

Bur n. 57 del 14/07/2009

Sanità e igiene pubblica

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 1883 del 23 giugno 2009

Approvazione del Disciplinare tecnico per i flussi informativi dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale (APT).

(La parte di testo racchiusa fra parentesi quadre, che si riporta per completezza di informazione, non compare nel Bur cartaceo, ndr)

[Il Vice Presidente Dott. Franco Manzato,– riferisce quanto segue:

La conoscenza dei tassi di incidenza e prevalenza delle patologie psichiatriche è una delle componenti fondamentali della programmazione e pianificazione dei servizi: è solo disponendo di queste informazioni, infatti, che chi deve decidere l'allocazione delle risorse può prendere decisioni che vadano incontro ai reali bisogni della popolazione. Conoscere i tassi reali, tuttavia, richiede la realizzazione di complessi e costosi studi di popolazione: per questo motivo la maggior parte delle analisi epidemiologiche di cui disponiamo si riferiscono alla prevalenza ed alla incidenza di casi trattati nei servizi psichiatrici. Pertanto, è necessario poter quantificare e qualificare le richieste di un territorio attraverso un sistema informativo adeguatamente sviluppato e pienamente integrato nella rete informativa Regionale, che consenta di monitorare i dati relativi a tutte le possibili agenzie di aiuto legate alla salute mentale.

A tal fine, con DGR n. 320 del 10 febbraio 1998 avente per oggetto "modalità di rilevazione dell'attività specialistica territoriale nell'ambito della psichiatria" veniva istituito il flusso informativo regionale dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale (APT) con l'obiettivo di documentare 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.

Al suddetto provvedimento veniva successivamente data applicazione operativa con una serie di direttive, le più significative delle quali erano le seguenti:

- Nota regionale prot. n. 5477/20251 del 18 Giugno 1998: "Rilevazione dell'attività specialistica territoriale nell'ambito della psichiatria. Invio dati alla Regione".
- Nota regionale prot. n. 151/20251 del 11 gennaio 1999: "Assistenza specialistica territoriale. Branca di psichiatria. DGRV n. 320/1998: istruzioni per il 1999".
- Nota 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".
- Nota regionale prot. n. 15795/50.07.51 del 26 marzo 2003: "Flusso informativo della Psichiatria Territoriale (D.G.R. n. 320/1998): adeguamento".
- Nota regionale prot. n. 814882/50.07.01.00 del 1 dicembre 2005: "Nomina dei referenti per il Flusso informativo regionale della Psichiatria territoriale".

- Nota regionale prot. n. 522556/50.07.01.03 del 12 settembre 2006: "Flusso informativo della psichiatria territoriale – adeguamento".
- Nota 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".

A distanza di nove anni dalla istituzione del flusso informativo regionale sull'Assistenza Psichiatria Territoriale con DGR n. 320 del 10/2/1998 si era poi reso necessario procedere alla stesura di un "testo unico" della disciplina del flusso che sintetizzasse al suo interno i molteplici interventi adeguativi effettuati nel corso degli anni. Tale iniziativa era motivata anche alla luce dei recenti sviluppi nelle modalità di gestione del flusso, in particolare l'assegnazione a partire dal 2005 dell'attività di gestione e coordinamento del flusso al Centro Regionale di Riferimento per il Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale (CRRG–SER), con l'apporto di un Gruppo Tecnico–Scientifico costituito da specialisti psichiatri individuati dalla Commissione Regionale per la Salute Mentale, e 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 doveva 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 tale disciplinare tecnico si intendeva 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.

Nel corso di un workshop organizzato dal CRRG–SER e tenutosi a Verona nel maggio 2007 veniva presentato il 1° Rapporto relativo al Flusso informativo APT nel Veneto, con il quale si intendeva restituire a ciascuna Azienda ULSS e alla Regione del Veneto una sintesi dei risultati dei controlli di qualità effettuati sui dati del 2006 e alcuni indicatori sulla casistica trattata e sulle prestazioni erogate. Successivamente, in occasione della 1^ Conferenza Regionale sulla Salute Mentale (Verona, 9–10 maggio 2008) veniva presentato invece in versione preliminare il 1° Rapporto sulla tutela della salute mentale nel Veneto, che costituiva una nuova fase del processo di diffusione dei dati sull'utenza e sulle prestazioni erogate dai Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende ULSS. Tale pubblicazione era stata realizzata nell'ambito dei lavori del Gruppo Tecnico Scientifico regionale "Flussi informativi per la Salute Mentale", il cui mandato è quello di produrre informazioni a supporto della programmazione regionale in tema di salute mentale sui bisogni della popolazione e sulle risposte assistenziali fornite dai servizi sanitari; in tale contesto sono state realizzate sia iniziative per favorire il ritorno informativo ai vari livelli decisionali, sia azioni di promozione della qualità dei dati, in particolare avviando un percorso di revisione dei flussi informativi esistenti in ottica epidemiologica.

