

IL DIRETTORE GENERALE ALLA SANITÀ E
ALLE POLITICHE SOCIALI

MARIELLA MARTINI

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2011. 0195157

del 08/08/2011

00000374-SERV.SISTEMA INFORMATIVO SANITA' E POLITICHE S



CIRCOLARE N. *13*

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori Amministrativi
Ai Direttori di Distretto
Ai Responsabili dei Dipartimenti Cure Primarie
Ai Responsabili del Sistema Informativo-informatico
Ai Responsabili aziendali dei Consultori familiari
Ai Responsabili distrettuali dei Consultori familiari

e p.c
Ai Referenti informativi della specialistica ambulatoriale
Ai Referenti dell'Anagrafe regionale delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie

delle Aziende USL
della Regione Emilia-Romagna

LORO SEDI

Oggetto: Specifiche tecniche per l'attivazione del Sistema Informativo Consulteri - SICO

Nell'ambito della rete delle cure primarie i Consulteri familiari, insieme agli Spazi giovani e agli Spazi donne e bambini immigrati, costituiscono un importante punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione, e rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al servizio sanitario per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con riferimento in particolare alla popolazione straniera. Punti di forza peculiari dei servizi consultoriali sono la multidisciplinarietà, il lavoro di equipe, la diffusione sul territorio, la collaborazione con altri servizi o istituzioni locali, l'accesso libero e la gratuità del servizio per molte prestazioni, caratteristiche finalizzate tra l'altro a garantire equità d'accesso e continuità della presa in carico, come ribadito anche dal Piano sociale e sanitario 2008-2010 della Regione.

L'Emilia-Romagna, in base ai dati forniti dal Ministero della Salute, è la regione in Italia con il maggior numero assoluto di consulteri e una tra quelle con il maggior rapporto tra numero di consulteri e popolazione residente.

In Regione Emilia-Romagna sono rilevati fin dal 1993 dati di attività dei Consulteri familiari in forma aggregata tramite schede cartacee. La costruzione del nuovo sistema informativo consulteri - SICO - nasce dall'esigenza di disporre di un sistema di dati informatizzati, su base individuale, che consenta di monitorare in modo più puntuale l'attività dei servizi consultoriali e di caratterizzarne meglio l'utenza. La raccolta dei dati identificativi degli utenti potrà consentire inoltre, nel rispetto delle attuali norme vigenti sulla privacy, l'integrazione con le altre banche dati sanitarie e la ricostruzione dei percorsi

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7162
fax 051.527.7056

dgsan@regione.emilia-romagna.it
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

assistenziali, fornendo informazioni utili, oltre ad analisi finalizzate alla valutazione, programmazione e gestione dei servizi consultoriali, ad analisi epidemiologiche .

La rilevazione informatizzata dell'attività consultoriale potrà essere un utile strumento per individuare eventuali criticità nei percorsi di assistenza, disuguaglianza nell'accesso ai servizi e per comparare le diverse realtà ai fini del miglioramento del servizio.

La progettazione di questo sistema informativo è iniziata ormai da vari mesi: è stato fatto un percorso che ha coinvolto i referenti dei consultori per valutare la fattibilità del progetto, in collaborazione con un gruppo ristretto di professionisti del sistema informativo aziendale e dei consultori familiari; particolare attenzione è stata rivolta al sistema di classificazione delle prestazioni, poiché siamo in assenza di un nomenclatore specifico di riferimento nazionale.

Per quanto riguarda la possibilità di integrazione tra flusso SICO e flusso ASA, esaminata al fine di evitare di rilevare in doppio le prestazioni specialistiche erogate in consultorio, occorre una valutazione più approfondita in considerazione dei forti vincoli che la rilevazione ASA ha nei confronti del livello nazionale, legati a mobilità e monitoraggio della spesa sanitaria. Di conseguenza, nella prima fase la nuova rilevazione si collocherà in parallelo alla rilevazione ASA, con l'impegno però da parte della Regione di studiare la fattibilità di tale integrazione.

L'eterogeneità delle prestazioni erogate dai servizi consultoriali, rivolte a singoli o a coppie come le visite e prestazioni specialistiche o altre prestazioni erogate dall'ostetrica, ma comprendenti anche incontri o corsi di educazione sanitaria, ha reso necessario affiancare alla rilevazione di dati individuali una rilevazione relativa alle prestazioni erogate a gruppi di utenti che non prevede la raccolta dei dati dei singoli individui.

La stesura finale ha tenuto conto anche dei contenuti di due nuove Deliberazioni di Giunta in corso di adozione: una finalizzata alla modifica e integrazione del Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, l'altra relativa alla presa in carico da parte dell'ostetrica della gravidanza a basso rischio in regime di Day service ambulatoriale.

Si trasmettono in allegato le specifiche tecniche per l'attivazione del Sistema Informativo regionale Consultori (SICO): il flusso dati si avvia a partire dal 2° semestre 2011 con cadenza trimestrale.

Si ringrazia fin da ora per la collaborazione.

Distinti saluti



Mariella Martini

SERVIZIO SISTEMA INFORMATIVO SANITÀ
E POLITICHE SOCIALILA RESPONSABILE
ELEONORA VERDINISERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA GENERALE,
PIANIFICAZIONE E SVILUPPO DEI SERVIZI SANITARIIL RESPONSABILE
ANTONIO BRAMBILLA

DISCIPLINARE TECNICO

Specifiche tecniche per l'attivazione del Sistema Informativo dei Consulori familiari (SICO)

Il presente Disciplinare tecnico è costituito dai seguenti punti:

1. Ambito di applicazione e informazioni oggetto di rilevazione
2. Tracciato record
3. Codifica delle variabili e note di compilazione
4. Tempi e modalità di trasmissione dei dati
5. Controlli e ritorno informativo
6. Referenti aziendali e utenza al portale di gestione del flusso informativo
7. Referenti regionali

1. Ambito di applicazione e informazioni oggetto di rilevazione

Il Sistema Informativo Consulori (SICO) intende monitorare l'attività e le caratteristiche dell'utenza dei consulori familiari pubblici presenti sul territorio regionale, sostituendo e modificando l'attuale rilevazione cartacea gestita dal Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari della Regione Emilia-Romagna, a partire dall'attività del 1° luglio 2011. La sostituzione di una rilevazione di dati aggregati con una rilevazione di dati individuali, identificativi degli utenti, oltre a permettere analisi più dettagliate, renderà possibile la ricostruzione dei percorsi di cura degli utenti e il collegamento ad altre banche dati sanitarie o socio-sanitarie.

I servizi oggetto della rilevazione comprendono, oltre ai *Consulori familiari* propriamente detti, gli *Spazi giovani* e gli *Spazi donne e bambini immigrati* (chiamati di seguito tutti servizi consultoriali), così come definiti nel glossario in Allegato 3. Non vengono rilevate con la presente rilevazione le attività di consultorio pediatrico, comprese le prestazioni pediatriche erogate presso gli Spazi donne e bambini immigrati.

Ai fini dell'identificazione delle strutture consultoriali si fa riferimento ai dati contenuti nell'Anagrafe delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione Emilia-Romagna, in particolare alle strutture che come tipologia di assistenza erogata (modello STS11) hanno S04 - attività di consultorio familiare – e come tipologia di struttura Consultorio familiare, Consultorio giovani o Consultorio per le famiglie immigrate.

A tal fine si invitano le Aziende USL a verificare e aggiornare, ove necessario, i dati contenuti nell'Anagrafe delle Strutture, in collaborazione con i referenti regionali della stessa.

La periodicità del flusso informativo sarà trimestrale in base alla scadenze riportate al punto 4.1.

Le informazioni raccolte con il flusso informativo sono riconducibili alle seguenti tipologie:

- rilevazione dati individuali - informazioni sull'utente (**file A**);
- rilevazione dati individuali - prestazioni (**file B**);
- rilevazione prestazioni erogate a gruppi di utenti (**file C**).

I record A e i record B sono uniti in corrispondenza 1 : n tramite una chiave univoca che collega ad ogni accesso di un utente le corrispondenti prestazioni erogate.

Le prestazioni consultoriali vengono definite in base alla valorizzazione di più variabili: Codice della prestazione, Area di attività ed eventuale Sottoarea, Tipo di operatore, Tipo di utente e Sede della prestazione (vedi Allegato 1).

In particolare le Aree di attività previste sono:

- Nascita (gravidanza – puerperio)
- IVG
- Controllo della fertilità
- Menopausa
- Ginecologia/Andrologia
- Prevenzione oncologica/oncologia
- Sterilità
- Alimentazione
- Problematiche psico-relazionali
- Sessuologia
- Adozione/affido
- Altro

Le prestazioni rivolte a utenti singoli o a coppie/famiglie andranno rilevate singolarmente e inviate come record individuali, separando le informazioni sull'utente (file A) dalle informazioni sulla prestazione (file B). Nei casi in cui l'utenza che usufruisce della prestazione sia costituita da una coppia o famiglia, nel file A andranno rilevate le informazioni relative ad un solo componente della coppia/famiglia, preferibilmente quello a cui è prevalentemente rivolta la prestazione.

Le prestazioni che come tipologia di utenti hanno gruppi di persone (es. educazione sessuale a ragazzi, corsi pre-parto, ecc), indipendentemente dall'Area di attività, vanno invece inviate utilizzando il file C. Per questa tipologia di prestazioni non si ritiene infatti necessaria la rilevazione dei dati individuali dei singoli utenti coinvolti, ma si ritiene comunque necessario rilevare le singole prestazioni, monitorando informazioni specifiche.

Ai fini della predisposizione dei file da inviare alla Regione, le Aziende dovranno utilizzare i tracciati record illustrati al punto 2 del presente documento, le specifiche sulle codifiche delle variabili riportate al punto 3, le codifiche necessarie a definire le prestazioni consultoriali riportate in Allegato 1 e la tabella di compatibilità di valorizzazione delle variabili riportata in Allegato 2.

Le prestazioni riportate nell'elenco dell'Allegato 1 (e analogamente nell'Allegato 2) comprendono sia prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale previste dal relativo Nomenclatore tariffario regionale (con recepimento degli aggiornamenti contenuti nella Deliberazione di Giunta regionale prot. GPG/2011/1173 in corso di adozione), che prestazioni specifiche dell'assistenza consultoriale, non contemplate dal succitato Nomenclatore. Per le prime il codice della prestazione, utilizzato ai fini del presente flusso informativo, analogamente al flusso informativo ASA (Assistenza Specialistica Ambulatoriale), è quello riportato nel citato Nomenclatore tariffario, per le seconde si è creato un codice ad hoc caratterizzato dal suffisso EN (extra-nomenclatore).

Ai fini della prescrizione/prenotazione/refertazione si farà riferimento, ove previsto, al catalogo SOLE i cui codici trovano corrispondenza, per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, nei codici del Nomenclatore tariffario. Nel catalogo SOLE non sono invece attualmente presenti le prestazioni specifiche dell'assistenza consultoriale.

Si sottolinea che le prestazioni riportate nell'Allegato 1 sono quelle individuate come peculiari dell'attività dei servizi consultoriali e potrebbero quindi non essere pienamente esaustive di tutte le prestazioni che vengono erogate effettivamente dai servizi stessi. Per questo motivo nell'elenco è stata inserita la voce "altra prestazione prevista da Nomenclatore tariffario", che permette l'invio di ulteriori prestazioni per le quali andrà specificato il codice corrispondente.

