittadinanza	AN	3	Valorizzato Valido	OBB V
104-105	Titolo di studio	AN	2	Valorizzato Valido	OBB V
106-107	Stato civile	AN	2	Valorizzato Valido	OBB V
108-109	Condizione professionale	AN	2	Valorizzato Valido	OBB V
110-111	Situazione abitativa	AN	2	Valorizzato Valido	OBB V
112-127	Identificativo MMG	AN	16	Codice fiscale Medico Medicina Generale Se valorizzato Valido	FAC
128-135	Data prima prestazione assoluta	AN	8	Formato: ggmmaaaa Valorizzato Formalmente valido Se tipo rapporto servizi=01 Data prima prestazione assoluto=Data di apertura del PCA Se tipo rapporto servizi <>01 Data prima prestazione assoluto <Data di apertura del PCA	OBB V
136-150	FILLER	AN	15	Impostare a spazi	

**Tracciato Sezione II (PCA processo clinico assistenziale)**

Pos.	NOME CAMPO	TIPO	LUN.	CONTROLLI LOGICO-FORMALI	GRADO DI OBB
1-3	Codice dell'Azienda USL	AN	3	Valorizzato Valido	OBB V
4-13	Identificativo utente	AN	10	Valorizzato	OBB V
14-33	Identificativo PCA	AN	20	Valorizzato	OBB V
34-41	Codice struttura	AN	8	Valorizzato Valido Congruente con l'Azienda USL	OBB V
42-49	Data prenotazione prima visita (T0)	AN	8	Se data apertura PCA compresa nell'anno di riferimento e Se tipo struttura prima visita=01 Valorizzato Formato: ggmmaaaa Formalmente valido Data richiesta prima visita <= data di apertura PCA	OBB
50-51	Tipo struttura erogazione prima visita	AN	2	Se data apertura PCA compresa nell'anno di riferimento Valorizzato Valido Se codice struttura è un HSP11 tipo struttura = 02 o 03	OBB
52-59	Data apertura PCA (T1)	AN	8	Formato: ggmmaaaa Valorizzato Formalmente valido Data apertura PCA <=data di chiusura del PCA Data apertura PCA > alla data di nascita	OBBV
60-61	Inviante	AN	2	Se tipo rapporto = 01, 02 o 03 Valorizzato Valido	OBB
62-69	Data chiusura PCA	AN	8	Formato: ggmmaaaa Valorizzato Formalmente valido Per i prodotti territoriali e semiresidenziali: se motivazione chiusura PCA = 09 data ultima prestazione erogata = data chiusura PCA data di chiusura PCA - data ultima prestazione erogata < 180 giorni. Per i prodotti residenziali/ricovero: data di chiusura PCA – data chiusura prodotto < 180 giorni.	OBBV
70-71	Motivazione chiusura PCA	AN	2	Valorizzato Valido Modalità chiusura del PCA e motivazione chiusura del prodotto devono essere congruenti rispetto alla Tab. 4 del Glossario	OBBV
72-73	Tipo rapporto con i servizi	AN	2	Valorizzato Valido Se tipo rapporto =01, 02 o 03 data apertura PCA nell'anno di riferimento	OBBV
74-90	FILLER	AN	17	Impostare a spazi	

**Tracciato Sezione III (Diagnosi)**

Pos.	NOME CAMPO	TIPO	LUN.	CONTROLLI LOGICO-FORMALI	GRADO DI OBB
1-3	Codice dell'Azienda USL	AN	3	Valorizzato Valido	OBB V
4-13	Identificativo utente	AN	10	Valorizzato	OBB V
14-33	Identificativo PCA	AN	20	Valorizzato	OBB V
34-36	Identificativo diagnosi	AN	3	Valorizzato	OBB V
37-44	Data Diagnosi	AN	8	Formato: gmmaaaa Valorizzato Formalmente valido Nei casi in cui la diagnosi sia stata formulata nei PCA precedenti data diagnosi può essere < data di apertura del PCA	OBB V
45-49	Codice diagnosi	AN	5	Valorizzato Valido Si accettano anche i codici con la sola categoria pur avendo il dettaglio della sottocategoria e/o sottoclassificazione. A partire dalle diagnosi formulate dopo il 1/1/2014 è obbligatorio dare il maggior dettaglio possibile. Codici <> all'interno dello stesso PCA Se rilevanza=1 Codici da 290 a 319 V40.x -V69-V71.0-799.9	OBB V
50-50	Rilevanza diagnosi	AN	1	Valorizzato Valido	OBB V
51-60	FILLER	AN	10	Impostare a spazi	