Il Gruppo di lavoro regionale sui flussi APT, anche sulla base del dibattito emerso nel corso della 1^ Conferenza Regionale Sulla Salute Mentale, ha dedicato particolare attenzione al miglioramento della qualità dei dati caricati nel sistema informativo regionale relativamente all'Assistenza Psichiatrica Territoriale: al riguardo, il contributo fornito dalle singole Aziende ULSS e dai Dipartimenti di Salute Mentale è fondamentale per garantire la qualità del dato che a sua volta consente una migliore programmazione sia regionale che locale. A suo tempo era stato individuato presso ciascun D.S.M. un referente per i flussi APT, che ha contribuito sensibilmente al progressivo miglioramento del sistema informativo: si trattava quindi di potenziare ulteriormente questo collegamento con i singoli territori, e a tal fine è stato richiesto a ciascun Dipartimento di Salute Mentale di individuare:

- un operatore del D.S.M., con il ruolo di referente per la rilevazione e il caricamento dei dati;
- un responsabile di Unità operativa del D.S.M., preferibilmente complessa, meglio se direttamente il Direttore del D.S.M., in qualità di referente per l'integrazione del flusso APT con la programmazione delle attività del D.S.M..

Al fine di presentare il lavoro prodotto e di avviare un confronto con il territorio è stata organizzata un'apposita Giornata di Studio su: "Flussi informativi e Tutela della salute mentale– *Presentazione del Rapporto 2007 e proposte di miglioramento del flusso informativo Assistenza Psichiatrica Territoriale*, che si è tenuta il 3 novembre 2008 a Castelfranco Veneto: durante tale evento è stato presentato il Report 2007 sulla Tutela della Salute Mentale nel Veneto, con i dati di ciascun D.S.M., nonché la proposta di revisione del disciplinare tecnico per i flussi

informativi APT, elaborata dal Gruppo di lavoro regionale sui flussi APT. Facendo seguito a quanto anticipato e discusso durante tale giornata di studio, il Gruppo di lavoro regionale ha elaborato una ulteriore proposta di Revisione del Disciplinare Tecnico del Flusso Informativo APT, trasmessa per valutazioni ai referenti per i flussi APT.

Sulla base delle osservazioni pervenute dai referenti aziendali dei flussi APT è stata predisposta la versione finale del Disciplinare Tecnico del Flusso Informativo APT, allegato al presente provvedimento "**Allegato A**" per farne parte integrante e sostanziale, che ora si propone all'approvazione della Giunta regionale.

Si precisa che il flusso dell'assistenza psichiatria territoriale costituisce eccezione rispetto all'art 4 della Legge n. 34 del 14 dicembre 2007 "Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di consenso informato" (Bur n. 108 del 18/12/2007), che afferma che " La cartella clinica viene aperta qualora sia stato individuato un percorso di diagnosi o cura o controllo sanitario superiore a due incontri programmati; negli altri casi il sanitario è tenuto a rilasciare al paziente un referto scritto sulla attività svolta contenente i dati clinici rilevanti nonché la diagnosi e la terapia eventualmente somministrata."

Si precisa inoltre che le modifiche apportate tengono conto anche delle indicazioni nazionali per il costituendo sistema informativo nazionale per la salute mentale.

LA GIUNTA REGIONALE

- UDITO il Relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale
- VISTA la DGR n. 320 del 10 febbraio 1998 avente per oggetto "modalità di rilevazione dell'attività specialistica territoriale nell'ambito della psichiatria"
- VISTE le seguenti note regionali:
 - ◆ prot. n. 5477/20251 del 18 Giugno 1998: "Rilevazione dell'attività specialistica territoriale nell'ambito della psichiatria. Invio dati alla Regione".
 - ◆ prot. n. 151/20251 del 11 gennaio 1999: "Assistenza specialistica territoriale. Branca di psichiatria. DGRV n. 320/1998: istruzioni per il 1999".
 - ◆ prot. n. 11694/20251 del 24 dicembre 1999: "Uso del sistema ICD9–CM dal 01/01/2000 per il flusso informativo della psichiatria territoriale".
 - ◆ prot. n. 15795/50.07.51 del 26 marzo 2003: "Flusso informativo della Psichiatria Territoriale (D.G.R. n. 320/1998): adeguamento".
 - ◆ prot. n. 814882/50.07.01.00 del 1° dicembre 2005: "Nomina dei referenti per il Flusso informativo regionale della Psichiatria territoriale".
 - ◆ prot. n. 522556/50.07.01.03 del 12 settembre 2006: "Flusso informativo della psichiatria territoriale – adeguamento".
 - ◆ 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".
- VISTI il 1° Rapporto relativo al Flusso informativo APT nel Veneto (dati 2006) e 1° Rapporto sulla tutela della salute mentale nel Veneto (dati 2007)
- VISTA la corrispondenza agli atti della competente Direzione regionale Piani e programmi socio-sanitari]

delibera

1. Di considerare le premesse parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. Di approvare il Disciplinare Tecnico del Flusso Informativo dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale (APT), allegato al presente provvedimento