Si rimanda al glossario in Allegato 3 per specifiche di chiarimento sulle prestazioni.

L'avvio della rilevazione SICO comporterà la rilevazione in doppio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nei consultori, andrà pertanto valutata, dopo due o tre anni dall'avvio della presente rilevazione, la possibilità di alimentare il dato ASA tramite la rilevazione SICO. Tenuto conto delle diverse finalità dei due flussi informativi e del fatto che tramite il flusso ASA viene garantita la disponibilità di informazioni strategiche ai fini sia dell'adempimento verso il Ministero dell'Economia e Finanze ai sensi dell'art. 50 della Legge 326/2003 per il monitoraggio della spesa sanitaria, sia della compensazione finanziaria della mobilità sanitaria, tale periodo di tempo è necessario per valutare, con la collaborazione delle Aziende, la fattibilità di questa integrazione e le modifiche conseguenti.

Le Aziende dovranno pertanto curare la coerenza dei dati inviati con il file B del flusso SICO (dati su prestazioni erogate) con quelli rilevati tramite il flusso informativo ASA, per quanto riguarda le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Nel periodo che andrà dall'attivazione del flusso SICO all'entrata in vigore della deliberazione di aggiornamento del Nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale i controlli applicati sui dati inviati non comporteranno lo scarto dei record in caso di utilizzo di codici di prestazione modificati dalla nuova delibera.

2. Tracciato record

2.1. Avvertenze generali

Le 3 tipologie di file (A, B, C) che costituiscono il debito informativo dell'Azienda nei confronti della Regione, vanno costruite in base ai seguenti criteri (in base alla diversa unità di rilevazione):

- **file A:** va creato un record A per ogni accesso di utente (singolo o coppia/famiglia) al servizio consultoriale;
- **file B:** va creato un record B per ogni singola prestazione (o ciclo di prestazioni) erogata ad utente singolo o coppia/famiglia;
- **file C:** va creato un record C per ogni prestazione (o ciclo di prestazioni) erogata a gruppi di utenti (educazione sanitaria o altro).

Nella rilevazione di dati individuali (file A e B), i dati anagrafici relativi agli utenti (contenuti nel file A) vengono inviati separatamente dai dati delle prestazioni di cui gli stessi hanno usufruito (file B), al fine sia di garantire il rispetto delle regole relative alla "privacy" e alla sicurezza dei dati sensibili (legge 196/2003 e succ. mod.), sia di individuare i singoli accessi degli utenti al servizio consultoriale, anche nel caso di più prestazioni nell'ambito di un accesso.

La corrispondenza tra record A e record B è di 1 : n (uno a enne), in quanto ad ogni accesso di un utente possono corrispondere una o più prestazioni. La chiave univoca che unisce i record delle tabelle A e B riferite allo stesso accesso è composta dai campi: *Azienda USL, Codice consultorio, Anno di riferimento, Progressivo accesso*.

In caso di prestazione costituita da più incontri erogata ad un utente singolo o ad una coppia/famiglia (es. ciclo terapeutico o di riabilitazione), va compilato un unico record A (un accesso) e un corrispondente record B, con indicazione negli appositi campi delle date di inizio e fine ciclo (data di erogazione della prestazione e data di chiusura) e della quantità di incontri effettuati.

Analogamente in caso di prestazione costituita da più incontri erogata ad un gruppo di utenti (es. corso di preparazione alla nascita), va compilato un unico record C, con indicazione negli appositi campi delle date di inizio e fine ciclo (data di erogazione della prestazione e data di chiusura) e della quantità di incontri effettuati.

In entrambi i casi, quando trattasi di prestazioni che iniziano in un trimestre e finiscono in uno successivo, anche a cavallo fra un anno e l'altro, i record vanno inseriti nell'invio relativo al trimestre/anno in cui si conclude la prestazione.

Relativamente al Day service ambulatoriale (es. per la presa in carico della gravidanza) andranno rilevati i diversi accessi (diversi record A), nell'ambito delle Sottoaree 013 (Gravidanza – DSA a gestione dell'ostetrica) e 014 (Gravidanza – DSA a gestione dello specialista), indicando nel file B le prestazioni erogate.

Nelle pagine seguenti sono riportati i tracciati record di ognuno dei 3 file. Per ogni tracciato record sono presenti le seguenti colonne:

Posizione (Pos.):	Posizione del primo carattere del campo nell'ambito del tracciato del file.
Campo:	Nome del campo (i campi che costituiscono la chiave univoca del record sono in neretto).
Tipo:	Formato del campo: i campi di tipo "AN" sono alfanumerici e devono essere allineati a sinistra; i campi di tipo "N" sono numeri interi positivi e devono essere allineati a destra.
Lunghezza (Lung.):	Numero dei caratteri del campo.
Vincolo:	Grado di obbligatorietà come definito al punto 2.2.
Note compilazione:	Note relative alla valorizzazione del campo.
Controlli:	Descrizione sintetica dei controlli scartanti effettuati sulle singole variabili.

I byte non utilizzati, sia per i campi alfanumerici che per quelli numerici devono essere riempiti con spazi.

2.2 Grado di obbligatorietà delle informazioni e livello di controllo

L'obbligatorietà delle informazioni contenute nel tracciato record è graduata come segue:

TIPO VINCOLO	GRADO DI OBBLIGATORIETÀ
OBB V	Campo obbligatorio e vincolante. Se non valorizzato o valorizzato in modo errato, il record non può essere caricato nella banca dati regionale (livello di controllo scartante).
OBB	Campo obbligatorio in determinate condizioni (obbligatorietà condizionata). Se non valorizzato, quando previsto, o valorizzato in modo errato, il record non può essere caricato nella banca dati regionale (livello di controllo scartante).
FAC	Campo facoltativo. Se non valorizzato il controllo da origine ad una segnalazione (livello di controllo informativo), se valorizzato in modo errato il record non può essere caricato nella banca dati regionale (livello di controllo scartante).

I campi con vincolo OBB o FAC, in caso di mancata risposta al quesito corrispondente, devono essere riempiti con spazi, sia che si tratti di campi numerici che alfanumerici (non con "0" onde evitare possibili ambiguità per quelle variabili in cui lo zero è uno dei valori ammessi).

Lo scarto di un record A comporta anche lo scarto del/dei corrispondente/i record B e viceversa.

Al fine di agevolare per le Aziende l'avvio del flusso informativo, nella logica di un'attivazione graduale dello stesso, si è deciso di lasciare per ora un certo numero di campi con vincolo facoltativo, riservandosi di variarne il vincolo quando la rilevazione si potrà considerare a regime.

2.4 Tracciato File A (rilevazione dati individuali – informazioni sull'utente)

Pos.	CAMPO	TIPO	LUNG.	VINCOLO	NOTE DI COMPILAZIONE	CONTROLLI
1	AZIENDA USL	AN	3	OBB V	Codice dell'Azienda USL di appartenenza del consultorio.	VALORIZZATO VALIDO
4	CODICE CONSULTORIO	AN	6	OBB V	Codice della Struttura in base ad Anagrafe regionale Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie.	VALORIZZATO VALIDO E COERENTE CON CAMPO PRECEDENTE
10	ANNO DI RIFERIMENTO	AN	4	OBB V	Anno di riferimento dei dati. Formato a 4 cifre.	VALORIZZATO VALIDO E COERENTE CON L'INVIO
14	PROGRESSIVO ACCESSO	N	6	OBB V	Numero progressivo univoco all'interno dell'anno e del Codice consultorio, composto da 6 cifre.	VALORIZZATO NUMERICO ≠ 0 UNIVOCO NELL'ANNO E CONSULTORIO
20	POSIZIONE CONTABILE	AN	1	OBB V	Codifica relativa al tipo di operazione da eseguire sul record. Da porre =1 per tutti i record del 1° invio. Per invii successivi, valorizzare: 1. inserimento 2. integrazione 3. correzione 4. eliminazione	VALORIZZATO VALIDO SE 1° INVIO DEVE ESSERE =1, SE 5° INVIO DEVE ESSERE ≠1 SE 1 O 2, RECORD NON PRESENTE IN BANCA DATI SE 3 O 4, RECORD GIA' PRESENTE IN BANCA DATI SE 2, 3 O 4 RECORD RIFERITO A TRIMESTRE PRECEDENTE A QUELLO DI INVIO
21	CODICE FISCALE	AN	16	OBB	Codice fiscale oppure codice STP o ENI o PSU (per stranieri temporaneamente presenti). Obbligatorio per residenti in Italia. Il campo non va valorizzato in caso di prestazioni dell'Area di attività 02 (IVG).	VALORIZZATO OVE PREVISTO VALIDO SE STP O ENI o PSU, COERENTE CON RESIDENZA E CITTADINANZA
37	SESSO	AN	1	OBB V	1. maschio 2. femmina	VALORIZZATO VALIDO e CONGRUENTE CON CODICE FISCALE
38	COGNOME	AN	30	OBB	Tutto maiuscolo. Obbligatorio in caso di non residenti in Italia. In caso di prestazioni dell'Area di attività 02 (IVG), scrivere ANONIMO.	VALORIZZATO OVE PREVISTO
68	NOME	AN	20	OBB	Tutto maiuscolo. Obbligatorio in caso di non residenti in Italia. In caso di prestazioni dell'Area di attività 02 (IVG), scrivere ANONIMO.	VALORIZZATO OVE PREVISTO
88	DATA DI NASCITA	AN	8	OBB V	Formato <i>ggmmaaaa</i> Solo in caso di prestazioni dell'Area di attività 02 (IVG) il formato deve essere <i>0000aaaa</i> (cioè va specificato solo l'anno di nascita).	VALORIZZATO VALIDO CONGRUENTE CON CODICE FISCALE
96	COMUNE DI NASCITA	AN	6	OBB V	Codice ISTAT del comune di nascita. Nel caso di persona nata in Paese straniero, indicare 999 più il codice a tre cifre dello Stato Estero. In caso di prestazioni dell'Area di attività 02 (IVG), valorizzare le prime 3 cifre (Codice provincia o 999) e aggiungere 3 zeri.	VALORIZZATO VALIDO CONGRUENTE CON CODICE FISCALE
102	COMUNE DI RESIDENZA	AN	6	OBB V	Codice ISTAT del comune di residenza. Nel caso di persona residente in Paese straniero, indicare 999 seguito dalle tre cifre del codice dello Stato Estero. Nel caso di senza fissa dimora codificare 999999.	VALORIZZATO VALIDO COMUNE NON CESSATO
108	CITTADINANZA	AN	3	OBB V	Codice a 3 cifre dello Stato di cittadinanza. Per cittadini/e italiani/e codificare 100. Per apolidi codificare 999.	VALORIZZATO VALIDO
111	STATO CIVILE	AN	1	FAC	1. nubile/celebe 2. coniugata/o 3. separata/o 4. divorziata/o 5. vedova/o 6. non dichiarato	SE VALORIZZATO, VALIDO
112	TITOLO DI STUDIO	AN	1	OBBV	1. nessun titolo 2. licenza elementare 3. diploma di scuola media inferiore 4. diploma di scuola media superiore 5. laurea o altro titolo universitario 6. non rilevato/non noto	VALORIZZATO VALIDO
113	INVIATO DA	AN	1	FAC	1. decisione propria 2. programmato in precedente accesso 3. medico di base 4. U.O. Ostetricia-ginecologia ospedale 5. servizi sociali / centri per le famiglie 6. screening 9. altro	SE VALORIZZATO, VALIDO

