



FLUSSO INFORMATIVO ASSISTENZA PSICHIATRICA TERRITORIALE Disciplinare tecnico

1. Introduzione

A distanza di nove anni dalla istituzione del flusso informativo regionale sull'Assistenza Psichiatria Territoriale con DGR n. 320 del 10/2/1998 si rende necessario procedere alla stesura di un "testo unico" della disciplina del flusso che sintetizzi al suo interno i molteplici interventi adeguativi effettuati nel corso degli anni. Tale iniziativa è motivata anche alla luce dei recenti sviluppi nelle modalità di gestione del flusso, in particolare l'assegnazione dell'attività di gestione e coordinamento del flusso al Centro Regionale di Riferimento per il Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale (CRRC-SER), in stretta collaborazione con le strutture regionali competenti, ed in particolare con il Servizio Sistema Informativo Socio Sanitario e Tecnologie Informatiche della Direzione Regionale Risorse Socio Sanitarie, cui si deve la realizzazione e l'attivazione del portale con funzionalità di trasmissione dei dati, di verifica degli errori e di interrogazione del database con strumenti di navigazione multidimensionale.

Pertanto, con la stesura di questo disciplinare si intende fornire ai gestori e agli utilizzatori locali e regionali del flusso un documento tecnico aggiornato di riferimento, con l'obiettivo prioritario di aumentarne il livello di qualità a garanzia di un efficace utilizzo dei dati per la programmazione e per l'indagine epidemiologica.

2. Riferimenti normativi

- 1) Delibera della giunta regionale n. 320 del 10/2/1998: "Modalità di rilevazione dell'attività specialistica territoriale nell'ambito della psichiatria".
- 2) Circolare regionale prot. n. 5477/20251 del 18 Giugno 1998: "Rilevazione dell'attività specialistica territoriale nell'ambito della psichiatria. Invio dati alla Regione".
- 3) Circolare regionale prot. n. 151/20251 del 11 gennaio 1999: "Assistenza specialistica territoriale. Branca di psichiatria. DGRV n. 320/1998: istruzioni per il 1999".
- 4) Circolare regionale prot. n. 11694/20251 del 24 dicembre 1999: "Uso del sistema ICD9-CM dal 01/01/2000 per il flusso informativo della psichiatria territoriale".
- 5) Circolare regionale prot. n. 15795/50.07.51 del 26 marzo 2003: "Flusso informativo della Psichiatria Territoriale (D.G.R. n. 320/1998) ADEGUAMENTO".
- 6) Circolare regionale prot. n. 814882/50.07.01.00 del 1 dicembre 2005: "Nomina dei referenti per il Flusso informativo regionale della Psichiatria territoriale".
- 7) Circolare regionale prot. n. 522556/50.07.01.03 del 12 settembre 2006: "Flusso informativo della psichiatria territoriale – adeguamento".
- 8) Circolare regionale prot. n. 637743/50.02.01 del 7 novembre 2006: "Nuovo sistema di gestione dei dati del flusso regionale della psichiatria territoriale – Attivazione Portale Intranet".

3. Oggetto della rilevazione

Con il flusso informativo della psichiatria territoriale viene documentato il processo di cura erogato ai pazienti attraverso la rilevazione della cartella clinica territoriale, contenente i dati anagrafici e clinici dei pazienti e i dati sulle prestazioni erogate. Il modello di organizzazione dei dati e di gestione del flusso risponde all'esigenza di poter attribuire ciascuna prestazione al problema clinico individuato al momento della sua erogazione.



3.1 Apertura della cartella clinica territoriale

Quando un cittadino è preso in carico da una équipe psichiatrica del DSM un dirigente dell'area sanitaria apre una cartella clinica territoriale con una data e una diagnosi di inizio del processo terapeutico; essa viene tenuta aperta per tutta la durata del trattamento associato al problema clinico manifestato.

La cartella territoriale viene aperta, gestita e chiusa dalla équipe con la quale il paziente prende contatto e dalla quale riceve attività o prestazioni per il problema che presenta; per lo stesso paziente non possono essere aperte contemporaneamente più cartelle dalla stessa équipe. È invece ammissibile che un paziente abbia più cartelle aperte contemporaneamente da équipe diverse.

All'apertura della cartella territoriale viene assegnato un numero identificativo della stessa: i primi due caratteri identificano l'anno di apertura e i rimanenti sei un numero progressivo unico nell'anno e per équipe. La numerazione della cartella rimane invariata per tutto il tempo di apertura, anche nel caso in cui questa si protragga oltre la fine dell'anno solare.

All'apertura di una cartella deve essere indicata una diagnosi provvisoria che può avere caratteristiche cliniche (ad esempio un disturbo psichiatrico) o non cliniche (ad esempio esami clinici per scopi amministrativi); in quest'ultimo caso vanno utilizzati gli opportuni codici V della classificazione ICD9-CM.

Ad ogni processo di cura intrapreso corrisponde una cartella territoriale; qualora un paziente non più in carico al DSM presenti nuovamente un problema clinico psichiatrico deve essere aperta una nuova cartella. Quindi un paziente può avere nel tempo diversi processi di cura (cioè diverse cartelle), anche per lo stesso problema.

3.2 Chiusura della cartella clinica territoriale

La chiusura della cartella territoriale avviene in concomitanza della conclusione del processo di cura intrapreso, specificando la data, la diagnosi e la modalità di fine trattamento.

Qualora tuttavia all'interno di un processo di cura (cartella) non siano state erogate prestazioni da almeno 365 giorni, si dovrà procedere alla chiusura forzata della cartella utilizzando il codice della modalità di conclusione "3-Interruzione non concordata del rapporto terapeutico". In questo caso la data di chiusura della cartella dovrà coincidere con la data dell'ultima prestazione erogata; qualora invece si debba procedere alla chiusura della cartella per decesso o trasferimento di residenza del paziente, la data di chiusura della cartella dovrà coincidere con l'evento indicato.