"Allegato A" per farne parte integrante e sostanziale;

3. Di stabilire che il suddetto Disciplinare tecnico entra in vigore a partire dal 1° gennaio 2010;
4. Di demandare l'applicazione del suddetto Disciplinare tecnico alle Aziende ULSS del Veneto attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale;
5. Di demandare al Dirigente regionale della Direzione Piani e Programmi socio-sanitari la costituzione con proprio provvedimento di un apposito Gruppo di lavoro regionale per il monitoraggio e la verifica dell'applicazione a livello locale del presente provvedimento;
6. Di confermare l'incarico di gestione e coordinamento del flusso informativo APT al Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale (SER);
7. Di assegnare alla Direzione Risorse Socio Sanitarie – Unità di Progetto Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale, l'adeguamento della infrastruttura tecnologica ed il supporto per lo sviluppo del Sistema Informativo, secondo le specifiche definite dal Gruppo di lavoro regionale di cui al punto 5;
8. Di demandare al Dirigente regionale della Direzione Piani e Programmi socio-sanitari di provvedere con proprio provvedimento, su proposta del Gruppo di lavoro regionale di cui al punto 5), alle eventuali integrazioni e/o correzioni non sostanziali che si rendessero necessarie in fase di applicazione operativa del suddetto Disciplinare tecnico.



DISCIPLINARE TECNICO

Flusso informativo

Assistenza Psichiatrica Territoriale (APT)

Contenuti informativi e struttura degli archivi

1. Oggetto della rilevazione

Con il flusso informativo dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale (APT) vengono rilevate le caratteristiche anagrafiche e cliniche degli utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) delle Aziende ULSS del Veneto e le prestazioni erogate.

Utenti:

- utenti dei DSM, compresi anche gli utenti che si rivolgono al DSM per motivi amministrativi (ad esempio per certificazioni);
- utenti dei Servizi per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) con diagnosi psichiatrica.

Prestazioni erogate:

prestazioni erogate dalle strutture dei DSM e dei servizi DCA ad esclusione delle consulenze per utenti ricoverati in struttura ospedaliera. Le consulenze in Pronto Soccorso rientrano tra le prestazioni territoriali e vanno rilevate indicando come *Regime di erogazione* il codice “9 - Pronto soccorso” (Tabella 12).

2. La cartella psichiatrica territoriale

Nella cartella psichiatrica territoriale vengono registrati i dati anagrafici e clinici dell'utente e i dati sulle prestazioni erogate. La cartella viene aperta quando un utente entra in contatto con il DSM e viene mantenuta aperta per tutta la durata del trattamento associato al problema clinico manifestato.

L'elemento caratterizzante della cartella psichiatrica territoriale è costituito dalla diagnosi del paziente, che può avere caratteristiche cliniche (ad esempio un disturbo mentale) o non cliniche (ad esempio test per scopi amministrativi). Ne consegue che tutte le cartelle trasmesse alla Regione dovranno riportare un codice di diagnosi principale; in caso contrario le cartelle e le relative prestazioni non verranno caricate nel database regionale.

Per tener conto del fatto che durante il percorso assistenziale la diagnosi può essere affinata o comunque subire variazioni, **la diagnosi potrà essere modificata nel tempo senza bisogno di chiudere la cartella, ma indicando sempre la data di variazione.** Se la diagnosi non subisce variazioni nel tempo, la data associata alla diagnosi coincide con la data di apertura della cartella.

2.1 Apertura e chiusura della cartella psichiatrica territoriale

All'apertura della cartella psichiatrica territoriale viene assegnato un numero identificativo della stessa, costituito per i primi due caratteri dall'anno di apertura e per i rimanenti sei da un numero progressivo unico nell'anno e per equipe. 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.

Alla chiusura della cartella vanno indicate la data di chiusura e la modalità di conclusione, utilizzando i codici riportati nella Tabella 7. Se non sono state erogate prestazioni da almeno 365 giorni, si procede alla chiusura forzata della cartella utilizzando il codice della *Modalità di conclusione* "3 - Interruzione non concordata del rapporto terapeutico" (Tabella 7). La *Data di chiusura* della cartella coincide di norma con la data dell'ultima prestazione erogata; qualora invece la cartella venga chiusa per decesso o trasferimento di residenza del paziente, la *Data di chiusura* della cartella coincide con l'evento indicato.

Il ricovero in ospedale (ricovero ordinario o diurno) non è una condizione sufficiente a determinare la chiusura della cartella territoriale.