2.5 Tracciato File B (rilevazione dati individuali – prestazioni)

Pos.	CAMPO	TIPO	LUNG.	VINCOLO	NOTE DI COMPILAZIONE	CONTROLLI
1	AZIENDA USL	AN	3	OBB V	Codice dell'Azienda USL di appartenenza del consultorio.	VALORIZZATO VALIDO
4	CODICE CONSULTORIO	AN	6	OBB V	Codice della Struttura in base ad Anagrafe regionale Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie.	VALORIZZATO VALIDO E COERENTE CON CAMPO PRECEDENTE
10	ANNO DI RIFERIMENTO	AN	4	OBB V	Anno di riferimento dei dati in relazione alla data di chiusura della prestazione. Formato a 4 cifre.	VALORIZZATO VALIDO E COERENTE CON L'INVIO
14	PROGRESSIVO ACCESSO	N	6	OBB V	Numero progressivo univoco all'interno dell'anno e del Codice consultorio, composto da 6 cifre.	VALORIZZATO NUMERICO ≠ 0 UNIVOCO NELL'ANNO E CONSULTORIO
20	PROGRESSIVO PRESTAZIONE	N	2	OBB V	Numero progressivo univoco nell'ambito dell'accesso, identificativo della singola prestazione.	VALORIZZATO NUMERICO ≠ 0 UNIVOCO NELL'AMBITO DELL'ACCESSO
22	AREA ATTIVITÀ	AN	2	OBB V	Codice Area di attività in base ad Allegato 1.	VALORIZZATO VALIDO
24	SOTTOAREA	AN	3	OBB	Codice Sottoarea di attività, ove prevista, in base ad Allegato 1.	VALORIZZATO, OVE PREVISTO VALIDO COERENTE CON AREA ATTIVITA'
27	CODICE PRESTAZIONE	AN	7	OBB V	Codice della prestazione in base ad Allegato 1. Codice a 7 cifre, compresi i punti separatori.	VALORIZZATO VALIDO
34	CODICE SOLE	AN	4	FAC	Inserire il codice del catalogo SOLE corrispondente alla prestazione. Codice a 4 cifre.	SE VALORIZZATO, VALIDO
38	DATA DI PRENOTAZIONE	AN	8	FAC	Formato <i>ggmmaaaa</i> (giorno, mese, anno) Inserire, quando disponibile, la data di prenotazione della prestazione.	SE VALORIZZATO, VALIDO
46	DATA DI EROGAZIONE PRESTAZIONE	AN	8	OBB V	Formato <i>ggmmaaaa</i> (giorno, mese, anno) Nel caso di prestazione che prevede più incontri, inserire la data del primo incontro.	VALORIZZATO VALIDO
54	DATA DI CHIUSURA	AN	8	OBBV	Formato <i>ggmmaaaa</i> (giorno, mese, anno) In caso di prestazione erogata in un unico incontro deve coincidere con la data di erogazione prestazione. Nel caso di prestazione che prevede più incontri, inserire la data dell'ultimo incontro.	VALORIZZATO VALIDO COERENTE CON ANNO DI RIFERIMENTO NON ANTECEDENTE A DATA DI EROGAZIONE SE QUANTITA'=1, DATA CHIUSURA = DATA EROGAZIONE SE POS. CONTABILE (file A) =1, COERENTE CON TRIMESTRE DI COMPETENZA DELL'INVIO
62	QUANTITÀ	N	2	OBBV	Scrivere 1 se prestazione erogata in un unico incontro. In caso di prestazione che prevede più incontri, indicare il numero di incontri effettuati.	VALORIZZATO VALORE NUMERICO TRA 1 E 99
64	TIPO OPERATORE	AN	2	OBB V	Codice Tipo operatore in base ad Allegato 1.	VALORIZZATO VALIDO
66	TIPO UTENTE	AN	1	OBB V	1. singolo 2. coppia/famiglia	VALORIZZATO VALIDO
67	SEDE PRESTAZIONE	AN	1	OBB V	Codice Sede prestazione in base ad Allegato 1	VALORIZZATO VALIDO
68	MEDIAZIONE CULTURALE	AN	1	OBB	Specificare se prestazione eseguita tramite l'intervento di un/una mediatore/trice culturale. Obbligatorio se utente con cittadinanza straniera. 1. SI 2. NO	VALORIZZATO, OVE PREVISTO VALIDO
69	TERZI COINVOLTI: 1° SOGGETTO	AN	1	FAC	Specificare eventuali soggetti terzi coinvolti nella prestazione o attivati a seguito della stessa (massimo 3): 1. nessuno	SE VALORIZZATO, VALIDO
70	TERZI COINVOLTI: 2° SOGGETTO	AN	1	FAC	2. servizi sociali 3. ospedale / ambulatorio ospedaliero 4. scuola 5. tribunale/organismi giudiziari	SE VALORIZZATO, VALIDO
71	TERZI COINVOLTI: 3° SOGGETTO	AN	1	FAC	6. famiglia 7. medico di base 8. medico specialista 9. altro	SE VALORIZZATO, VALIDO

2.6 Tracciato File C (prestazioni erogate a gruppi di utenti)

Pos.	CAMPO	TIPO	LUNG.	VINCOLO	NOTE DI COMPILAZIONE	CONTROLLI
1	AZIENDA USL	AN	3	OBB V	Codice dell'Azienda USL di appartenenza del consultorio.	VALORIZZATO VALIDO
4	CODICE CONSULTORIO	AN	6	OBB V	Codice della Struttura in base ad Anagrafe regionale Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie.	VALORIZZATO VALIDO E COERENTE CON CAMPO PRECEDENTE
10	ANNO DI RIFERIMENTO	AN	4	OBB V	Anno di riferimento dei dati in relazione alla data di chiusura della prestazione. Formato a 4 cifre.	VALORIZZATO VALIDO E COERENTE CON L'INVIO
14	PROGRESSIVO PRESTAZIONE DI GRUPPO	N	3	OBB V	Numero progressivo univoco all'interno dell'anno e del Codice consultorio, composto da 3 cifre.	VALORIZZATO NUMERICO ≠ 0 UNIVOCO NELL'ANNO E CONSULTORIO
17	POSIZIONE CONTABILE	AN	1	OBB V	Codifica relativa al tipo di operazione da eseguire sul record. 1. inserimento 2. integrazione 3. correzione 4. eliminazione	VALORIZZATO VALIDO SE 1° INVIO DEVE ESSERE =1, SE 5° INVIO DEVE ESSERE ≠1 SE 1 O 2, RECORD NON PRESENTE IN BANCA DATI SE 3 O 4, RECORD GIA' PRESENTE IN BANCA DATI SE 2, 3 O 4 RECORD RIFERITO A TRIMESTRE PRECEDENTE A QUELLO DI INVIO
18	AREA ATTIVITÀ	AN	2	OBB V	Codice Area di attività in base ad Allegato 1.	VALORIZZATO VALIDO
20	SOTTOAREA	AN	3	OBB	Codice Sottoarea di attività, ove prevista, in base ad Allegato 1.	VALORIZZATO, OVE PREVISTO VALIDO COERENTE CON AREA ATTIVITA'
23	CODICE PRESTAZIONE	AN	7	OBB V	Codice della prestazione in base a Elenco delle prestazioni consultoriali (Allegato 1)	VALORIZZATO VALIDO PRESTAZIONE COERENTE CON UTENTE = GRUPPO
30	DATA DI EROGAZIONE PRESTAZIONE	AN	8	OBB V	Formato <i>ggmmaaaa</i> (giorno, mese, anno). In caso di corso o prestazione che prevede più incontri, inserire la data del primo incontro.	VALORIZZATO VALIDO
38	DATA DI CHIUSURA	AN	8	OBB V	Formato <i>ggmmaaaa</i> (giorno, mese, anno). In caso di prestazione erogata in un unico incontro deve coincidere con la data di erogazione prestazione. In caso di corso o prestazione che prevede più incontri, inserire la data dell'ultimo incontro.	VALORIZZATO VALIDO COERENTE CON ANNO DI RIFERIMENTO NON ANTECEDENTE A DATA DI EROGAZIONE SE QUANTITA'=1, DATA EROGAZIONE = DATA CHIUSURA SE POS. CONTABILE =1, COERENTE CON TRIMESTRE DI COMPETENZA DELL'INVIO
46	QUANTITÀ	N	2	OBB V	Scrivere 1 se prestazione erogata in un unico incontro. In caso di prestazione che prevede più incontri, indicare il numero di incontri effettuati.	VALORIZZATO VALORE NUMERICO TRA 1 E 99
48	SEDE PRESTAZIONE	AN	1	OBB V	Codice Sede prestazione in base ad Allegato 1, esclusi i valori 2 e 3.	VALORIZZATO VALIDO
49	N° UTENTI COINVOLTI	N	3	OBB V	Numero totale di soggetti coinvolti dalla prestazione.	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI
52	N° UTENTI CON CITTADINANZA STRANIERA	N	3	FAC	Tra il totale dei soggetti coinvolti, indicare il numero di utenti con cittadinanza straniera.	SE VALORIZZATO, CARATTERI NUMERICI, < N° UTENTI TOTALI
55	N° UTENTI MINORENNI	N	3	FAC	Tra il totale dei soggetti coinvolti, indicare il numero di utenti con età < 18 anni.	SE VALORIZZATO, CARATTERI NUMERICI, < N° UTENTI TOTALI
58	N° UTENTI MASCHI	N	3	FAC	Tra il totale dei soggetti coinvolti, indicare il numero di utenti di sesso maschile.	SE VALORIZZATO, CARATTERI NUMERICI, < N° UTENTI TOTALI
61	PERSONALE COINVOLTO 1	AN	2	FAC	Specificare la tipologia di operatori coinvolti dalla prestazione (max 4). Utilizzare il primo campo (pos. 61) per l'operatore coinvolto in modo prevalente o in caso di unico operatore coinvolto. Valori ammessi: 01. ostetrica/o 02. ginecologo/a 03. psicologo/a 04. assistente sociale 99. altro	SE VALORIZZATO, VALIDO
63	PERSONALE COINVOLTO 2	AN	2	FAC		SE VALORIZZATO, VALIDO
65	PERSONALE COINVOLTO 3	AN	2	FAC		SE VALORIZZATO, VALIDO
67	PERSONALE COINVOLTO 4	AN	2	FAC		SE VALORIZZATO, VALIDO
69	MEDIAZIONE CULTURALE	AN	1	FAC		Specificare se prestazione eseguita tramite l'intervento di un/una mediatore/trice culturale. 1. SI 2. NO

3. Codifica delle variabili e note di compilazione

3.1 File A – Rilevazione dati individuali - informazioni sull'utente

In caso di prestazioni erogate a coppie o famiglie inserire i dati relativi ad un componente della coppia/famiglia. Non utilizzare il file A per prestazioni erogate a gruppi di utenti.