Nel caso di variazione della diagnosi provvisoria di apertura, in una cartella aperta, si dovrà chiudere la cartella in questione e contestualmente aprirne un'altra con un nuovo numero identificativo.

Se un paziente viene ricoverato in ambiente ospedaliero (ricovero ordinario o diurno) tale condizione non è sufficiente a determinare la chiusura della cartella territoriale eventualmente attiva.

La diagnosi di chiusura rappresenta la ragione clinica o non clinica per la quale si chiude la cartella del paziente e può coincidere o meno con la diagnosi provvisoria di apertura. Anche per la diagnosi di chiusura possono essere utilizzati i codici V della classificazione ICD9-CM.

3.3 Registrazione delle prestazioni

Per ogni cartella aperta dovranno essere rilevate tutte le prestazioni erogate al paziente.

I codici di prestazione da utilizzare sono quelli riportati nella Tabella 6, derivati dai codici introdotti dalla DGR 320/88 (Nomenclatore 1) e successivamente modificati dalla circolare regionale 151/20251 dell'11 gennaio 1999. La rilevazione delle prestazioni attraverso i codici del Nomenclatore tariffario regionale (cfr. Nomenclatore 2 della DGR 320/88) è facoltativa.

Per ogni prestazione la quantità è di norma valorizzata a 1; solamente nel caso di prestazioni ripetute nell'arco dello stesso giorno, purché erogate dalla stessa struttura e dalle stesse figure professionali e con le stesse modalità, va indicata una quantità maggiore di 1.



4. Struttura del flusso informativo

Il flusso informativo della psichiatria territoriale è costituito da due strutture di dati (Tracciati)

Tracciato A - Cartella

Tracciato B - Prestazioni

Nel Tracciato A ogni singolo record riporta i dati relativi alla cartella territoriale; per garantire il rispetto della legge 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ai fini della trasmissione dei dati in Regione si prevede la separazione dei dati anagrafici dai dati sensibili.

Nel Tracciato B ogni singolo record riporta i dati relativi ad ogni singola prestazione erogata al paziente; il collegamento tra il tracciato B e il tracciato A viene garantito dalla chiave costituita dalla combinazione dei campi "Regione", "Azienda ULSS", "Equipe", "Numero Cartella" (Cfr. Paragrafo 6 - Tracciati record)

5. Contenuti informativi

5.1 Tracciato A - Cartella

1. Regione
Codificare 050.
2. Azienda ULSS
Utilizzare il codice di cui al DM 17.9.1986 e successive modifiche adottato nei "Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere" (flussi ministeriali).
3. Equipe responsabile della cartella
È costituita per i primi tre caratteri dal codice della branca specialistica (040) e per i successivi tre caratteri dal codice identificativo dell'equipe (Tabella 7).
4. Numero identificativo della cartella territoriale
È costituito da 8 caratteri: i primi due identificano l'anno di apertura della cartella territoriale e i rimanenti sei un numero progressivo unico nell'anno e per equipe.
5. Codice medico dell'assistito
Utilizzare il codice regionale del medico di medicina generale dell'assistito.
6. Cognome utente
Il campo va valorizzato per tutte le cartelle e in caratteri Maiuscoli.
7. Nome utente
Il campo va valorizzato per tutte le cartelle e in caratteri Maiuscoli.
8. Codice sanitario individuale
Da valorizzare solo per gli assistiti della Regione Veneto.
9. Codice fiscale
Il campo va valorizzato, in caratteri Maiuscoli, per tutte le cartelle relative ai cittadini italiani e stranieri in possesso del Codice Fiscale certificato.
10. Sesso
Utilizzare la seguente codifica: 1=maschio, 2=femmina.
11. Data di nascita
Utilizzare il formato GGMMAAAA.
12. Comune/stato estero di residenza
Utilizzare il codice definito dall'ISTAT (i primi tre caratteri per il codice provincia, i rimanenti tre per il progressivo comune). Si raccomanda di non omettere la rilevazione dello 0 costituente il primo carattere del codice provincia. Per i residenti all'estero, codificare 999 nei primi tre caratteri, ed il codice stato estero nei rimanenti tre utilizzando i codici ISTAT degli stati esteri.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

13. Regione di residenza
È la Regione a cui appartiene il comune in cui il paziente risiede. Utilizzare il codice di cui al DM 17.9.1986 e successive modifiche adottato nei "Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere" (flussi ministeriali). Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero, indicare il codice ISTAT dello stato estero.
14. Azienda ULSS di residenza
È l'Azienda ULSS che comprende il comune in cui il paziente risiede. Utilizzare il codice a tre caratteri utilizzato per la rilevazione ministeriale "Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere". Variabile da non compilare per i residenti all'estero.
15. Cittadinanza
Utilizzare il codice 100 per i pazienti con cittadinanza italiana e il codice ISTAT degli stati esteri per i pazienti con cittadinanza estera.
16. Data inizio trattamento
Coincide con la data di apertura cartella. Utilizzare il formato GGMMAAAA.
17. Diagnosi principale provvisoria
Utilizzare i codici della classificazione ICD9-CM versione 2002.
18. Diagnosi concomitante 1 provvisoria
Cfr. punto 17.
19. Diagnosi concomitante 2 provvisoria
Cfr. punto 17.
20. Diagnosi concomitante 3 provvisoria
Cfr. punto 17.
21. Data fine trattamento
Data di chiusura della cartella territoriale. Nel caso di chiusura forzata della cartella per mancanza di prestazioni da almeno 365 giorni coincide con la data dell'ultima prestazione erogata. Nel caso di chiusura della cartella per decesso o trasferimento di residenza del paziente coincide con la data dell'evento. Utilizzare il formato GGMMAAAA.
22. Diagnosi principale conclusiva
Cfr. punto 17.
23. Diagnosi concomitante 1 conclusiva
Cfr. punto 17.
24. Diagnosi concomitante 2 conclusiva
Cfr. punto 17.
25. Diagnosi concomitante 3 conclusiva
Cfr. punto 17.
26. Modalità di conclusione
Utilizzare i codici riportati nella Tabella 5
27. Contatto Equipe
Codificare 1 in caso di primo contatto in assoluto con l'equipe.
28. Contatto Azienda ULSS
Codificare 1 in caso di primo contatto in assoluto con l'Azienda ULSS per patologia psichiatrica.