2.2 Codifica delle diagnosi

A partire dal 1 gennaio 2010, in tutte le cartelle trasmesse alla Regione le diagnosi dovranno essere codificate secondo la classificazione internazionale delle malattie versione 10 (ICD 10). Per facilitare il passaggio dalla codifica ICD 9 alla codifica ICD 10 viene fornita ai DSM una tabella di conversione scaricabile dal sito della Regione (<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Programmazione+Socio+Sanitaria/Salute+Mentale>) o dal sito del SER (www.ser-veneto.it).

2.3 Rilevazione delle prestazioni

Le prestazioni erogate all'utente vengono rilevate utilizzando i codici della Tabella 11.

Se una prestazione è erogata da più operatori, essa va registrata una volta sola indicando nei cinque campi a disposizione (*Profilo professionale erogante*) i codici degli operatori secondo la Tabella 9.

Nella Tabella 13 vengono riportati, limitatamente al *Profilo professionale erogante principale*, i codici compatibili con ciascuna prestazione.

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

Quando un utente viene accolto in una struttura residenziale deve essere registrata la *Prestazione* "21.03-Accoglimento in struttura residenziale". All'uscita dalla struttura residenziale in corrispondenza di tale prestazione dovrà essere compilato il campo *Data di dimissione*. Quando la presenza viene sospesa temporaneamente e il posto letto non viene reso disponibile ad un altro utente (ad esempio per ricoveri ospedalieri o permessi),

la presenza in struttura viene considerata attiva e quindi il campo *Data di dimissione* non va compilato.

Le prestazioni erogate durante la presenza in struttura residenziale vanno rilevate solo se esulano dalle prestazioni di routine come indicato nella Tabella 11.

3. Struttura del flusso informativo

Il flusso informativo APT 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 all’utente. 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** (vedi paragrafo “5. Tracciati record”).

4. Contenuti informativi

4.1 Tracciato A - Cartella

1. Regione
Codificare 050.
2. Azienda ULSS
Utilizzare il codice di cui al D.M. 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 Informativi Ministeriali).
3. Equipe
Codice dell’equipe che apre la cartella. Utilizzare i codici della Tabella 6.
4. Numero cartella territoriale
È costituito da otto 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. Cognome utente
Utilizzare solo caratteri maiuscoli.
6. Nome utente
Utilizzare solo caratteri maiuscoli.
7. Codice sanitario individuale
Da compilare solo in assenza del codice fiscale al fine di rilevare:
 - il codice sanitario individuale di nove caratteri per i residenti nella Regione Veneto;
 - il codice Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) di sedici caratteri per i cittadini non in regola con il permesso di soggiorno;
 - il codice TEAM per i cittadini appartenenti all’Unione Europea.

8. 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.

9. Sesso

Utilizzare la codifica: 1 = maschio, 2 = femmina.

10. Data di nascita

Utilizzare il formato GGMMAAAA.

11. Comune/stato estero di nascita

Utilizzare il codice definito dall'ISTAT (i primi tre caratteri per il codice provincia, i rimanenti tre per il progressivo comune). Per i nati all'estero, codificare 999 nei primi tre caratteri e il codice stato estero nei rimanenti tre utilizzando i codici ISTAT degli stati esteri.

12. Cittadinanza

Utilizzare il codice 100 per gli utenti con cittadinanza italiana e il codice ISTAT degli stati esteri per gli utenti con cittadinanza estera.

13. Comune/stato estero di residenza

Riportare l'ultima residenza nota. Utilizzare il codice definito dall'ISTAT (i primi tre caratteri per il codice provincia, i rimanenti tre per il progressivo comune). Per i residenti all'estero, codificare 999 nei primi tre caratteri e il codice stato estero nei rimanenti tre utilizzando i codici ISTAT degli stati esteri.

14. Azienda ULSS di residenza

È l'Azienda ULSS che comprende il comune in cui l'utente 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". Da non compilare per i residenti all'estero.

15. Regione di residenza

È la regione che comprende il comune nel quale l'utente risiede. Utilizzare il codice di cui al D.M. 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 l'utente sia residente all'estero, indicare il codice ISTAT dello stato estero.

16. Comune di domicilio

Utilizzare il codice definito dall'ISTAT (i primi 3 caratteri per il codice provincia, i rimanenti 3 per il progressivo comune).

17. Stato civile

Utilizzare i codici della Tabella 1.

18. Collocazione socio-ambientale

Utilizzare i codici della Tabella 2.

19. Titolo di studio

Indicare il titolo di studio massimo conseguito (Tabella 3).

20. Condizione professionale o non professionale

Utilizzare i codici della Tabella 4.