AZIENDA USL (campo chiave)

Codice a 3 cifre dell'AUSL di appartenenza del consultorio (come da Anagrafe regionale Strutture Sanitarie e Socio-sanitarie).

CODICE CONSULTORIO (campo chiave)

Codice a 6 cifre della Struttura in base ad Anagrafe regionale Strutture Sanitarie e Socio-sanitarie. Deve trattarsi di una struttura la cui tipologia di assistenza erogata risulti S04 (attività di consultorio familiare).

ANNO DI RIFERIMENTO (campo chiave)

Anno di riferimento dei dati contenuti nel record, in relazione alla data di chiusura (File B) delle prestazioni erogate nell'ambito dell'accesso (coincidente con la data di erogazione, se trattasi di prestazioni costituite da un unico incontro). Scrivere l'anno nel formato a 4 cifre.

PROGRESSIVO ACCESSO (campo chiave)

Numero identificativo dell'accesso, univoco nell'ambito dell'anno di riferimento e del servizio consultoriale (Codice consultorio), composto da 6 cifre.

Per accesso si intende il contatto diretto del singolo utente con il personale del consultorio per l'erogazione di una o più prestazioni (compresa la sola accoglienza), presso il servizio consultoriale o altra sede tra quelle previste per l'erogazione di prestazioni consultoriali.

Nell'ambito di uno stesso accesso può essere erogata più di una prestazione anche all'interno di Aree di attività diverse.

POSIZIONE CONTABILE

Informazione necessaria per indicare il tipo di operazione tecnica che si vuole eseguire sul record (e di conseguenza sui corrispondenti record della tabella B). Per il primo invio dei dati (1° trimestre) la posizione contabile dovrà essere valorizzata sempre a 1 (inserimento).

Valori ammessi e relativa definizione:

- 1= inserimento (record riferito al trimestre di competenza dell'invio, mai inviato in precedenza, da inserire in banca dati)
- 2= integrazione (record riferito ad un trimestre antecedente a quello di invio, non presente nei precedenti invii, da inserire in banca dati ad integrazione dei dati già trasmessi)
- 3= correzione (record riferito ad un trimestre antecedente a quello di invio, già trasmesso in un precedente invio, ma da sostituire in banca dati in quanto corretto in una o più delle informazioni del tracciato del file stesso o del/dei relativo/i file B)
- 4= eliminazione (record riferito ad un trimestre antecedente a quello di invio, già trasmesso in un precedente invio, ma che l'Azienda ritiene che debba essere eliminato)

CODICE FISCALE

Codice fiscale dell'utente (16 caratteri), attribuito dal Ministero Economia e Finanze ovvero riportato nella Tessera Sanitaria. Dato obbligatorio per i residenti in Italia.

In caso di stranieri temporaneamente presenti, non in possesso di tessera sanitaria europea, utilizzare il codice regionale STP a 16 caratteri (ai sensi del DPR n. 394/99 e della Circ. Ministero Sanità n. 5 del 24/4/2000) o, ove previsti, il codice ENI (Europei non iscritti) o il codice PSU (permesso di soggiorno per motivi umanitari).

In caso di prestazioni che rientrano nell'Area di attività 02 (IVG), il codice fiscale dell'utente non va valorizzato ai sensi della Legge 194/78.

Il codice fiscale non deve essere calcolato mediante l'utilizzo di programmi informatici.

SESSO

Valori ammessi:

- 1= maschio
- 2= femmina

COGNOME e NOME

Scrivere cognome e nome dell'utente a caratteri maiuscoli. Obbligatori in caso di non residente in Italia.

In caso di prestazioni che rientrano nell'Area di attività 02 (IVG), scrivere "ANONIMO" sia nel campo nome che nel campo cognome, ai sensi della Legge 194/78.

DATA DI NASCITA

Formato ggmmaaaa (due caratteri per il giorno, due per il mese e 4 per l'anno).

In caso di prestazioni che rientrano nell'Area di attività 02 (IVG), la data di nascita dell'utente va valorizzata nella forma 0000aaaa, cioè va specificato solo l'anno di nascita, valorizzando con zeri i caratteri corrispondenti a giorno e mese, ai sensi della Legge 194/78.

COMUNE DI NASCITA

Codice a 6 cifre (fare riferimento al file TCOMNOS).

Per i nati in Italia codice ISTAT a 6 cifre del Comune italiano (prime 3 cifre per la Provincia e altre 3 cifre per il Comune). Per i nati all'estero codificare 999 + codice a 3 cifre dello Stato estero.

In caso di prestazioni che rientrano nell'Area di attività 02 (IVG), il codice del Comune di nascita dell'utente va valorizzato solo per le prime 3 cifre (codice Provincia o 999), mentre vanno valorizzate a zeri le tre cifre indicanti il Comune, ai sensi della Legge 194/78.

COMUNE DI RESIDENZA

Codice a 6 cifre (fare riferimento al file TCOMNOS).

Per i residenti in Italia codice ISTAT a 6 cifre del Comune italiano (prime 3 cifre per la Provincia e altre 3 cifre per il Comune). Per i residenti all'estero codificare 999 + codice a 3 cifre dello Stato estero. Per i senza fissa dimora codificare 999999.

CITTADINANZA

Per cittadini/e italiani/e codificare 100. Per cittadini stranieri codice ISTAT a 3 cifre dello Stato estero di cittadinanza (fare riferimento al file TCOMNOS). Per apolidi codificare 999.

STATO CIVILE

Valori ammessi:

1= nubile/celibe

2= coniugata/o

3= separata/o

4= divorziata/o

5= vedova/o

6= non dichiarato

TITOLO DI STUDIO

Valori ammessi:

1= nessun titolo

2= licenza elementare (*istruzione primaria*)

3= diploma di scuola media inferiore (*istruzione secondaria inferiore – almeno 8 anni scolastici*)

4= diploma di scuola media superiore (*istruzione secondaria superiore – almeno 11 anni scolastici*)

5= laurea o altro titolo universitario

6= non rilevato/non noto

INVIATO DA

Indicare se l'utente si è rivolto al servizio consultoriale di propria iniziativa o in base a indicazione di un altro servizio, ente o professionista.

Valori ammessi:

1= decisione propria

2= programmato in precedente accesso

3= medico di base

4= U.O. Ostetricia-ginecologia ospedale

5= servizi sociali / centri per le famiglie

6= screening (*convocazione nell'ambito programma regionale/aziendale di screening oncologici*)

9= altro

3.2 File B – Rilevazione dati individuali - prestazioni

Non utilizzare il file B per prestazioni erogate a gruppi di utenti. In caso di prestazione che prevede più incontri (es. cicli terapeutici o di riabilitazione) va compilato un unico file B con indicazione delle date di inizio e fine del ciclo negli appositi campi (data di erogazione della prestazione e data di chiusura).

AZIENDA USL (campo chiave)
CODICE CONSULTORIO (campo chiave)
ANNO DI RIFERIMENTO (campo chiave)
PROGRESSIVO ACCESSO (campo chiave)

Vedi note di compilazione degli stessi campi per il File A (punto 3.1)

PROGRESSIVO PRESTAZIONE (campo chiave)

Numero progressivo univoco nell'ambito del singolo accesso dell'utente, identificativo della singola prestazione.

Prestazioni erogate allo stesso utente in giorni diversi non possono far parte dello stesso accesso.

AREA ATTIVITA'

Specificare l'Area di attività delle prestazioni (come da Allegato 1). Codice a due cifre.

Valori ammessi:

01= Nascita

02= IVG

03= Controllo della fertilità

04= Menopausa

05= Ginecologia/Andrologia

06= Prevenzione oncologica/oncologia

07= Sterilità

08= Alimentazione

09= Problematiche psico-relazionali

10= Sessuologia

11= Adozione/affido

99= altro

SOTTOAREA

Specificare, ove prevista, la Sottoarea di attività delle prestazioni in base ai valori ammessi riportati in Allegato 1. Codice a tre cifre. Per le Aree che non prevedono sottoaree valorizzare a spazi.

Per l'Area 01 (Nascita), le sottoaree 013 (Gravidanza – DSA a gestione ostetrica) e 014 (Gravidanza – DSA a gestione medica) fanno riferimento all'attività in regime di Day Service ambulatoriale, tipologia DSA2, per la presa in carico della gravidanza, distinguendo tra assistenza a gestione dell'ostetrica (solo gravidanze a basso rischio) e assistenza a gestione del medico ginecologo, con riferimento alla Deliberazione di Giunta regionale in corso di adozione.

CODICE PRESTAZIONE

Specificare il codice della prestazione in base ai codici riportati nell'Elenco delle prestazioni dell'Allegato 1. Codice a 7 cifre comprensivo dei punti separatori.

In caso di prestazione inclusa nel Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (DGR 410/97 e successive modifiche) il codice utilizzato è quello previsto dal Nomenclatore stesso.

In caso di prestazione non inclusa nel Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, sono stati creati dei codici specifici per la presente rilevazione (codici con prefisso EN – extra nomenclatore).

Al fine di garantire una maggior uniformità nella rilevazione delle prestazioni e chiarire eventuali dubbi di interpretazione, in Allegato 3 è riportato un glossario che fornisce maggiori specifiche relativamente alla definizione di alcune prestazioni.

CODICE SOLE

Inserire, ove disponibile, il codice del catalogo SOLE corrispondente alla prestazione.

I codici SOLE, essendo codici utilizzati dagli applicativi di prescrizione/prenotazione/refertazione, potranno subire variazioni nel tempo, pertanto è necessario fare riferimento ai codici aggiornati sul portale del Progetto SOLE.

DATA DI PRENOTAZIONE

Inserire, quando disponibile, la data di prenotazione della prestazione.

Formato ggmmaaaa (due caratteri per il giorno, due per il mese e 4 per l'anno).

DATA DI EROGAZIONE PRESTAZIONE

Formato ggmmaaaa (due caratteri per il giorno, due per il mese e 4 per l'anno).

In caso di prestazione che prevede più incontri (es. ciclo terapeutico o di riabilitazione), indicare la data del primo incontro.

Qualora un ciclo sia iniziato in un trimestre e si sia concluso in un altro trimestre, anche a cavallo di due anni, la prestazione va inserita nel trimestre di chiusura della prestazione (ultimo incontro). La data di erogazione, in questo caso, può essere anche antecedente all'anno e/o al trimestre di riferimento dell'invio di dati.

DATA DI CHIUSURA

Formato ggmmaaaa (due caratteri per il giorno, due per il mese e 4 per l'anno).

In caso di prestazione erogata in un unico incontro la data di chiusura deve coincidere con la data di erogazione della prestazione. In caso di prestazione che prevede più incontri, indicare la data dell'ultimo incontro effettuato.

La data di chiusura deve essere coerente con l'anno e il trimestre di riferimento dei dati (salvo Posizione contabile - file A = 2, 3 o 4) e non può essere antecedente a quella di erogazione della prestazione.

QUANTITA'

In caso di prestazione erogata in un unico incontro, indicare 1.

In caso di ciclo terapeutico o prestazione che prevede più incontri (data erogazione prestazione ≠ data chiusura), indicare il numero di incontri/prestazioni effettuate.

TIPO OPERATORE

Indicare la tipologia di operatore (figura professionale) che ha erogato la prestazione (come da Allegato 1).