5.2 Tracciato B - Prestazioni

1. Regione erogante
Codificare 050.
2. Azienda ULSS
Utilizzare il codice di cui al DM 17.9.1986 e successive modifiche adottato nei "Modelli di rilevazione



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere" (Flussi Ministeriali).

3. Equipe responsabile della cartella
È costituita per i primi tre caratteri dal codice della branca specialistica (040) e per i successivi tre caratteri dal codice identificativo dell'equipe (Tabella 7).
4. Numero identificativo della cartella territoriale
È costituito da 8 caratteri: i primi due identificano l'anno di apertura della cartella territoriale e i rimanenti sei un numero progressivo unico nell'anno e per equipe.
5. Codice struttura erogante
Codice della struttura sanitaria erogante la prestazione secondo la codifica adottata nei Flussi Informativi Ministeriali - Modello STS11 - Dati anagrafici delle strutture sanitarie.
6. Codice erogatore
È costituito per i primi sei caratteri dal codice dell'equipe e per i successivi due caratteri dal codice regionale della struttura dell'equipe psichiatrica (Tabella 1).
7. Profilo professionale erogante principale o unico
Utilizzare esclusivamente i codici della Tabella 2 derivati dal modello FLS13 – Flussi Ministeriali.
8. Profilo professionale erogante aggiuntivo 1
Cfr. punto 7.
9. Profilo professionale erogante aggiuntivo 2
Cfr. punto 7.
10. Profilo professionale erogante aggiuntivo 3
Cfr. punto 7.
11. Profilo professionale erogante aggiuntivo 4
Cfr. punto 7.
12. Richiedente la prestazione
Utilizzare i codici riportati nella Tabella 3.
13. Data prestazione
Utilizzare il formato GGMMAAAA.
14. Prestazione erogata
Utilizzare i codici riportati nella Tabella 6.
Consente di rilevare l'attività di una equipe psichiatrica rivolta ad un paziente. Pertanto le voci aventi codice 4, 12, 17-21, devono essere usate solo quando rivolte ad un singolo paziente. Le attività di gruppo vanno registrate parimenti per singolo paziente (è possibile segnalare i diversi profili professionali comunque partecipanti). Se all'interno di un medesimo intervento di cura sono identificabili più prestazioni, va segnata solo la preminente.
La codifica delle prestazioni è derivata da quella prevista dalla DGR 320/98, recependo le indicazioni della Circolare regionale 151/20251 del 11 gennaio 1999.
15. Flag riferimento temporale prestazione
Valorizzare sempre G.
16. Quantità
Di default =1; può assumere valori >1 solo nel caso di prestazioni ripetute nello stesso giorno a parità di struttura erogante, profilo professionale erogante, regime di erogazione e modalità di erogazione.
17. Regime erogazione
Utilizzare i codici riportati nella Tabella 4.
18. Modalità erogazione
Utilizzare i seguenti codici:
1: Urgente
2: Non urgente.



6. Tracciati Record

TRACCIATO RECORD A – CARTELLA CLINICA TERRITORIALE

Per esigenze di tutela dei dati personali, i dati anagrafici e sensibili verranno trasmessi mediante file distinti, accomunati dalla chiave identificativa costituita dalla combinazione dei campi "Regione", "Azienda ULSS", "Equipe" e "Numero Cartella".

6.1 TRACCIATO RECORD A1 – DATI ANAGRAFICI

POSIZ.	CAMPO	TIPO	LUNG.	NOTE
1	Regione	AN	3	Costante = 050.
4	Azienda ULSS	AN	3	Codice Azienda ULSS.
7	Equipe responsabile cartella attiva	AN	6	Codificare 040 nei primi tre caratteri e i codici identificativi dell'equipe nei successivi tre (Tabella 7).
13	Numero cartella territoriale	AN	8	Numero della cartella territoriale: i primi 2 caratteri identificano l'anno di apertura della cartella, i restanti 6 un numero progressivo all'interno dell'anno univoco rispetto al codice equipe.
21	Codice medico dell'assistito	AN	16	Codice regionale o codice fiscale del medico di medicina generale dell'assistito.
37	Cognome	AN	30	Solo caratteri Maiuscoli.
67	Nome	AN	20	Solo caratteri Maiuscoli.
87	Codice sanitario	AN	16	Codice regionale individuale dell'utente (solo per assistiti nella Regione Veneto).
103	Codice fiscale	AN	16	Solo caratteri Maiuscoli.
119	Sesso	AN	1	1 = maschio, 2 = femmina.
120	Data di nascita	DATA	8	Formato GGMMAAAA.
128	Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT.
134	Regione di residenza	AN	3	Codice Regione.
137	Azienda ULSS di residenza	AN	3	Codice Azienda ULSS.
140	Cittadinanza	AN	3	Codificare 100 se cittadinanza italiana, altrimenti utilizzare i Codici ISTAT degli stati esteri.

Regole generali di utilizzazione dei campi:

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

Campi numerici (NUM): vanno allineati a destra e completati con caratteri "zero". Se non valorizzati devono contenere caratteri "zero".

I codici ICD9-CM delle diagnosi vanno riportati senza il punto e allineati a sinistra (AN).