21. Posizione nella professione
Utilizzare i codici della Tabella 5.
22. Data apertura cartella
Utilizzare il formato GGMMAAAA.
23. Peso
Peso in chilogrammi. Va indicato solo per gli utenti con DCA.
24. Altezza
Altezza in centimetri. Va indicato solo per gli utenti con DCA.
25. Diagnosi principale
Utilizzare i codici della classificazione ICD 10. La diagnosi principale può essere modificata nel tempo indicando la data di variazione nel campo *Data diagnosi principale*.
26. Data diagnosi principale
Data in cui viene formulata la diagnosi principale. Per la prima diagnosi la data coincide con la data di apertura della cartella. Utilizzare il formato GGMMAAAA.
27. Diagnosi concomitante 1
Utilizzare i codici della classificazione ICD 10.
28. Diagnosi concomitante 2
Utilizzare i codici della classificazione ICD 10.
29. Data chiusura cartella
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 dell'utente coincide con la data dell'evento. Utilizzare il formato GGMMAAAA.
30. Modalità di conclusione
Utilizzare i codici della Tabella 7.

4.2 Tracciato B – Prestazioni erogate all'utente

1. Regione erogante
Codificare 050.
2. Azienda ULSS
Utilizzare il codice di cui al D.M. 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 Informativi Ministeriali).
3. Equipe
Codice dell'equipe che apre la cartella. Utilizzare i codici della Tabella 6.
4. Numero cartella territoriale
È costituito da otto 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 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 che eroga la prestazione (Tabella 6) e per i successivi due caratteri dal codice della struttura erogante (Tabella 8).
7. Profilo professionale erogante principale o unico
Utilizzare i codici della Tabella 9.
8. Profilo professionale erogante aggiuntivo 1
Utilizzare i codici della Tabella 9.
9. Profilo professionale erogante aggiuntivo 2
Utilizzare i codici della Tabella 9.
10. Profilo professionale erogante aggiuntivo 3
Utilizzare i codici della Tabella 9.
11. Profilo professionale erogante aggiuntivo 4
Utilizzare i codici della Tabella 9.
12. Richiedente la prestazione
Utilizzare i codici della Tabella 10.
13. Data prestazione
Utilizzare il formato GGMMAAAA. Per la prestazione 21.03 è la data di ingresso in struttura residenziale.
14. Prestazione erogata
Utilizzare i codici della Tabella 11.
15. Nomenclatore tariffario regionale
Codice prestazione da Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali (se previsto nella Tabella 11, quarta colonna).
16. Quantità
Di default =1. Può assumere valori maggiori di 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 della Tabella 12.
18. Modalità erogazione
Utilizzare la seguente codifica: 1 = urgente o non programmato; 2 = non urgente.
19. Data dimissione da struttura residenziale
Utilizzare il formato GGMMAAAA. Va compilata solo per la prestazione 21.03.

5. Tracciati record

Tracciato record A - Cartella psichiatrica territoriale

Per esigenze di tutela dei dati personali, i dati anagrafici e sensibili vengono trasmessi sul portale regionale mediante file distinti, accomunati dalla chiave identificativa costituita dalla combinazione dei campi **Regione, Azienda ULSS, Equipe, Numero cartella**.

5.1 Tracciato record A1 - Parte Anagrafica

POSIZ.	CAMPO	TIPO	LUNG.	NOTE
1	Regione	AN	3	Costante = 050.
4	Azienda ULSS	AN	3	Codice Azienda ULSS.
7	Equipe	AN	6	Codice dell'equipe che apre la cartella (Tabella 6).
13	Numero cartella	AN	8	Numero della cartella psichiatrica. I primi due caratteri indicano l'anno di apertura e i successivi sei un progressivo univoco all'interno dell'anno e per equipe.
21	Cognome	AN	30	Solo caratteri Maiuscoli.
51	Nome	AN	20	Solo caratteri Maiuscoli.
71	Codice sanitario individuale	AN	20	DA COMPILARE SOLO IN ASSENZA DEL CODICE FISCALE - Codice sanitario individuale di nove caratteri per i residenti nella Regione Veneto; - codice Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) di sedici caratteri per i cittadini non in regola con il permesso di soggiorno; - codice TEAM per i cittadini appartenenti all'Unione Europea.
91	Codice fiscale	AN	16	Solo caratteri Maiuscoli.
107	Sesso	AN	1	1 = maschio; 2 = femmina.
108	Data di nascita	DATA	8	Formato GGMMAAAA.
116	Comune di nascita	AN	6	Codice ISTAT.
122	Cittadinanza	AN	3	Codice ISTAT.
125	Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT. Riportare l'ultima residenza nota.
131	Azienda ULSS di residenza	AN	3	Codice Azienda ULSS.
134	Regione di residenza	AN	3	Codice Regione.
137	Comune di domicilio	AN	6	Codice ISTAT.
143	Stato civile	AN	1	Tabella 1.
144	Collocazione socio-ambientale	AN	1	Tabella 2.
145	Titolo di studio	AN	1	Tabella 3.
146	Condizione professionale o non professionale	AN	1	Tabella 4.
147	Posizione nella professione	AN	2	Tabella 5.