Valori ammessi:

01= Ostetrica/o

02= Ginecologo/a

03= Psicologo/a

04= Assistente sociale

05= Dietologo/a

06= Senologo/a

07= Genetista

08= Andrologo/Urologo

09= Assistente sanitaria

10= Dietista

11= Infermiera/e

12= Psichiatra/neuro-psichiatra

99= altro

TIPO UTENTE

Valori ammessi:

1= singolo

2= coppia/famiglia

Non è ammessa la voce "gruppo".

SEDE PRESTAZIONE

Indicare la sede di erogazione della prestazione (come da Allegato 1).

Valori ammessi:

1= consultorio

2= domicilio utente

3= ambulatorio ospedaliero

4= scuola

5= penitenziario

9= altro

MEDIAZIONE CULTURALE

Indicare se la prestazione è stata erogata con l'intervento di un/una mediatore/trice culturale.

Valori ammessi:

1= SI

2= NO

Obbligatorio in caso di utente con cittadinanza straniera.

TERZI COINVOLTI

Indicare eventuali soggetti terzi (massimo tre) coinvolti nella prestazione o attivati in seguito alla stessa (da non confondere con l'informazione richiesta nella variabile "Inviato da" del file A). Per attivazione di soggetti terzi si intende anche la prenotazione di appuntamenti per esami, visite o interventi direttamente dal consultorio presso altre strutture dell'Azienda.

Valori ammessi:

1= nessuno

2= servizi sociali

3= ospedale/ambulatorio ospedaliero

4= scuola

5= tribunale/organi giudiziari

6= famiglia

7= medico di base

8= medico specialista (esterno al consultorio)

9= altro

In caso non vi sia il coinvolgimento di soggetti terzi, valorizzare solo il primo campo (pos. 69) con il valore 1 (=nessuno).

3.3 File C – Prestazioni erogate a gruppi di utenti

Utilizzare il file C solo per prestazioni erogate a gruppi di utenti (tipo utente = gruppo). In caso di prestazione che prevede più incontri (es. corso di preparazione al parto) va compilato un unico file C con indicazione delle date di inizio e fine del ciclo negli appositi campi (data di erogazione della prestazione e data di chiusura).

AZIENDA USL (campo chiave)

CODICE CONSULTORIO (campo chiave)

Vedi note di compilazione degli stessi campi per il File A (punto 3.1)

ANNO DI RIFERIMENTO (campo chiave)

Anno di riferimento dei dati contenuti nel record, in relazione alla data di chiusura della prestazione (coincidente con la data di erogazione, se prestazione costituita da un unico incontro).

Scrivere l'anno nel formato a 4 cifre.

PROGRESSIVO PRESTAZIONE DI GRUPPO (campo chiave)

Numero identificativo della prestazione, univoco nell'ambito dell'anno di riferimento e del servizio consultoriale (Codice consultorio), composto da 3 cifre.

POSIZIONE CONTABILE

Informazione necessaria per indicare il tipo di operazione tecnica che si vuole eseguire sul record. Per il primo invio dei dati (1° trimestre) la posizione contabile dovrà essere valorizzata sempre a 1 (inserimento).

Valori ammessi e relativa definizione:

- 1= inserimento (record riferito al trimestre di competenza dell'invio, mai inviato in precedenza, da inserire in banca dati)
- 2= integrazione (record riferito ad un trimestre antecedente a quello di invio, non presente nei precedenti invii, da inserire in banca dati ad integrazione dei dati già trasmessi)
- 3= correzione (record riferito ad un trimestre antecedente a quello di invio, già trasmesso in un precedente invio, ma da sostituire in banca dati in quanto corretto in una o più delle informazioni del tracciato del file stesso o del/dei relativo/i file B)
- 4= eliminazione (record riferito ad un trimestre antecedente a quello di invio, già trasmesso in un precedente invio, ma che l'Azienda ritiene che debba essere eliminato)

AREA ATTIVITA'

Specificare l'Area di attività delle prestazioni (come da Allegato 1). Codice a due cifre.

Valori ammessi:

- 01= Nascita
- 02= IVG
- 03= Controllo della fertilità
- 04= Menopausa
- 05= Ginecologia/Andrologia
- 06= Prevenzione oncologica/oncologia
- 07= Sterilità
- 08= Alimentazione
- 09= Problematiche psico-relazionali
- 10= Sessuologia
- 11= Adozione/affido
- 99= altro

SOTTOAREA

Specificare, ove prevista, la Sottoarea di attività delle prestazioni in base ai valori ammessi riportati in Allegato 1. Codice a tre cifre. Per le Aree che non prevedono sottoaree valorizzare a spazi.

CODICE PRESTAZIONE

Specificare il codice della prestazione in base ai codici riportati nell'Elenco delle prestazioni dell'Allegato 1. Codice a 7 cifre comprensivo dei punti separatori.

Sono ammesse solo le prestazioni compatibili con tipo di utente = 3 (gruppo), in base ad Allegato 2.

In caso di prestazione inclusa nel Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (DGR 410/97 e successive modifiche) il codice utilizzato è quello previsto dal Nomenclatore stesso.

In caso di prestazione non inclusa nel Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, sono stati creati dei codici specifici per la presente rilevazione (codici con prefisso EN – extra nomenclatore).

DATA DI EROGAZIONE PRESTAZIONE

Formato *ggmmaaaa* (due caratteri per il giorno, due per il mese e 4 per l'anno).

In caso di corso o prestazione che prevede più incontri, indicare la data del primo incontro.

Qualora un corso sia iniziato in un trimestre e si sia concluso in un altro trimestre, la prestazione va inserita nel trimestre di chiusura della prestazione (ultimo incontro). La data di erogazione, in questo caso, può essere anche antecedente all'anno o al trimestre di riferimento dell'invio di dati.

DATA DI CHIUSURA

Formato *ggmmaaaa* (due caratteri per il giorno, due per il mese e 4 per l'anno).

In caso di prestazione erogata in un unico incontro la data di chiusura deve coincidere con la data di erogazione della prestazione. In caso di corso o prestazione che prevede più incontri, indicare la data dell'ultimo incontro effettuato.

La data di chiusura deve essere coerente con l'anno e il trimestre di riferimento dei dati (salvo Posizione contabile = 2, 3 o 4) e non può essere antecedente a quella di erogazione della prestazione.

QUANTITA'

In caso di prestazione erogata in un unico incontro, indicare 1.

In caso di corso o prestazione che prevede più incontri (data erogazione prestazione ≠ data chiusura), indicare il numero di incontri/prestazioni effettuate.

SEDE PRESTAZIONE

Indicare la sede di erogazione della prestazione (come da Allegato 1).

Valori ammessi:

1= consultorio

4= scuola

5= penitenziario

9= altro

I codici 2 e 3 non sono ammessi in caso di prestazioni erogate a gruppi.

N° UTENTI COINVOLTI

Specificare il numero di utenti totali che sono stati coinvolti dalla prestazione.

Nel caso di corsi o prestazioni che prevedono più incontri, ove il numero di partecipanti non sia rimasto costante nei diversi incontri, indicare il numero di partecipanti ad inizio corso.

N° UTENTI CON CITTADINANZA STRANIERA

Nell'ambito degli utenti totali che sono stati coinvolti dalla prestazione, specificare il numero di utenti con cittadinanza non italiana.

N° UTENTI MINORENNI

Nell'ambito degli utenti totali che sono stati coinvolti dalla prestazione, specificare il numero di utenti con età minore di 18 anni.

N° UTENTI MASCHI

Nell'ambito degli utenti totali che sono stati coinvolti dalla prestazione, specificare il numero di utenti di sesso maschile.

PERSONALE COINVOLTO

Indicare la tipologia di operatori coinvolti (massimo 4) nell'erogazione della prestazione specificata.

Valori ammessi:

01= ostetrica/o

02= ginecologo/a

03= psicologo/a

04= assistente sociale

99= altro

Nel caso la prestazione sia stata erogata da un'unica tipologia di operatore valorizzare solo il primo campo (pos. 61); in caso di più operatori coinvolti, utilizzare lo stesso campo (pos. 61) per indicare l'operatore coinvolto in modo prevalente nell'erogazione della prestazione.

MEDIAZIONE CULTURALE

Indicare se la prestazione è stata erogata con l'intervento di un/una mediatore/trice culturale.

Valori ammessi:

1= SI

2= NO

4. Tempi e modalità di trasmissione dei dati

4.1. Periodicità e scadenze per la trasmissione dei dati

Il flusso informativo dei consultori ha valenza dall'attività del 1° luglio 2011. Per favorire il monitoraggio dell'attività la periodicità dell'invio dei dati alla Regione Emilia-Romagna sarà trimestrale, secondo le scadenze sotto riportate relative al consolidamento dei dati (vedi oltre):

1° invio: dati del primo trimestre dell'anno	scadenza: 31 maggio dell'anno di rilevazione
2° invio: dati del secondo trimestre dell'anno	scadenza: 31 agosto dell'anno di rilevazione
3° invio: dati del terzo trimestre dell'anno	scadenza: 30 novembre dell'anno di rilevazione
4° invio: dati del quarto trimestre dell'anno	scadenza: 28 febbraio dell'anno successivo
5° invio: eventuali correzioni su tutto l'anno	scadenza: 15 aprile dell'anno successivo

Nei record trasmessi con il 1° invio la posizione contabile dovrà sempre essere valorizzata a 1 (inserimento). Con i dati degli ultimi tre trimestri (2°, 3° e 4° invio) potranno invece essere trasmessi, oltre ai dati del trimestre di riferimento, anche eventuali record di modifica dei dati dei trimestri precedenti (record da integrare, correggere o eliminare), la cui specifica sarà indicata tramite la variabile Posizione contabile (valori 2, 3, 4). Il 5° invio, opzionale, permetterà l'eventuale ulteriore correzione dei dati trasmessi nei quattro invii precedenti, sempre tramite la specifica della posizione contabile (non consentita, per il 5° invio, la posizione contabile 1).

In considerazione della data di diffusione della presente Circolare e dei tempi necessari alle Aziende per adeguarsi alla stessa, per l'anno 2011 verrà rilevata solo l'attività del 2° semestre (attività a partire al 1° luglio 2011) e si richiede pertanto l'invio degli ultimi 2 trimestri, in base alle scadenze sopra riportate.

4.2. Modalità di trasmissione dei dati

La trasmissione dei dati alla Regione va effettuata tramite il portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali (<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>), nella sezione specifica del Sistema Informativo Consultori (SICO). Per accedere alle pagine di Gestione del flusso informativo occorre essere in possesso di un'utenza EXTRARER abilitata alla gestione del flusso e attribuita dalla Regione Emilia-Romagna (vedi punto 6).

Ogni Azienda USL avrà a disposizione la funzione di SIMULAZIONE on-line dei dati da inviare, che consentirà di sottoporre i propri dati al programma regionale di controlli e verificarne in tempo reale l'esito, per poi provvedere alle eventuali correzioni, prima della trasmissione definitiva dei dati e il relativo CONSOLIDAMENTO.

Per ogni invio di dati sarà possibile effettuare più di una simulazione e ogni simulazione potrà riguardare anche solo una parte dei record che costituiranno poi la trasmissione definitiva dei dati (es. solo quelli relativi ad un consultorio/Distretto dell'Azienda).