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

6.2 TRACCIATO RECORD A2 – DATI SENSIBILI

POSIZ.	CAMPO	TIPO	LUNG.	NOTE
1	Regione	AN	3	Costante = 050.
4	Azienda ULSS	AN	3	Codice Azienda ULSS.
7	Equipe responsabile cartella attiva	AN	6	Codificare 040 nei primi tre caratteri e i codici identificativi dell'equipe nei successivi tre (Tabella 7).
13	Cartella territoriale	AN	8	Numero della cartella territoriale: i primi 2 caratteri identificano l'anno di apertura della cartella, i restanti 6 un numero progressivo all'interno dell'anno univoco rispetto al codice equipe.
21	Data inizio trattamento	DATA	8	Formato GGMMAAAA; coincide con la data di apertura della cartella territoriale.
29	Diagnosi principale provvisoria	AN	5	Codice ICD9-CM versione 2002.
34	Diagnosi concomitante 1 provvisoria	AN	5	Codice ICD9-CM versione 2002.
39	Diagnosi concomitante 2 provvisoria	AN	5	Codice ICD9-CM versione 2002.
44	Diagnosi concomitante 3 provvisoria	AN	5	Codice ICD9-CM versione 2002.
49	Data fine trattamento	DATA	8	Formato GGMMAAAA; coincide con la data di chiusura della cartella territoriale.
57	Diagnosi principale conclusiva	AN	5	Codice ICD9-CM versione 2002.
62	Diagnosi concomitante 1 conclusiva	AN	5	Codice ICD9-CM versione 2002.
67	Diagnosi concomitante 2 conclusiva	AN	5	Codice ICD9-CM versione 2002.
72	Diagnosi concomitante 3 conclusiva	AN	5	Codice ICD9-CM versione 2002.
77	Modalità di conclusione	AN	1	Tabella 5.
78	Contatto equipe	AN	1	1 = primo contatto in assoluto per l'UO /equipe psichiatria erogante.
79	Contatto Az-ULSS	AN	1	1 = primo contatto in assoluto per l'Azienda ULSS per patologia psichiatrica.

Regole generali di utilizzazione dei campi:

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

Campi numerici (NUM): vanno allineati a destra e completati con caratteri "zero". Se non valorizzati devono contenere caratteri "zero".

I codici ICD9-CM delle diagnosi vanno riportati senza il punto e allineati a sinistra (AN).



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

6.3 TRACCIATO RECORD B – PRESTAZIONI EROGATE AL PAZIENTE

POSIZ.	CAMPO	TIPO	LUNG.	NOTE
1	Regione	AN	3	Costante = 050.
4	Azienda ULSS	AN	3	Codice Azienda ULSS.
7	Equipe responsabile cartella attiva	AN	6	Codificare 040 nei primi tre caratteri e i codici identificativi dell'equipe nei successivi tre (Tabella 7).
13	Cartella territoriale	AN	8	Numero della cartella territoriale: i primi 2 caratteri identificano l'anno di apertura della cartella, i restanti 6 un numero progressivo all'interno dell'anno univoco rispetto al codice equipe.
21	Codice struttura erogante	AN	6	Codice STS11.
27	FILLER	AN	16	
43	Codice erogatore	AN	8	Primi 6 caratteri codice dell'equipe e successivi 2 caratteri codice struttura dell'equipe psichiatrica (Tabella 1).
51	Profilo professionale erogante principale o unico	AN	6	Tabella 2.
57	Profilo professionale erogante aggiuntivo 1	AN	6	Tabella 2.
63	Profilo professionale erogante aggiuntivo 2	AN	6	Tabella 2.
69	Profilo professionale erogante aggiuntivo 3	AN	6	Tabella 2.
75	Profilo professionale erogante aggiuntivo 4	AN	6	Tabella 2.
81	Richiedente prestazione	AN	2	Tabella 3.
83	Data prestazione	DATA	8	Formato GGMMAAAA.
91	Prestazione erogata	AN	5	Tabella 6.
96	Flag	AN	1	Costante = G.
97	Nomenclatore Tariffario regionale	AN	7	Codice prestazione da Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali se codice erogatore 10 (CSM componente ambulatoriale) e regime di erogazione 1 (ambulatoriale). La compilazione è facoltativa.
104	Quantità	NUM	3	Default = 1.
107	Regime erogazione	AN	1	Tabella 4.
108	Modalità erogazione	AN	1	1 = urgente; 2 = non urgente.

Regole generali di utilizzazione dei campi:

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

Campi numerici (NUM): vanno allineati a destra e completati con caratteri "zero". Se non valorizzati devono contenere caratteri "zero".

I codici ICD9-CM delle diagnosi vanno riportati senza il punto e allineati a sinistra (AN).



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

7. Specifiche tecniche di invio dei files

L'invio alla Regione dei dati in formato testo secondo i tracciati record sopra descritti avverrà con cadenza trimestrale tramite il Portale disponibile nella Intranet regionale (<https://portale.websanita.intra.rve/>) con le seguenti scadenze:

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

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

- Tracciato A1/A2: Cartelle con data di apertura o chiusura nel trimestre di riferimento, cartelle alle quali è associata almeno una prestazione nel trimestre di riferimento e cartelle chiuse nel trimestre per decesso/trasferimento del paziente o per assenza di prestazioni da almeno 365 giorni;
- Tracciato B: Prestazioni erogate nel trimestre di riferimento.

La denominazione dei file è la seguente:

UUUTAAPA1.txt
UUUTAAPA2.txt
UUUTAAPB.txt

Dove:

UUU indica l'ULSS;
T indica il trimestre di competenza dei dati (1, 2, 3 o 4);
AA indica l'anno di competenza del trimestre inviato;
e PA1, PA2, PB indicano i tre tracciati.