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".

5.2 Tracciato record A2 - Parte Sensibile

POSIZ.	CAMPO	TIPO	LUNG.	NOTE
1	Regione	AN	3	Costante = 050.
4	Azienda ULSS	AN	3	Codice Azienda ULSS.
7	Equipe	AN	6	Codice dell'equipe che apre la cartella (Tabella 6).
13	Numero cartella	AN	8	Numero della cartella psichiatrica. I primi due caratteri indicano l'anno di apertura e i successivi sei un progressivo univoco all'interno dell'anno e per equipe.
21	Data apertura cartella	DATA	8	Formato GGMMAAAA.
29	Peso	NUM	3	In chilogrammi. Da compilare solo per gli utenti con DCA.
32	Altezza	NUM	3	In centimetri. Da compilare solo per gli utenti con DCA.
35	Diagnosi principale	AN	5	Codice ICD 10.
40	Data diagnosi principale	DATA	8	Per la prima diagnosi la data coincide con la data di apertura della cartella.
48	Diagnosi concomitante 1	AN	5	Codice ICD 10.
53	Diagnosi concomitante 2	AN	5	Codice ICD 10.
58	Data chiusura cartella	DATA	8	Formato GGMMAAAA.
66	Modalità di conclusione	AN	1	Tabella 7.

Regole generali di utilizzazione dei campi:

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

I codici ICD 10 delle diagnosi vanno riportati senza il punto e allineati a sinistra (AN).

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

5.3 Tracciato record B - Prestazioni erogate all'utente

POSIZ.	CAMPO	TIPO	LUNG.	NOTE
1	Regione	AN	3	Costante = 050.
4	Azienda ULSS	AN	3	Codice Azienda ULSS.
7	Equipe	AN	6	Codice dell'equipe che apre la cartella (Tabella 6).
13	Numero cartella	AN	8	Numero della cartella psichiatrica. I primi due caratteri indicano l'anno di apertura e i successivi sei un progressivo univoco all'interno dell'anno e per equipe.
21	Codice struttura erogante	AN	6	Codice STS11.
27	Codice erogatore	AN	8	Primi sei caratteri codice dell'equipe erogante (Tabella 6) e successivi due caratteri codice struttura erogante (Tabella 8).
35	Profilo professionale erogante principale o unico	AN	2	Tabella 9.
37	Profilo professionale erogante aggiuntivo 1	AN	2	Tabella 9.
39	Profilo professionale erogante aggiuntivo 2	AN	2	Tabella 9.
41	Profilo professionale erogante aggiuntivo 3	AN	2	Tabella 9.
43	Profilo professionale erogante aggiuntivo 4	AN	2	Tabella 9.
45	Richiedente la prestazione	AN	2	Tabella 10.
47	Data prestazione	DATA	8	Formato GGMMAAAA. Per la <i>Prestazione</i> 21.03 è la data di ingresso in struttura residenziale.
55	Prestazione erogata	AN	5	Tabella 11.
60	Nomenclatore tariffario regionale	AN	7	Codice prestazione da Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali (Tabella 11, quarta colonna).
67	Quantità	NUM	3	Default = 1.
70	Regime erogazione	AN	1	Tabella 12.
71	Modalità erogazione	AN	1	1 = urgente o non programmato; 2 = non urgente.
72	Data dimissione da struttura residenziale	DATA	8	Formato GGMMAAAA. Da compilare solo per le prestazioni accoglimento in struttura residenziale (codice <i>Prestazione</i> 21.03)

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".

6. Invio dei dati alla Regione e tempistica

L'invio alla Regione dei dati in formato testo e secondo i tracciati record sopra descritti avverrà con cadenza trimestrale tramite il Portale socio-sanitario 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:

- Cartelle territoriali - Tracciati A1 e A2:
 - cartelle con data di apertura o chiusura nel trimestre di riferimento;
 - cartelle alle quali è associata almeno una prestazione nel trimestre di riferimento;
 - cartelle relative a utenti ospitati in strutture residenziali;
 - cartelle chiuse nel trimestre per decesso/trasferimento dell'utente o per assenza di prestazioni da almeno 365 giorni.
- Prestazioni - Tracciato B:
 - prestazioni erogate nel trimestre di riferimento;
 - prestazioni di accogliimento in struttura residenziale (codice *Prestazione 21.03*) anche relative a trimestri precedenti senza *Data di dimissione* o con *Data di dimissione* 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;
- PA1, PA2 e PB indicano i tre tracciati.

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

7. Tabelle di riferimento

Tabella 1 – Stato civile.