Si raccomanda di verificare che l'ultimo invio simulato, di cui si procede a consolidamento, sia quello per il quale si è avuto l'esito migliore dei controlli (numero minore di scarti) e sia comprensivo dei dati di tutti i consultori dell'Azienda per il trimestre di riferimento.

Trimestralmente, conclusa la fase di consolidamento da parte di tutte le Aziende USL, seguirà la fase di elaborazione svolta dalla Regione che si concluderà con il caricamento in banca dati e la creazione di un ritorno informativo per le Aziende relativo all'esito definitivo dei controlli (vedi punto 5).

I file da inviare in Regione devono essere in formato testo (caratteri ASCII) a lunghezza fissa. Ogni record è terminato dalla coppia di caratteri ASCII 13 e 10 (carriage return e line feed). I file che non rispettano queste caratteristiche non potranno essere simulati/caricati nella banca dati regionale.

I file potranno essere zippati se necessario. I nomi dei file (sia .txt che .zip) dovranno permettere di identificare: la provenienza dei dati (Azienda USL), il periodo di riferimento dei dati e il tipo di file (A, B, C).

Al momento dell'invio, nell'apposita maschera del portale web, si dovrà indicare per ogni file il numero di record che contiene.

5. Controlli e ritorno informativo

I record trasmessi dalle Aziende vengono sottoposti ad una serie di controlli logico-formali, sia nella fase di simulazione che a seguito del consolidamento, al fine di garantire requisiti minimi di qualità delle informazioni contenute in ogni singolo record.

Il livello di controllo è differenziato nel seguente modo: controlli di 1° livello (scarti) e controlli di 2° livello (segnalazioni).

Per quanto riguarda i file A e B, qualora un errore scartante si verifichi in un record di uno dei due file, anche il/i record corrispondente/i dell'altro file verrà/anno scartato/i.

Una descrizione sintetica dei controlli di 1° livello è esplicitata nei tracciati record riportati al punto 2. L'elenco completo dei controlli previsti sarà disponibile nella sezione *Tabelle di riferimento* del portale dedicato (vedi punto 6).

Al termine di ogni fase di simulazione le Aziende USL invianti avranno a disposizione sul portale web un ritorno informativo sull'esito dei controlli, in cui verranno evidenziati sia gli errori scartanti che le segnalazioni, affinché vengano apportate le dovute correzioni. In specifico verranno messi a disposizione i seguenti file:

1. RIEPILOGO: file di riepilogo dell'esito del controllo, con evidenza del numero di record inviati, caricati, scartati e con segnalazioni per ogni file inviato (tab. A, B, C);
2. SCARTI: file con l'elenco dei record scartati, con indicazione della chiave del record e del tipo di errore scartante.
3. SEGNALAZIONI: file con l'elenco dei record con segnalazioni, con indicazione della chiave del record e del tipo di errore non scartante.

Un analogo ritorno informativo sarà messo a disposizione sul portale terminata la fase di consolidamento da parte di tutte le Aziende USL, al momento del caricamento nella banca dati regionale.

Il tracciato dei file di ritorno informativo relativi ai record che presentano errori, oltre all'elenco delle decodifiche dei codici dei campi e del tipo di errore sarà messo a disposizione nella sezione *Tabelle di riferimento* del portale dedicato al flusso informativo.

Quando il flusso sarà a regime potrà essere anche attivato un ritorno informativo relativo ai residenti nell'AUSL inviante a cui sono state erogate prestazioni presso Servizi consultoriali di altre AUSL della regione (mobilità passiva intra-regionale), limitatamente alle prestazioni rilevate con dati individuali (file A e B).

6. Referenti aziendali e utenza al portale di gestione del flusso informativo

Tutte le Aziende USL sono tenute a identificare uno o due referenti per il Sistema Informativo Consultori, con funzioni di gestione del flusso informativo (invio, simulazione e consolidamento dati aziendali) e coordinamento e monitoraggio della rilevazione. Al referente verranno inviate tutte le comunicazioni relative alla gestione del flusso informativo.

Il referente aziendale dovrà coordinarsi con i responsabili aziendali/distrettuali dei Consultori familiari (o le persone da essi delegate) al fine di assicurare la completezza e la buona qualità dei dati raccolti nelle singole strutture consultoriali.

Tutte le informazioni, le tabelle e i documenti inerenti al Sistema Informativo Consultori saranno disponibili nella specifica sezione SICO del portale del Sistema informativo sanità e politiche sociali: (<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>).

Solo i referenti aziendali, a cui verrà data apposita utenza, avranno accesso alle specifiche pagine di Gestione del flusso informativo.

In attuazione del documento programmatico per la sicurezza della Regione (Prot. n. (DOR/07/60125, Atto Dirigente n. 2653 del 06/03/2007) 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 o essere ceduta ad altri.

L'utenza consentirà di accedere alle funzioni di elaborazione file (invio, simulazione, consolidamento) e visualizzazione del ritorno informativo.

I nominativi dei referenti aziendali individuati, per i quali si richiede l'attivazione dell'utenza di accesso alle pagine web di gestione del flusso informativo, e i relativi recapiti (Azienda, e-mail, numero di telefono, indirizzo), vanno comunicati via e-mail entro il 30/09/2011 al referente del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione (vedi punto 7), con richiesta a firma del responsabile del Sistema informativo aziendale o del responsabile aziendale dei Consultori familiari.

7. Referenti regionali

I referenti aziendali del flusso informativo e i responsabili dei servizi consultoriali possono fare riferimento, per qualsiasi dubbio o informazione relativa al Sistema Informativo Consultori, ai referenti regionali della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, in particolare:

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Viale Aldo Moro, 21 - 40127 Bologna

Camilla Lupi

Tel. 051 527 7037

e-mail: clupi@regione.emilia-romagna.it

Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

Viale Aldo Moro, 21 - 40127 Bologna

Elena Castelli

Tel. 051 527 7314

e-mail: ecastelli@regione.emilia-romagna.it

Bruna Borgini

Tel. 051 527 7313

e-mail: bborgini@regione.emilia-romagna.it

Antonio Brambilla



Eleonora Verdini



CODIFICA DELLE VARIABILI NECESSARIE ALLA DEFINIZIONE DELLE PRESTAZIONI CONSULTORIALI

Elenco prestazioni e relativa codifica

<i>Prestazioni <u>incluse</u> nel Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale</i>	
Codice	Prestazione
64.19.1	BALANOSCOPIA
67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE
67.19.1	BIOPSIA MIRATA
67.32	CAUTERIZZAZIONE COLLO UTERINO (diatermocoagulaz., asportaz. polipi, asportaz. condilomi)
68.12.1	ISTEROSCOPIA
68.16.1	BIOPSIA ENDOMETRIALE (isteroscopia)
69.7	APPLICAZIONE IUD
70.21	COLPOSCOPIA
70.24	BIOPSIA PARETI VAGINALI
70.29.1	BIOPSIA PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA
70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI
71.11	BIOPSIA PARETI VULVARI
71.30.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VULVARI
87.83.2	ISTEROSONOGRAFIA
88.73.1	ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE
88.75.2	ECOCOLORDOPPLER ADDOME INFERIORE
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA
88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA
88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA
88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE
89.01	VISITA DI CONTROLLO ALTRA SPECIALITA' (escluse visite di controllo con codifica specifica)
89.01.Q	VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA DI CONTROLLO
89.03	1° VISITA/CONSULENZA DIETOLOGICA
89.26.1	1° VISITA GINECOLOGICA
89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO
89.26.3	1° VISITA OSTETRICA (del ginecologo)
89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO (del ginecologo)
89.7	1° VISITA ALTRA SPECIALITA' (escluse prime visite con codifica specifica)
89.7C.2	1° VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA
90.27.3	TEST DI GRAVIDANZA (test rapido su urine)
91.35.6	CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO (Pap test, test HPV o secreto mammario)
91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO (tampone vaginale o altro tampone)
93.11.4	RIABILITAZ. PIANO PERINEALE
94.01.2	SOMMINISTRAZIONE TEST DETERIORAMENTO/SVILUPPO INTELLETTIVO
94.08.3	SOMMINISTRAZIONE TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO (visita psicologica)
94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO (visita psichiatrica)
94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE
94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO
96.17	APPLICAZIONE DIAFRAMMA (incluso addestramento)
96.18	APPLICAZIONE/RIMOZIONE PESSARIO
97.71	RIMOZIONE IUD
99.92	AGOPUNTURA
887801	TEST COMBINATO (translucenza nucale + bitest)
da specificare	altra prestazione prevista da Nomenclatore tariffario

<i>Prestazioni <u>non incluse</u> nel Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale</i>	
Codice	Prestazione
EN.001	ACCOGLIENZA
EN.002	VISITA ESEGUITA DA PERSONALE OSTETRICO (1° visita)
EN.003	VISITA ESEGUITA DA PERSONALE OSTETRICO (controllo)
EN.004	COLLOQUIO INFORMATIVO/CONSULENZA
EN.005	CONTROLLO ESAMI
EN.006	CONSULENZA INSEGNANTI/EDUCATORI
EN.007	CERTIFICAZIONE LEGALE
EN.008	PRESCRIZIONE PER CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA
EN.009	INSEGNAMENTO RNF (regolazione naturale della fertilità)
EN.010	INSEGNAMENTO ESERCIZI PIANO PERINEALE
EN.011	INSEGNAMENTO AUTOPALPAZIONE AL SENO
EN.012	CORSO PRENATALE DI BASE
EN.013	EDUCAZIONE SANITARIA (escluso corso prenatale di base)

Codici Aree di attività e relative Sottoaree

Codice	AREA	SOTTOAREA
01	Nascita	
011		Epoca preconcezionale
012		Gravidanza
013		Gravidanza – DSA a gestione ostetrica
014		Gravidanza – DSA a gestione medica
015		Puerperio
016		Allattamento al seno
017		Post-aborto spontaneo
02	IVG	
021		Pre IVG
022		Post IVG
03	Controllo della fertilità	
031		Contracezione ormonale
032		IUD
033		Diaframma
034		Metodi naturali
035		Contrac. post-coitale
036		Contracezione
04	Menopausa	
05	Ginecologia/Andrologia	
051		Ginecologia
052		Uroginecologia
053		Andrologia
06	Prevenzione oncologica/oncologia	
061		Mammella
062		Utero/tratto genitale
063		Altra sede
07	Sterilità	
08	Alimentazione	
09	Problematiche psico-relazionali	
091		Conflittualità di coppia
092		Separazioni/divorzi
093		Psico-relazionale
094		Disagio psichico
095		Problematiche genitoriali
10	Sessuologia	
11	Adozione/affido	
111		Adozione
112		Affido
99	Altro	

Codici Tipo operatore

Codice	Tipo operatore
01	Ostetrica/o
02	Ginecologo/a
03	Psicologo/a
04	Assistente sociale
05	Dietologo/a
06	Senologo/a
07	Genetista
08	Andrologo/Urologo
09	Assistente sanitaria
10	Dietista
11	Infermiera/e
12	Psichiatra/neuro-psichiatra
99	Altro

Codici Tipo utente

Codice	Tipo utente
1	Singolo
2	Coppia/famiglia
3	Gruppo

Codici Sede prestazione

Codice	Sede prestazione
1	Consultorio
2	Domicilio
3	Ambulatorio ospedaliero
4	Scuola
5	Penitenziario
9	Altro