Ad esempio i dati dell'Azienda ULSS n.1 relativi al primo trimestre 2007 verranno denominati:

101107PA1
101107PA2
101107PB

Si ricorda di procedere alla compressione del file (estensione .zip) prima della loro trasmissione sul Portale regionale, mantenendo la denominazione indicata.



8. Controlli attivati sul portale regionale

Si riporta di seguito l'elenco dei controlli attivati sul Portale regionale (<https://portale.websanita.intra.rve/>), distinti per tipo di tracciato. La descrizione completa dei controlli e gli eventuali aggiornamenti sono disponibili al link "Elenco controlli" sul portale regionale.

8.1 Tracciato A1 – DATI ANAGRAFICI CARTELLA

Controllo	Descrizione Controllo	Campo Interessato
2	Almeno un campo chiave risulta non compilato (valore NULL) all'interno del file dei dati anagrafici.	Campi chiave del record
3	Chiavi duplicate all'interno del file dei dati anagrafici.	Campi chiave del record
6	Chiavi del tracciato dei dati anagrafici non presenti in quello dei dati sensibili.	Campi chiave del record
8	Il codice regione erogatrice contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Regione
9	Il codice Azienda ULSS erogatrice contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Azienda ULSS
11	Il codice equipe responsabile della cartella attiva nei primi 3 caratteri (branca specialistica) contiene valori diversi da quello previsto per la psichiatria.	Equipe responsabile cartella attiva
12	Il codice identificativo U.O./equipe (ultimi 3 caratteri del campo equipe responsabile della cartella attiva) contiene valori non validi per il trimestre di riferimento, in relazione al codice Azienda ULSS erogatrice indicato.	Equipe responsabile cartella attiva
13	Il numero della cartella territoriale contiene caratteri non numerici.	Cartella Territoriale
14	Il codice regionale del medico di medicina generale dell'assistito non risulta presente nell'anagrafe regionale nel trimestre di riferimento.	Codice medico dell'assistito
15	Il codice regionale del medico di medicina generale dell'assistito non risulta essere un codice fiscale valido.	Codice medico dell'assistito
16	Il cognome dell'utente contiene caratteri che non rientrano nell'intervallo [A-Z] o che non sono lo spazio e l'apice.	Cognome utente
17	Il cognome dell'utente risulta assente.	Cognome utente
18	Il nome dell'utente contiene caratteri che non rientrano nell'intervallo [A-Z] o che non sono lo spazio e l'apice.	Nome utente
19	Il nome dell'utente risulta assente.	Nome utente
20	Il check digit del codice sanitario dell'utente risulta errato. Il controllo viene eseguito solo per i residenti in Veneto.	Codice sanitario
22	Il codice sanitario dell'utente risulta assente.	Codice sanitario
23	Il check digit del codice fiscale dell'utente risulta errato.	Codice fiscale
24	Il codice fiscale dell'utente risulta assente.	Codice fiscale
25	Il codice sesso risulta errato.	Sesso
26	Il codice sesso dell'utente risulta assente.	Sesso
27	La data di nascita dell'utente risulta formalmente errata.	Data di nascita utente
28	La data di nascita dell'utente risulta assente.	Data di nascita utente
29	Il codice del comune di residenza dell'utente contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Comune di residenza
30	Il codice del comune di residenza dell'utente risulta assente.	Comune di residenza
31	Il codice della regione di residenza dell'utente contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Regione di residenza
32	Il codice della regione di residenza dell'utente risulta assente.	Regione di residenza
33	Il comune di residenza dell'utente non appartiene alla regione di residenza indicata, per un cittadino italiano (dove la provincia di residenza e' diversa da 999).	Regione di residenza
34	Il codice ULSS di residenza dell'utente non appartiene alla regione di residenza indicata per il trimestre di riferimento.	ULSS di residenza
36	Il codice cittadinanza contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Cittadinanza
37	Il codice cittadinanza risulta assente.	Cittadinanza
61	Il codice equipe responsabile della cartella attiva risulta avere una lunghezza diversa da quella prevista, pari a 6 caratteri.	Equipe responsabile cartella attiva
103	Il codice ULSS di residenza dell'utente risulta assente, per un cittadino italiano (dove la provincia di residenza e' diversa da 999).	ULSS di residenza