**Tracciato Sezione IV (Prodotti)**

Pos.	NOME CAMPO	TIPO	LUN.	CONTROLLI LOGICO-FORMALI	GRADO DI OBB
1-3	Codice dell'Azienda USL	AN	3	Valorizzato Valido	OBB V
4-13	Identificativo utente	AN	10	Valorizzato	OBB V
14-33	Identificativo PCA	AN	20	Valorizzato	OBB V
34-36	Identificativo prodotto	N	3	Valorizzato	OBB V
37-38	Tipo Prodotto	AN	2	Valorizzato Valido Se tipo prodotto = 01 aperto, non sono possibili altri prodotti in contemporanea.	OBB V
39-41	Regione della struttura erogante	AN	3	Se Tipo prodotto = 04, 05, 08, 09, 10, 11 e struttura extra RER valorizzato Valido	OBB
42-44	Azienda USL della struttura erogante	AN	3	Se Tipo prodotto = 04, 05, 08, 09, 10, 11 e struttura intra RER valorizzato Valido	OBB

45-52	Codice struttura erogante	AN	8	<p>Se tipo prodotto = 04          Valorizzato          Valido e presente          Flussi Ministeriali Modello STS 11 di strutture semiresidenziali e tipo assistenza S05</p> <p>Se tipo prodotto = 05          Valorizzato          Valido e presente          - Flussi Ministeriali Modello STS 11 di strutture semiresidenziali e tipo assistenza: S05, S06, S09, S10, S11          - Codici di Strutture semi-residenziali presenti in "Anagrafe Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie, Sociali" (non appartenenti all"STS11)</p> <p>Se tipo prodotto = 08          Valorizzato          Valido e presente          Flussi Ministeriali Modello STS 11 di strutture residenziali e tipo assistenza S05 con tipologia struttura RTI e RTIS.</p> <p>Se tipo prodotto = 09          Valorizzato          Valido e presente          Flussi Ministeriali Modello STS 11 di strutture residenziali e tipo assistenza S05 con tipologia struttura RTR (RTP e RTSR).</p> <p>Se tipo prodotto = 10          Valorizzato          Valido e presente          - Flussi Ministeriali Modello STS 11 di strutture residenziali e tipo assistenza S05, S06, S09, S10, S11          - Strutture non presenti STS11 ma presenti in Anagrafe regionale tra cui Appartamenti non soggetti ad autorizzazione</p> <p>Se tipo prodotto = 11          Valorizzato          Valido e presente          Flussi Ministeriali Modello HSP 11 con codice disciplina 040</p>	OBB
53-60	Data inizio erogazione	AN	8	<p>Formato: ggmmaaaa          Valorizzato          Formalmente valido          Data di inizio prodotto deve essere congruente con le date di apertura/chiusura PCA.          Data di inizio erogazione deve essere congruente con la data di fine erogazione prodotto.</p>	OBB V
61-68	Data fine erogazione	AN	8	<p>Formato: ggmmaaaa          Valorizzato          Formalmente valido          Data di fine prodotto deve essere congruente con le date di apertura/chiusura PCA.          Data di fine erogazione deve essere congruente con la data di inizio erogazione prodotto.          Se tipo prodotto =01, data fine – data inizio &lt;=60 giorni.</p>	OBB V

69-70	Motivazione chiusura prodotto	AN	2	<p>Valorizzato</p> <p>Valido</p> <p>Modalità chiusura del PCA e motivazione chiusura del prodotto devono essere congruenti rispetto alla Tab. 4 del Glossario</p> <p>Modalità di chiusura = 08 o 09 solo con tipo prodotto = 01.</p> <p>Motivazione chiusura prodotto = 01, congruente con data fine erogazione prodotto.</p>	OBB V
71-90	FILLER	AN	20	Impostare a spazi	

**Tracciato Sezione V (Prestazioni)**

Pos.	NOME CAMPO	TIPO	LUN.	CONTROLLI LOGICO-FORMALI	GRADO DI OBB
1-3	Codice dell'Azienda USL	AN	3	Valorizzato Valido	OBB V
4-13	Identificativo utente	AN	10	Valorizzato	OBB V
14-33	Identificativo PCA	AN	20	Valorizzato	OBB V
34-36	Identificativo prodotto	N	3	Valorizzato	OBB V
37-40	Identificativo prestazione	N	4	Valorizzato	OBB V
41-48	Data prestazione	AN	8	Formato: ggmmaaaa Valorizzato Formalmente valido Data di prestazione deve essere congruente con le date di apertura/chiusura del prodotto e compresa nell'anno di riferimento	OBB V
49-50	Tipo prestazione	AN	2	Valorizzato Valido	OBB V
51-51	Modalità erogazione prestazione	AN	1	Valorizzato Valido	OBB V
52-53	Luogo	AN	2	Valorizzato Valido	OBB V
54-55	Operatore 1	AN	2	Valorizzato	OBB V
56-57	Operatore 2	AN	2	Valido	OBB
58-59	Operatore 3	AN	2	Almeno l'operatore 1 deve essere valorizzato	OBB
60-61	Operatore 4	AN	2		OBB
62-80	FILLER	AN	19	Impostare a spazi	