TABELLA DI COMPATIBILITA' PER LA VALORIZZAZIONE DELLE VARIABILI

Prestazioni incluse nel Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Codice prestazione	Descrizione prestazione	Codice Area	Codice Sottoarea	Codice Tipo Operatore	Codice Tipo Utente	Codice Sede prestazione
64.19.1	BALANOSCOPIA	05	053	08	1	1,3
67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE	05,06	051,062	02	1	1,3
67.19.1	BIOPSIA MIRATA	05,06	051,062	02	1	1,3
67.32	CAUTERIZZAZIONE COLLO UTERINO (diatermocoagulaz., asportaz. polipi, asportaz. condilomi)	05,06	051,062	02	1	1,3
68.12.1	ISTEROSCOPIA	05,06,07	051,062	02	1	1,3
68.16.1	BIOPSIA ENDOMETRIALE (isteroscopia)	05,06	051,062	02	1	1,3
69.7	APPLICAZIONE IUD	03	032	02	1	1,5
70.21	COLPOSCOPIA	05,06	051,062	02	1	1,3
70.24	BIOPSIA PARETI VAGINALI	05,06	051,062	02	1	1,3
70.29.1	BIOPSIA PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA	05,06	051,062	02	1	1,3
70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI	05	051	02	1	1,3
71.11	BIOPSIA PARETI VULVARI	05,06	051,062	02	1	1,3
71.30.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VULVARI	05	051	02	1	1,3
87.83.2	ISTEROSONOGRAFIA	01-07	in base a Area	02	1	1,3
88.73.1	ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE	06	061	02,06	1	1,3,5
88.75.2	ECOCOLORDOPPLER ADDOME INFERIORE	01-07	in base a Area	02	1	1,3
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	01,02	in base a Area	02	1	1,3,5
88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA	01-07	in base a Area	02	1	1,3,5
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	01-07	in base a Area	02	1	1,3,5
88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA	01	012,013,014	02	1	1,3,5
88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	01-07	in base a Area	02	1	1,3,5
89.01	VISITA DI CONTROLLO ALTRA SPECIALITA' (escluse visite di controllo con codifica specifica)	no 05	in base a Area	03,05,06,12,99	1	1,5,9
89.01.Q	VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA DI CONTROLLO	05	053	08	1	1,5,9
89.03	1° VISITA/CONSULENZA DIETOLOGICA	01,04,08,99	in base a Area	05	1	1,5,9
89.26.1	1° VISITA GINECOLOGICA	no 9 e 11	in base a Area	02	1	1,5,9
89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	no 9 e 11	in base a Area	02	1	1,5,9
89.26.3	1° VISITA OSTETRICA (del ginecologo)	01,02	012,013,014,021	02	1	1,5,9
89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO (del ginecologo)	01,02	012,013,014,021	02	1	1,5,9
89.7	1° VISITA ALTRA SPECIALITA' (escluse prime visite con codifica specifica)	no 05	in base a Area	06,99	1	1,5,9
89.7C.2	1° VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	05	053	08	1	1,5,9
90.27.3	TEST DI GRAVIDANZA (test rapido su urine)	01,02,03,07	in base a Area	01,02	1	1,2,5,9
91.35.6	CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO	01	012, 013, 014	07	1,2	1,9
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO (Pap test, test HPV o secreto mammario)	06	061,062	01,02	1	1,5,9
91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO (tampone vaginale o altro tampone)	01-07	in base a Area	01,02	1	1,5,9
93.11.4	RIABILITAZ. PIANO PERINEALE	01,04,05	in base a Area	01,11,99	1	1,5,9
94.01.2	SOMMINISTRAZIONE TEST DETERIORAMENTO/SVILUPPO INTELLETTIVO	09	093,094	03,12	1	tutte
94.08.3	SOMMINISTRAZIONE TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	09	093,094	03,12	1	tutte
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO (visita psicologica)	tutti	in base a Area	03	1,2	1,5,9
94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO (visita psichiatrica)	09	in base a Area	12	1	1,5,9

94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	tutti	in base a Area	03	1	1
94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE	tutti	in base a Area	03	2	1
94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	tutti	in base a Area	03	3	1,9
96.17	APPLICAZIONE DIAFRAMMA (incluso addestramento)	03	033	01,02	1	1,5
96.18	APPLICAZIONE/RIMOZIONE PESSARIO	05	051	01,02	1	1,5
97.71	RIMOZIONE IUD	03	032	02	1	1,5
99.92	AGOPUNTURA	01,04,05,99	in base a Area	02,99	1	1
887801	TEST COMBINATO (translucenza nucale + bitest)	01	012,013,014	02	1	1,3,5
da specificare	altra prestazione prevista da Nomenclatore tariffario	tutti	tutti	tutti	tutti	tutte

Prestazioni non incluse nel Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Codice prestazione	Descrizione prestazione	Codice Area	Codice Sottoarea	Codice Tipo Operatore	Codice Tipo Utente	Codice Sede prestazione
EN.001	ACCOGLIENZA	tutti	in base a Area	tutti	tutti	1
EN.002	VISITA ESEGUITA DA PERSONALE OSTETRICO (1° visita)	tutti	in base a Area	01	1	1,2,5,9
EN.003	VISITA ESEGUITA DA PERSONALE OSTETRICO (controllo)	tutti	in base a Area	01	1	1,2,5,9
EN.004	COLLOQUIO INFORMATIVO/CONSULENZA	tutti	in base a Area	tutti	1,2	tutte
EN.005	CONTROLLO ESAMI	tutti	in base a Area	tutti	1	1,2,5,9
EN.006	CONSULENZA INSEGNANTI/EDUCATORI	tutti	in base a Area	tutti	1,3	1,4,5,9
EN.007	CERTIFICAZIONE LEGALE	01,02,09,11	in base a Area	02,03,12	1,2	1,2,5,9
EN.008	PRESCRIZIONE PER CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA	03	035	02,99	1	1,3
EN.009	INSEGNAMENTO RNF (regolazione naturale della fertilità)	03	034	01,02	1,2	1,2,5,9
EN.010	INSEGNAMENTO ESERCIZI PIANO PERINEALE	01,04,05	in base a Area	01,02,11,99	1	1,2,5,9
EN.011	INSEGNAMENTO AUTOPALPAZIONE AL SENO	06	061	01,02,06,99	1	1,2,5,9
EN.012	CORSO PRENATALE DI BASE	01	012	tutti	3	1,3,9
EN.013	EDUCAZIONE SANITARIA (escluso corso prenatale di base)	01,03,04,06,08,10,99	in base a Area	tutti	3	1,4,5,9

GLOSSARIO

SERVIZI CONSULTORIALI

CONSULTORIO FAMILIARE: istituito con la legge 405/1975 come servizio "di assistenza alla famiglia e alla maternità" (art.1). In base alle varie leggi nazionali e regionali (L. 194/78, L.R. 27/89, L. 34/96, L.R. 26/98, D.M. 24 aprile 2000, D.G.R. n. 309/2000, D.G.R. 2011/2007, D.G.R. n. 1690/08) le attività principali del consultorio familiare riguardano:

- a) l'informazione sui diritti spettanti alla donna in base alla legislazione statale e regionale in materia di tutela sociale della maternità, sulle modalità necessarie per il loro rispetto;
- b) l'informazione sui servizi sociali, sanitari, assistenziali, pubblici e di soggetti non istituzionali, operanti sul territorio, sulle prestazioni erogate e sulle modalità per accedervi;
- c) l'attività di informazione e consulenza sui temi della sessualità;
- d) l'assistenza sanitaria e psicologica inerente la procreazione responsabile, la consulenza e la somministrazione di contraccettivi, l'informazione e la consulenza sulla regolazione e il controllo della fertilità,;
- e) l'assistenza sanitaria e psicologica inerente la tutela della gravidanza e della maternità e l'assistenza al puerperio;
- f) l'assistenza sanitaria e psicologica per le donne e le coppie che richiedono l'interruzione volontaria di gravidanza, secondo le procedure di cui agli articoli 4 e 5 della legge 194/78;
- g) gli interventi socio-sanitari riferiti alla pubertà e alla menopausa;
- h) gli interventi sanitari di specialistica ginecologica di base e gli interventi finalizzati alla diagnosi precoce dei tumori femminili;
- i) l'assistenza psicologica al singolo, alla coppia e alla famiglia per difficoltà relazionali, per problemi di separazione e divorzio anche in riferimento alla consulenza sul diritto di famiglia;
- l) l'assistenza al singolo e alla coppia in riferimento a difficoltà di ordine sessuale e l'assistenza alla donna per problemi di violenza sessuale;
- m) l'assistenza psicologica nei confronti dei minorenni che intendono contrarre matrimonio, prestando, se richiesta, collaborazione all'autorità giudiziaria ai sensi dell'art. 84 C.C;
- n) l'attività di informazione, di educazione e promozione alla salute sulle tematiche sopra indicate con particolare riferimento alla procreazione responsabile, alle problematiche familiari e dei genitori;
- o) i percorsi di integrazione socio-sanitaria per tutte le tematiche sopra indicate nell'ambito dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale.

SPAZIO GIOVANI: Il servizio dello "Spazio giovani" è dedicato alle ragazze e ai ragazzi (singoli, coppie o gruppi) **dai 14 ai 19 anni** che hanno bisogno di un ambiente riservato in cui parlare e/o avere consulenze o prestazioni sanitarie per problemi legati alla vita affettiva e relazionale, alla sessualità, e in campo ginecologico per la contraccezione e la prevenzione. Vi si accede liberamente, senza la prescrizione del medico di famiglia e senza un appuntamento. Il servizio è **gratuito**.

Il Piano sociale e sanitario 2008-2010, adottato dalla Giunta regionale con delibera n. 1448/2007 nella parte terza "*Le risposte ai bisogni complessi: verso politiche sociali e sanitarie integrate*" al capitolo 3 dedicato ai giovani definisce gli Spazi Giovani come i servizi che sono in grado di sperimentare efficacemente percorsi assistenziali integrati consentendo il riconoscimento precoce e la presa in carico di situazioni a rischio e/o problematiche, con particolare attenzione alle ragazze e ai ragazzi in condizione di svantaggio culturale, sociale e familiare per cercare di impedire l'insorgere di disuguaglianze di salute importanti.

SPAZIO DONNE/FAMIGLIE IMMIGRATE: Il servizio "Spazio donne immigrate e loro bambini" è dedicato alle cittadine straniere presenti in Emilia-Romagna di recente immigrazione, che non parlano la lingua italiana o che stentano ad orientarsi all'interno della rete dei servizi sanitari, a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno. All'interno di questi spazi, oltre al personale sanitario, è garantita la presenza di **mediatrici culturali** al fine di facilitare l'accesso ai servizi e la relazione con gli operatori sanitari. Le prestazioni garantite da questi Spazi sono le stesse dei consultori familiari ed in particolare riguardano: la gravidanza, l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG), la menopausa, la contraccezione, la sterilità, l'infertilità, le vaccinazioni, le visite pediatriche ai bambini senza permesso di soggiorno (le prestazioni pediatriche non sono rilevate dal SICO).