8.2 Tracciato A2 – DATI SENSIBILI CARTELLA

Controllo	Descrizione Controllo	Campo Interessato
4	Chiavi del tracciato dei dati sensibili non presenti in quello dei dati anagrafici.	Campi chiave del record
7	Chiavi duplicate all'interno del file dei dati sensibili.	Campi chiave del record
8	Il codice regione erogatrice contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Regione
9	Il codice Azienda ULSS erogatrice contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Azienda ULSS
11	Il codice equipe responsabile della cartella attiva nei primi 3 caratteri (branca specialistica) contiene valori diversi da quello previsto per la psichiatria.	Equipe responsabile cartella attiva
12	Il codice identificativo U.O./equipe (ultimi 3 caratteri del campo equipe responsabile della cartella attiva) contiene valori non validi per il trimestre di riferimento, in relazione al codice Azienda ULSS erogatrice indicato.	Equipe responsabile cartella attiva
13	Il numero della cartella territoriale contiene caratteri non numerici.	Cartella Territoriale
38	La data di inizio trattamento risulta formalmente errata.	Data inizio trattamento
39	La data di inizio trattamento risulta assente.	Data inizio trattamento
40	Il codice diagnosi principale provvisoria contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Diagnosi principale provvisoria
41	Il codice diagnosi principale provvisoria risulta assente.	Diagnosi principale provvisoria
42	Il codice diagnosi concomitante 1 provvisoria contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Diagnosi concomitante 1 provvisoria
43	Il codice diagnosi concomitante 2 provvisoria contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Diagnosi concomitante 2 provvisoria
44	Il codice diagnosi concomitante 3 provvisoria contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Diagnosi concomitante 3 provvisoria
45	La data di fine trattamento risulta formalmente errata.	Data fine trattamento
46	Il codice diagnosi principale conclusiva contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Diagnosi principale conclusiva
47	Il codice diagnosi concomitante 1 conclusiva contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Diagnosi concomitante 1 conclusiva
48	Il codice diagnosi concomitante 2 conclusiva contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Diagnosi concomitante 2 conclusiva
49	Il codice diagnosi concomitante 3 conclusiva contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Diagnosi concomitante 3 conclusiva
50	Il codice conclusioni contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Conclusioni
51	Il codice contatto equipe contiene valori non ammessi (diversi da 1 e da spazio).	Contatto equipe
53	Il codice contatto Az-ULSS contiene valori non ammessi (diversi da 1 e da spazio).	Contatto Az-ULSS
55	Probabile cartella chiusa, pero' non risultano contemporaneamente valorizzati la data di fine processo terapeutico, la diagnosi conclusiva di fine trattamento e le conclusioni del processo di cura.	Data fine trattamento, diagnosi conclusiva, conclusioni.
61	Il codice equipe responsabile della cartella attiva risulta avere una lunghezza diversa da quella prevista, pari a 6 caratteri.	Equipe responsabile cartella attiva
85	Diagnosi concomitanti provvisorie valorizzate in assenza della diagnosi principale.	Diagnosi principale provvisoria
86	Diagnosi concomitanti conclusive valorizzate in assenza della diagnosi principale.	Diagnosi principale conclusiva
88	Almeno un campo chiave risulta non compilato (valore NULL) all'interno del file dei dati sensibili.	Campi chiave del record
89	Una cartella e' aperta da piu' di 365 giorni senza alcuna prestazione associata.	Data inizio trattamento
101	Sono aperte contemporaneamente due cartelle per lo stesso paziente e nella stessa equipe.	Data inizio trattamento
104	La data di chiusura della cartella e' successiva alla scadenza d'invio dei dati.	Data fine trattamento



8.3 Tracciato B – DATI PRESTAZIONI

Controllo	Descrizione Controllo	Campo Interessato
5	Chiavi del tracciato delle prestazioni erogate non presenti in quello dei dati anagrafici.	Campi chiave del record
8	Il codice regione erogatrice contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Regione
9	Il codice Azienda ULSS erogatrice contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Azienda ULSS
11	Il codice equipe responsabile della cartella attiva nei primi 3 caratteri (branca specialistica) contiene valori diversi da quello previsto per la psichiatria.	Equipe responsabile cartella attiva
12	Il codice identificativo U.O./equipe (ultimi 3 caratteri del campo equipe responsabile della cartella attiva) contiene valori non validi per il trimestre di riferimento, in relazione al codice Azienda ULSS erogatrice indicato.	Equipe responsabile cartella attiva
13	Il numero della cartella territoriale contiene caratteri non numerici.	Cartella Territoriale
56	Il codice della struttura sanitaria contiene valori non validi per il trimestre di riferimento o non appartenenti all'azienda inviante.	Codice struttura
57	Il codice della struttura sanitaria risulta assente.	Codice struttura
58	Il codice regionale struttura dell'equipe psichiatrica (ultimi 2 caratteri del campo codice erogatore), contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Codice erogatore
59	Il codice erogatore nei primi 3 caratteri (branca specialistica) contiene valori diversi da quello previsto per la psichiatria.	Codice erogatore
60	Il codice identificativo U.O./equipe (3 caratteri dalla posizione 4 del campo codice erogatore), contiene valori non validi per il trimestre di riferimento, in relazione al codice Azienda ULSS erogatrice indicato.	Codice erogatore
61	Il codice equipe responsabile della cartella attiva risulta avere una lunghezza diversa da quella prevista, pari a 6 caratteri.	Equipe responsabile cartella attiva
62	Il codice erogatore risulta avere una lunghezza diversa da quella prevista, pari a 8 caratteri.	Codice erogatore
63	Il codice del profilo professionale erogante principale contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Profilo professionale erogante principale o unico
64	Il codice del profilo professionale erogante principale risulta assente.	Profilo professionale erogante principale o unico
65	Il codice del profilo professionale erogante aggiuntivo 1 contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Profilo professionale erogante aggiuntivo (1)
66	Il codice del profilo professionale erogante aggiuntivo 2 contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Profilo professionale erogante aggiuntivo (2)
67	Il codice del profilo professionale erogante aggiuntivo 3 contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Profilo professionale erogante aggiuntivo (3)
68	Il codice del profilo professionale erogante aggiuntivo 4 contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Profilo professionale erogante aggiuntivo (4)
69	Il codice del richiedente della prestazione contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Richiedente prestazione
70	Il codice del richiedente della prestazione risulta assente.	Richiedente prestazione
71	La data della prestazione risulta formalmente errata.	Data prestazione
72	La data della prestazione risulta assente.	Data prestazione
73	Il codice prestazione del nomenclatore 1 (a 22 voci) contiene valori non validi per il trimestre di riferimento (tabella 6).	Prestazione nomenclatore1
74	Il codice prestazione del nomenclatore 1 (a 22 voci) risulta assente.	Prestazione nomenclatore1
75	Il flag contiene valori non ammessi (diversi da G=Giorno).	Flag
78	La quantità delle prestazioni erogate contiene valori non numerici oppure zero.	Quantità
79	La quantità delle prestazioni erogate risulta assente.	Quantità
80	Il codice regime di erogazione contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Regime erogazione
81	Il codice regime di erogazione risulta assente.	Regime erogazione
82	Il codice modalita' di erogazione contiene valori non validi per il trimestre di riferimento.	Modalita erogazione
83	Il codice modalita' di erogazione risulta assente.	Modalita erogazione
84	Profili professionali eroganti aggiuntivi valorizzati in assenza del codice professionale erogante principale o unico.	Profilo professionale erogante principale o unico
87	Il codice prestazione come da nomenclatore 1 e' 21 o 22 in presenza di struttura dell'equipe psichiatrica 10 o 11 (ultimi 2 caratteri del campo codice erogatore).	Codice erogatore
92	Una prestazione e' erogata da un profilo professionale principale diverso da quello previsto in tabella 8.	Profilo professionale erogante principale o unico
93	La data di una prestazione precede la data di apertura della cartella ad essa associata.	Data prestazione
102	Un record contiene un valore della variabile quantita' > 10	Quantita