CODICE	DESCRIZIONE
1	Celibe/nubile/stato libero
2	Coniugato/a
3	Separato/a
4	Divorziato/a
5	Vedovo/a
6	Non dichiarato

Tabella 2 – Collocazione socio-ambientale.

CODICE	DESCRIZIONE
1	Da solo
2	Famiglia di origine
3	Famiglia acquisita
4	Con altri familiari o altre persone
5	Struttura residenziale psichiatrica per ricovero o lungodegenza
6	Casa di riposo per anziani, RSA, altro istituto o comunità non a carattere psichiatrico
7	Senza fissa dimora

Tabella 3 – Titolo di studio (massimo conseguito).

CODICE	DESCRIZIONE
1	Nessun titolo
2	Licenza elementare
3	Licenza media inferiore
4	Diploma
5	Diploma universitario
6	Laurea specialistica

Tabella 4 – Condizione professionale o non professionale.

CODICE	DESCRIZIONE
1	Occupato
2	Casalingo/a
3	In cerca di prima occupazione
4	Disoccupato
5	Studente
6	Inabile al lavoro
7	Pensionato
9	Altra condizione

Tabella 5 – Posizione nella professione.

CODICE	DESCRIZIONE
01	Dirigente
02	Quadro direttivo
03	Insegnante
04	Impiegato/tecnico
05	Capo operaio/operaio/bracciante
06	Altro lavoratore dipendente
07	Apprendista
08	Lavoratore a domicilio per conto di imprese
09	Militare di carriera
10	Imprenditore
11	Lavoratore in proprio
12	Libero professionista
13	Familiare coadiuvante

Tabella 6 – Equipe psichiatrica.

CODICE	SEDE DI RIFERIMENTO	AZIENDA ULSS
040011	Auronzo	101
040012	Agordo	
040013	Belluno	
040021	Feltre	102
040031	Ambulatori sede Ospedale di Bassano	103
040032	Ambulatori di altre sedi	
040041	Thiene	104
040042	Schio	
040051	Valdagno	105
040052	Montebelluna	
040061	Vicenza 1	106
040062	Vicenza 2	
040063	Noventa Vicentina	
040071	Vittorio Veneto	107
040072	Conegliano	
040081	Montebelluna	108
040082	Castelfranco Veneto	
040091	Treviso 1	109
040092	Treviso 2	
040093	Mogliano	
040094	Oderzo	
040101	San Donà di Piave	110
040102	Portogruaro	
040121	Marghera	112
040122	Mestre	
040123	Venezia	
040124	Venezia Lido	
040131	Mirano	113
040132	Dolo	
040141	Chioggia	114
040151	Cittadella	115
040152	Camposampiero	
040161	Servizio psichiatrico 1	116
040162	Servizio psichiatrico 2	
040163	Servizio psichiatrico 3 - Clinica psichiatrica	
040171	Conselve	117
040172	Montagnana	
040181	Rovigo	118
040182	Badia Polesine	
040191	Adria	119
040201	Verona 1	120
040202	Verona 2	
040203	Verona 3	
040204	Soave	
040211	Legnago	121
040221	Equipe psichiatrica nord	122

040222	Equipe psichiatrica sud	
--------	-------------------------	--

Tabella 7 – Modalità di conclusione.

CODICE	DESCRIZIONE
1	Risoluzione clinica
2	Interruzione clinica concordata del rapporto terapeutico
3	Interruzione non concordata del rapporto terapeutico
4	Cambio di residenza del paziente
5	Decesso dell'utente per cause naturali o accidentali
6	Suicidio
7	Invio ad altro DSM
9	Caso non di pertinenza psichiatrica

Tabella 8 – Codice erogatore.

CODICE	STRUTTURA	DESCRIZIONE (D.G.R. 1616 del 17/06/2008)	TIPO STRUTTURA STS11
10	CSM	Centro di Salute Mentale Componente Ambulatoriale	Ambulatorio/Laboratorio
11	CSM	CSM (domicilio/territorio)	
12	CD	Centro di Salute Mentale Componente Semiresidenziale Centro Diurno	Struttura Semiresidenziale
13	DHT	Centro di Salute Mentale Componente Semiresidenziale Day Hospital Territoriale	Struttura Semiresidenziale
14	DCA/AMB	Centro Disturbi Comportamento Alimentare Componente Ambulatoriale	Ambulatorio/Laboratorio
15	DCA/SR	Centro Disturbi Comportamento Alimentare Componente Semiresidenziale	Struttura Semiresidenziale
16	DCA/RES	Centro Disturbi Comportamento Alimentare Componente Residenziale	Struttura Residenziale
20	CA	Comunità Alloggio	Struttura Residenziale
31	CTRP A	Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta Modulo A	Struttura Residenziale
32	CTRP B	Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta Modulo B	Struttura Residenziale
40	GAP	Gruppo Appartamento Protetto	Struttura Residenziale

Tabella 9 – Profilo professionale operatore erogante la prestazione.