La **tipologia del servizio consultoriale** è **individuata dallo spazio fisico e temporale specificamente dedicato** ad una tipologia di utenza e **non dall'utenza stessa**. Una stessa sede

può avere anche tutte e tre le tipologie purché gli spazi siano esattamente definiti e non ci sia commistione dell'utenza. (Ad esempio, se una sede ha uno spazio dedicato allo Spazio giovani il lunedì pomeriggio e allo Spazio donne immigrate il martedì mattina, mentre negli altri orari svolge la normale attività di Consultorio familiare, ai fini del flusso informativo le prestazioni erogate ad un giovane o a una donna straniera al mercoledì dovranno essere attribuite al codice di struttura corrispondente al Consultorio familiare).

Ai fini dell'identificazione delle strutture consultoriali si fa riferimento ai dati contenuti nell'**Anagrafe delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione Emilia-Romagna**.

PRESTAZIONI

(per le prestazioni non riportate a glossario non si è ritenuta necessaria una specifica aggiuntiva)

CAUTERIZZAZIONE COLLO UTERINO (codice 67.32): in base al Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali ultimo **D.G.R. 1108/2011**, a questo codice vengono ricondotte diverse procedure (Diatermocoagulazione, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, Elettrocoagulazione della cervice); al fine di distinguere le diverse procedure è preferibile che venga indicato, nell'apposito campo, il codice SOLE specifico.

ISTEROSONOGRAFIA (codice 87.83.2): è una variante dell'ecografia transvaginale in cui viene utilizzata una soluzione fluida che viene inserita all'interno della cavità uterina.

ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA (codice 88.78.3): è una ecografia effettuata nel secondo trimestre di gravidanza (secondo le linee guida della gravidanza fisiologica realizzata con il coordinamento del Sistema Nazionale per le linee guida SNLG dell'Istituto Superiore di Sanità **tra la 19esima e 21esima settimana**) per la diagnosi di anomalie fetali strutturali.

1^a VISITA (codici: visita ginecologica 89.26.1, visita ostetrica 89.26.3, visita urologica/andrologica 89.7C.2, visita/consulenza dietologica 89.03. Per eventuali altre visite riportare il codice specifico del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale): si tratta di una prestazione contraddistinta da varie fasi; ad esempio una visita ginecologica comprende al suo interno vari momenti quali la compilazione della cartella, l'anamnesi, l'esame clinico, la consulenza professionale, l'educazione sanitaria, l'eventuale prescrizione di farmaci o indagini strumentali, la registrazione della prestazione. Le diverse fasi di una visita costituiscono un'unica prestazione nell'ambito dell'accesso.

In alcuni casi possono essere rilevate più prestazioni per lo stesso utente durante il singolo accesso e cioè quando si tratta effettivamente di due prestazioni completamente distinte (ad esempio visita + test di gravidanza, visita + ecografia, visita + colposcopia,...). L'ecografia va rilevata come prestazione distinta solo se trattasi di ecografia refertata. Nell'ambito dell'area IVG, se contestualmente alla visita del ginecologo viene rilasciato il certificato, va rilevata sia la prestazione di visita che di certificazione.

Per ogni visita deve essere rilevata un'unica prestazione indicando l'area e la sottoarea di attività prevalente, anche nel caso che le aree/sottoaree interessate siano più di una.

VISITA DI CONTROLLO (codici: visita ginecologica 89.26.2, visita ostetrica 89.26.4, visita urologica/andrologica 89.01.Q; Per eventuali altre visite riportare il codice specifico del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale): si intende una visita per il monitoraggio di un problema già valutato in una visita precedente, per tutte le aree di attività.

TEST DI GRAVIDANZA (codice 90.27.3): si fa riferimento all'esecuzione del test rapido sulle urine tramite apposito kit.

CONSULENZA COLLEGATA A TEST GENETICO (codice 91.35.6): a fronte della diagnosi di anomalia cromosomica fetale la donna è informata degli aspetti prognostici dell'anomalia stessa attraverso una eventuale "consulenza genetica".

PRELIEVO CITOLOGICO (codice 91.48.4): codice da utilizzare in caso di prelievo citologico di materiale ai fini dell'esame di laboratorio (es. Pap test, test HPV, secreto mammario). Ai fini del flusso SICO, essendo rilevate solo le attività effettuate in consultorio o dagli operatori del

consultorio nelle altre sedi previste, non vanno rilevati codici degli esami di laboratorio, ma solo quello del prelievo.

RIABILITAZIONE PIANO PERINEALE (codice 93.11.4): prestazione di riabilitazione del piano perineale (con eventuale uso di strumentazioni quali il biofeedback o elettrostimolazione o chinesiterapia).

TEST COMBINATO (codice 887801): da effettuarsi nel primo trimestre di gravidanza, è costituito dal bi-test – determinazione a 11+0 gg – 13+6 gg settimane di età gestazionale di beta-hCG, e proteina plasmatica A associata alla gravidanza (PAPP-A) - assieme alla misurazione ecografica alla stessa epoca della translucenza nucale fetale. Viene utilizzato per determinare il rischio di anomalie cromosomiche fetali

ACCOGLIENZA (codice EN.001): è una prestazione tipica soprattutto degli Spazi Giovani e degli Spazi Donne immigrate, in cui si accede senza la prescrizione del medico di famiglia e senza appuntamento.

Comprende l'ascolto dell'utente, la lettura della domanda, orientamento verso i percorsi assistenziali, attivazione della rete dei servizi, facilitazione dell'accesso ai servizi.

L'accoglienza non va confusa con l'attività di front office che è rivolta a dare informazioni al pubblico.

E' una prestazione non generica ma ben definita e non contestuale ad esempio ad un colloquio informativo/consulenza o ad una visita come introduzione ad essi. Potranno essere rilevate insieme accoglienza + colloquio informativo/consulenza o accoglienza + visita solo se le due prestazioni sono effettivamente distinte e svolte da 2 operatori diversi.

A differenza del colloquio informativo/consulenza, nell'accoglienza l'area viene definita nel corso stesso dell'accoglienza.

Per accoglienza si intende:

- L'ascolto della richiesta
- Una prima valutazione del bisogno
- La presentazione e l'informazione sul Servizio
- La raccolta dei dati personali
- L'ipotesi di definizione di un percorso assistenziale, con eventuale invio al professionista o al servizio di competenza.

VISITA EFFETTUATA DA PERSONALE OSTETRICO (codici: 1° visita EN.002, visita di controllo EN.003): si tratta di una visita effettuata da un'ostetrica, in particolare nell'ambito dell'assistenza al percorso nascita. Da non confondere con colloquio informativo/consulenza o con il supporto fornito al medico durante la visita ostetrico-ginecologica.

Si sottolinea che in caso di visite eseguite nell'ambito di un Day Service Ambulatoriale (tipo 2) per la presa in carico della gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, la prestazione deve essere inserita nella Sottoarea 013 (Gravidanza – DSA gestione ostetrica).

COLLOQUIO INFORMATIVO/CONSULENZA (codice EN.004): comprende la consulenza svolta dal personale dell'equipe consultoriale (ginecologo, ostetrica, assistenti sanitari, assistente sociale, infermieri, dietista, ecc) ed identifica quegli accessi nei quali viene effettuata una valutazione dei bisogni del paziente su un problema specifico.

Per ogni colloquio/consulenza deve essere indicata un'unica Area di attività (quella prevalente) anche se, come spesso accade nel Consultorio, sono interessate più aree.

Il colloquio/consulenza non va rilevato se avviene all'interno di una visita.

Per ogni colloquio/consulenza deve essere rilevata un'unica prestazione indicando l'area e la sottoarea di attività prevalente, anche nel caso che le aree/sottoaree interessate siano più di una.

CONTROLLO ESAMI (codice EN.005): può essere effettuato da parte di tutto il personale del consultorio familiare, in quanto si intende, oltre al controllo di esiti di esami di laboratorio o di diagnostica, anche risultati di test psicologici o di altra documentazione attinente il percorso assistenziale.

Non va rilevato se il controllo degli esami avviene all'interno di una visita o altra prestazione.

CONSULENZA INSEGNANTI/EDUCATORI (codice EN.006): si intende la consulenza o il tutoraggio fornito a insegnanti, educatori o altro personale di enti formativi o assistenziali, nell'ambito delle aree tematiche specifiche del consultorio.

CERTIFICAZIONE LEGALE (codice EN.007): rilascio di una certificazione come esito di una valutazione o di una prestazione (es. certificazione per IVG, certificazione di gravidanza, certificazione per gravidanza a rischio, certificazione per nubendi). La distinzione tra le varie certificazioni viene effettuata attraverso l'identificazione dell'area e della sottoarea di attività.

PRESCRIZIONE CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA (codice EN.008): si intende la prescrizione della contraccezione orale d'emergenza e/o dello IUD, su richiesta della donna per rapporto a rischio.

INSEGNAMENTO RNF (codice EN.009): insegnamento, individuale o alla coppia, di metodi inerenti la regolazione naturale della fertilità, in particolare il metodo sinto-termico.

INSEGNAMENTO ESERCIZI PIANO PERINEALE (codice EN.010): insegnamento da parte del personale dell'equipe consultoriale di esercizi specifici, che la donna dovrà eseguire al domicilio, atti a migliorare il tono del piano perineale.

INSEGNAMENTO AUTOPALPAZIONE AL SENO (codice EN.011): interventi di insegnamento della metodica di autopalpazione al seno da parte del personale del consultorio. La prestazione non va rilevata se eseguita nell'ambito di una visita senologica e/o ginecologica .

CORSO PRENATALE DI BASE (codice EN.012): il Corso prenatale di base definito dalla Delibera n.533/2008, obiettivo 10, deve essere effettuato senza costi per l'utenza ed è rivolto esclusivamente a gruppi di utenti.

Il Corso prenatale di base va considerato, ai fini della rilevazione SICO, come un ciclo di incontri: va quindi indicata la data del primo incontro (data di erogazione della prestazione), il numero di incontri effettuati (quantità erogata) e la data dell'ultimo incontro (data di chiusura), così come meglio specificato nel Disciplinare tecnico al punto 3.3 (File C – prestazioni erogate a gruppi di utenti).

Se il Consultorio organizza eventuali altre iniziative di "approfondimento" (es. corsi di yoga, incontri su tematiche specifiche, ecc) dovrà essere utilizzato, nel caso di tratti di training prenatale, il codice 93.37, oppure la codifica *Educazione sanitaria* (cod. EN.013). Va indicata l'area "Nascita", sottoarea "Gravidanza", "Puerperio" o "Allattamento al seno", a seconda dei casi.

EDUCAZIONE SANITARIA (codice EN.013): prestazione rivolta esclusivamente a gruppi di utenti, costituita da un unico incontro formativo o da un ciclo di incontri (corsi, gruppi di sostegno), erogato presso la sede consultoriale o presso sedi esterne (es. scuola, sedi comunali, ecc.).

Nel caso trattasi di ciclo di incontri va indicata la data del primo incontro (data di erogazione della prestazione), il numero di incontri effettuati (quantità erogata) e la data dell'ultimo incontro (data di chiusura), così come meglio specificato nel Disciplinare tecnico al punto 3.3 (File C – prestazioni erogate a gruppi di utenti).

I corsi prenatali di base, sebbene sempre attività di educazione sanitaria, vengono codificati con un codice diverso (EN.012) al fine di identificarli con certezza.