9. Tabele di riferimento

TABELLA 1 – CODICE EROGATORE

CODICE	DENOMINAZIONE DELLA FUNZIONE (DGR VENETO 2223/95)	TIPO STRUTTURA STS 11
10	CSM (componente ambulatoriale)	AMBULATORIO/LABORATORIO
11	CSM (componente NON ambulatoriale)	
12	CSM (componente Centro Diurno)	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE
13	CSM (componente Day Hospital territoriale)	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE
20	Comunità Alloggio	STRUTTURA RESIDENZIALE
31	CTRP Attiva	STRUTTURA RESIDENZIALE
32	CTRP Mant. /estinzione (da ex O.P.)	STRUTTURA RESIDENZIALE

La componente non ambulatoriale del CSM è costituita dalle attività e prestazioni dello stesso non realizzate né erogate mediante un ambulatorio (ed es. riunione di equipe per decidere il programma di cura di un caso).

TABELLA 2 – PROFILO PROFESSIONALE EROGANTE

CODICE	PROFILO PROFESSIONALE
1011 oppure 1014	Medico dirigente II livello
1012 oppure 1015	Medico dirigente I livello
1080	Psicologo
110101	Caposala
110201	Infermiere professionale
110202	Assistente sanitario
111101	Infermiere generico
111102	Infermiere psichiatrico
111999	Altro personale infermieristico
114108	Educatore professionale
3040	Assistente sociale
3081	Operatore tecnico di assistenza
9999	Altro personale

TABELLA 3 – RICHIEDENTE PRESTAZIONE

CODICE	RICHIEDENTE PRESTAZIONE
1	Utente medesimo
2	Medico di Medicina generale del paziente
3	Altro medico specialista
4	Reparto ospedaliero
5	Pronto soccorso
6	Parenti, conoscenti del paziente
7	Equipe curante (autoinvio)
8	Altre strutture socio assistenziali pubbliche
9	Altre strutture socio assistenziali private
10	Altre strutture non sanitarie



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

TABELLA 4 – REGIME DI EROGAZIONE

CODICE	REGIME EROGAZIONE
1	Ambulatoriale
2	Centro diurno
3	Day hospital territoriale
4	Residenziale
5	Domicilio del paziente
6	Ambiente socio-relazionale del paziente
7	Altre strutture socio-sanitarie
8	Telefonico

TABELLA 5 – MODALITA' DI CONCLUSIONE

CODICE	MODALITA' DI CONCLUSIONE
1	Risoluzione clinica del processo / episodio di cura
2	Interruzione clinica concordata del rapporto terapeutico
3	Interruzione non concordata del rapporto terapeutico (codificare con questo codice anche in caso di cartella senza prestazioni da almeno 365 giorni)
4	Cambio di residenza del paziente
5	Decesso del paziente

TABELLA 6 – PRESTAZIONE EROGATA

CODICE	PRESTAZIONE	DESCRIZIONE
01	PRIMA VISITA	Prima visita con o senza certificazione.
02	VISITA SPECIALISTICA DI CONTROLLO	Visita specialistica successiva alla prima, con o senza certificazione (ad esclusione delle psicoterapie).
03	COLLOQUIO PSICHIATRICO O COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	Colloquio svolto dal medico psichiatra o dallo psicologo con paziente presente al colloquio medesimo. Devono essere inclusi in questo codice anche i colloqui svolti presso le strutture occupazionali convenzionate (ad es. cooperative di solidarietà sociale) e presso strutture private (aziende, ...).
04	RELAZIONE CLINICA	Ogni relazione scritta a seguito di prestazioni sanitarie e/o valutazioni da documentazione clinica, effettuata da qualsiasi figura professionale dell'equipe. Esclude certificati routinari (ad es. certificato di visita, assenza dal lavoro, comunicazioni con il medico inviante, ecc...) e relazioni interne.
05	CONSULENZA SPECIALISTICA	Consulenze formalmente richieste a strutture territoriali del DSM da altre strutture territoriali socio-sanitarie, all'interno di specifiche convenzioni.
06	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	Intervento nell'ambito di una relazione strutturata tra il terapeuta ed il paziente, con periodicità definita (pre-seduta, seduta, post-seduta, registrazione).
07	PSICOTERAPIA DELLA FAMIGLIA E/O DI COPPIA	Intervento nell'ambito di una relazione strutturata tra uno o più terapeuti ed una coppia o nucleo familiare, con periodicità definita (pre-seduta, seduta, post-seduta, registrazione).
08	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	Intervento nell'ambito di una relazione strutturata tra uno o più terapeuti ed un gruppo di utenti, con periodicità definita (pre-seduta, seduta, post-seduta, registrazione).
09	IPNOTERAPIA	Da usare solo se si fa ipnosi, inclusa ipnosi per analgesia.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