**Tracciato Sezione VI (Programmi e percorsi)**

Pos.	NOME CAMPO	TIPO	LUN.	CONTROLLI LOGICO-FORMALI	GRADO DI OBB
1-3	Codice dell'Azienda USL	AN	3	Valorizzato Valido	OBB V
4-13	Identificativo utente	AN	10	Valorizzato	OBB V
14-33	Identificativo PCA	AN	20	Valorizzato	OBB V
34-36	Identificativo programmi e percorsi	N	3	Valorizzato	OBB V
37-44	Data inizio programma	AN	8	Formato: ggmmaaaa Valorizzato Formalmente valido Data di fine/inizio devono essere congruenti. Date di programmi/percorsi non possono essere sovrapposte a parità di codice.	OBB V
45-52	Data fine programma	AN	8	Formato: ggmmaaaa Valorizzato Formalmente valido Data di fine/inizio devono essere congruenti	OBB V
53-54	Tipologia programma	AN	2	Valorizzato Valido	OBB V
55-70	FILLER	AN	16	Impostare a spazi	

## MODALITA' PER L'INVIO E SCADENZE

Tutte le Aziende dovranno trasmettere i file tramite un applicativo nel portale web del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali [www.saluter.it/sisepts](http://www.saluter.it/sisepts) cliccando Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e successivamente Salute Mentale Adulti (SISM).

La gestione del flusso si articola in due fasi fondamentali: Elaborazione file e Ritorno informativo

Ogni azienda USL invia i file (INVIO FILE) da sottomettere al programma regionale dei controlli (SIMULAZIONE), verifica l'esito dell'elaborazione, corregge gli eventuali errori e segnalazioni e successivamente invia i dati definitivi (CONSOLIDAMENTO).

L'Azienda sanitaria può richiedere la creazione di due utenze per la gestione del flusso informativo. L'utenza deve essere nominativa, cioè ad essa deve essere collegata una specifica persona, con la propria e-mail individuale e non può in nessun caso corrispondere ad una funzione (DLgs 196/2003).

La richiesta va indirizzata al Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche Sociali (e-mail [glanciotti@regione.emilia-romagna.it](mailto:glanciotti@regione.emilia-romagna.it)) indicando per ciascun nominativo: nome, cognome, e-mail e telefono.

### CALENDARIO DEGLI INVII

N° invio	Scadenze	Dati
1° invio	Entro il 31 Luglio	1° Semestre
2° invio	Entro il 15 Febbraio	Tutto l'anno

I dati del 1° semestre 2013 saranno trasmessi con il tracciato e le specifiche della circolare 4/2005, mentre **a partire dal 2 invio 2013 saranno applicati i tracciati e i controlli della seguente circolare.**

### RITORNO INFORMATIVO

Ogni semestre, dopo il consolidamento effettuato dall'Azienda USL, vengono messi a disposizione sul portale web del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali i seguenti tipi di file:

- Statistiche riepilogative del caricamento e diagnostica scarti e segnalazioni
- Scarti
- Segnalazioni

Il tracciato degli scarti e delle segnalazioni è lo stesso ed è il seguente:

	POSIZIONE	TIPO	LUN
Tipo File	1-1	AN	1
Codice dell'Azienda USL	2-4	AN	3
Identificativo utente	5-14	AN	10
Identificativo PCA	15-34	AN	20
Identificativo prodotto	35-37	N	3
Identificativo prestazione	38-41	N	4
Identificativo diagnosi	42-44	N	3
Identificativo Programmi/Percorsi	45-47	N	3
Codice errore	48-51	AN	4
Descrizione	52-121	AN	60
Posizione campo	122-124	N	3
Filler	125-130	AN	6

Il Tipo File individua:

A = Sezione anagrafica

C = PCA

P = Sezione prodotti

R = Sezione prestazioni

D = Diagnosi

G = Programmi



## REFERENTI REGIONALI

Direzione generale sanità e politiche sociali	
<b>Servizio Salute mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri</b>	<b>Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche Sociali</b>
Alessio Saponaro	Giuseppina Lanciotti
Tel. 051 527 7478	Tel. 051 527 7428
asaponaro@regione.emilia-romagna.it	glanciotti@regione.emilia-romagna.it
Viale Aldo Moro 21, 40127 Bologna	Viale Aldo Moro 21, 40127 Bologna

**Salute Mentale, Dipendenze Patologiche,  
Salute nelle carceri**

Mila Ferri



**Servizio Sistema Informativo  
Sanità e Politiche Sociali Servizio**

Eleonora Verdini