10	ANAMNESI E/O VALUTAZIONE BREVE	Comprende: - valutazione psicologico clinica breve; - anamnesi psichiatrica personale breve.
11	ESAME TESTISTICO	Comprende la somministrazione di uno o più test diversi e la valutazione globale ed integrata dei risultati.
12	INCONTRI OPERATIVI MULTIPROFESSIONALI	Incontri con varie figure professionali esterne all'equipe per casi in trattamento finalizzati a: - presentazione e discussione del caso; - programmazione e verifica del progetto terapeutico; - supervisione.
13	VISITA COLLEGALE	Visita prevista da leggi o regolamenti, con o senza relazione scritta, compresa attività medico-legale.
14	COLLOQUIO INFORMATIVO E DI SOSTEGNO	Intervento svolto da qualsiasi profilo professionale, comprendente attività di informazione, di sostegno, di verifica della situazione del paziente: rivolta al paziente stesso, ai familiari, a terzi interessati (è segnabile anche se svolto in regime telefonico).
15	INTERVENTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO STRUTTURATO (IN PROTOCOLLO)	Intervento terapeutico/riabilitativo strutturato, finalizzato a consentire direttamente all'utente la riacquisizione di capacità di autonomia personale, di lavoro, di ri-socializzazione.
16	SOMATOTERAPIA PSICHIATRICA	Comprende tutti gli interventi svolti dagli operatori dell'equipe per somministrazione di terapia psicofarmacologica o altra forma di somatoterapia psichiatrica.
17	ATTIVITÀ STRUTTURATA DI PREVENZIONE E TUTELA DELLA SALUTE MENTALE	Comprende tutti gli interventi di prevenzione e tutela della salute mentale, facenti parte di congruenti programmi assunti dall'equipe, e rivolti indirettamente ai pazienti in carico (ad es. ai suoi familiari).
18	RIUNIONI DI EQUIPE O TRA OPERATORI	Riunioni interne degli operatori dell'equipe finalizzate a discussione, valutazione, verifica, programmazione, supervisione di specifici casi. Esclude le riunioni di equipe organizzative e non riferite a specifici utenti, in quanto assimilate a macroattività direzionale e/o di coordinamento.
19	SEGRETARIATO SOCIALE	Interventi diretti di informazione e di orientamento su richiesta di singoli utenti e/o di famiglie. Comprende inoltre tutte le attività di carattere amministrativo sul caso.
20	ATTIVITÀ EDUCATIVO-OCCUPAZIONALE	Comprende tutti gli interventi occasionali di educazione, animazione ed occupazionali.
21	GIORNATA DI PRESENZA IN STRUTTURA RESIDENZIALE E/O SEMIRESIDENZIALE	È la giornata di presenza in struttura psichiatrica semiresidenziale e/o residenziale (CTRP, CA, CD, DHT); include la routinaria attività di assistenza sanitaria erogata all'ospite, inclusa la somatoterapia psichiatrica. Le eventuali prestazioni non routinarie andranno segnate utilizzando gli altri codici della legenda.
22	ALTRO	Voce residuale da utilizzarsi solo nel caso in cui si produca una prestazione con caratteristiche particolari non classificata e non assimilabile ad alcuna altra dell'elenco.

**TABELLA 7 – EQUIPE PSICHIATRICA**

CODICE IDENTIFICATIVO EQUIPE	SEDE DI RIFERIMENTO	AZIENDA ULSS
011	AURONZO	101
012	AGORDO	
013	BELLUNO	
021	FELTRE	102
031	AMBULATORI SEDE OSPEDALE DI BASSANO	103
032	AMBULATORI DI ALTRE SEDI	
041	THIENE	104
042	SCHIO	
051	VALDAGNO	105
052	MONTECCHIO MAGGIORE	
061	VICENZA 1	
062	VICENZA 2	106
063	NOVENTA VICENTINA	
071	VITTORIO VENETO	107
072	CONEGLIANO	
081	MONTEBELLUNA	108
082	CASTELFRANCO VENETO	
091	TREVISO1	109
092	TREVISO2	
093	MOGLIANO-ODERZO	
101	S. DONA' DI PIAVE	110
102	PORTOGRUARO	
121	MARGHERA	112
122	MESTRE	
123	VENEZIA	
124	VENEZIA LIDO	
131	MIRANO	113
132	DOLO	
141	CHIOGGIA	114
151	CITTADELLA	115
152	CAMPOSAMPIERO	
161	SERVIZIO PSICHIATRICO 1	116
162	SERVIZIO PSICHIATRICO 2	
163	SERVIZIO PSICHIATRICO 3-CLINICA PSICHIATRICA	
171	CONSELVE	117
172	MONTAGNANA	
181	ROVIGO	118
182	BADIA POLESINE	
191	ADRIA	119
201	VERONA1	120
202	VERONA2	
203	VERONA3	
204	SOAVE	
211	LEGNAGO	121
221	EQUIPE PSICHIATRICA NORD	122
222	EQUIPE PSICHIATRICA SUD	

**TABELLA 8 – GRIGLIA CODICE PRESTAZIONE – PROFILO PROFESSIONALE PRINCIPALE**

CODICE PRESTAZIONE	PROFILO PROFESSIONALE
01	Medico o psicologo (1011, 1014, 1012, 1015, 1080)
02	Medico (1011, 1014, 1012, 1015)
03	Medico o psicologo
04	Medico o psicologo
05	Medico o psicologo
06	Medico o psicologo
07	Medico o psicologo
08	Medico o psicologo
09	Medico o psicologo
10	Medico o psicologo
11	Psicologo (1080)
12	Qualsiasi figura
13	Medico o psicologo
14	Qualsiasi figura
15	Qualsiasi figura
16	Medico o infermiere (1011, 1014, 1012, 1015, 110101, 110201, 110202, 111101, 111102, 111999)
17	Qualsiasi figura
18	Qualsiasi figura
19	Qualsiasi figura
20	Qualsiasi figura tranne medici o psicologi
21	Qualsiasi figura
22	Qualsiasi figura