CODICE	DESCRIZIONE
01	Medico
02	Psicologo
03	Infermiere
04	Assistente/operatore sanitario
05	Educatore professionale
06	Assistente sociale
07	Operatore di assistenza/socio-sanitario
08	Terapista della riabilitazione psico-sociale
99	Altra figura professionale

Tabella 10 – Richiedente la prestazione.

CODICE	DESCRIZIONE
01	Utente medesimo (accesso diretto)
02	Medico di medicina generale / Pediatra di libera scelta
03	Medico specialista non ospedaliero
04	Reparto ospedaliero
05	Pronto soccorso
06	Parenti/conoscenti dell'utente
07	Autoinvio DSM curante
08	Altre strutture socio-assistenziali pubbliche
09	Altre strutture socio-assistenziali private
10	Altre strutture non sanitarie

Tabella 11 – Prestazione erogata.

CODICE	PRESTAZIONE	DESCRIZIONE*	Codice Tariffario Regionale
01.01	PRIMA VISITA PSICHIATRA	Prima visita con o senza certificazione (ad esempio: certificato di visita, assenza dal lavoro, comunicazioni con il medico inviante). Intervento con il paziente, svolto da medici psichiatri, e finalizzato a valutarne le condizioni cliniche, lo stato psicopatologico e comportamentale, al fine di giungere a conclusioni diagnostiche e alla impostazione e attuazione del trattamento psichiatrico.	89.7
01.02	PRIMA VISITA PSICOLOGO	Prima visita con il paziente, svolta da psicologi clinici e finalizzata a valutarne le condizioni cliniche, lo stato psicopatologico e comportamentale, al fine di giungere a conclusioni diagnostiche e alla impostazione e attuazione del trattamento psicologico.	94.09
02.00	VISITA SPECIALISTICA DI CONTROLLO	Visita specialistica successiva alla prima, con o senza certificazione. Include anche: – valutazione psicologico clinica breve; – anamnesi psichiatrica personale breve. Esclude le psicoterapie.	94.12.1
03.00	COLLOQUIO PSICHIATRICO	Intervento con il paziente, svolto da medici psichiatri, e finalizzato a valutarne le condizioni cliniche e lo stato psicopatologico, al fine di giungere a conclusioni diagnostiche e alla impostazione, attuazione e verifica del trattamento psichiatrico. Include: – colloqui con psichiatri a carattere psicoterapico senza formalizzazione di psicoterapia; – visite domiciliari o presso le strutture residenziali e/o occupazionali convenzionate (ad esempio: cooperative di solidarietà sociale) e presso strutture private (ad esempio: aziende) da parte dello psichiatra (la sede deve essere specificata nel campo <i>Regime di erogazione</i>). Esclude: interventi in assenza del paziente (ad esempio: colloqui con i familiari, intervento di rete), consulenza, accertamenti medico-legali, psicoterapie, valutazione, attività rivolte alla famiglia.	94.19.1

(continua)

CODICE	PRESTAZIONE	DESCRIZIONE*	Codice Tariffario Regionale
03.01	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	<p>Intervento con il paziente, svolto da psicologi, e finalizzato a valutarne le condizioni cliniche, lo stato psicopatologico, al fine di giungere a conclusioni diagnostiche e alla impostazione, attuazione e verifica del trattamento psichiatrico.</p> <p>Include:</p> <ul style="list-style-type: none"> - colloqui con psicologi a carattere psicoterapico senza formalizzazione di psicoterapia; - visite domiciliari o presso le strutture residenziali e/o occupazionali convenzionate (ad esempio: cooperative di solidarietà sociale) e presso strutture private (ad esempio: aziende) da parte dello psicologo (la sede deve essere specificata nel campo <i>Regime di erogazione</i>). <p>Esclude: interventi in assenza del paziente (ad esempio: colloqui con i familiari, intervento di rete), consulenza, accertamenti medico-legali, psicoterapie, valutazione, attività rivolte alla famiglia.</p>	94.09
04.00	RELAZIONE CLINICA	<p>Ogni relazione scritta a seguito di prestazioni sanitarie e/o valutazioni da documentazione clinica, effettuata da qualsiasi figura professionale dell'equipe.</p> <p>Esclude: certificati routinari (ad esempio: certificato di visita, assenza dal lavoro, comunicazioni con il medico inviante) e relazioni interne.</p> <p>Esclude anche le relazioni che seguono una VISITA COLLEGIALE.</p>	89.03
05.00	CONSULENZA SPECIALISTICA	<p>Valutazione specialistica psichiatrica o psicologico-clinica svolta nei confronti di pazienti in carico ad altre strutture sanitarie (ad esempio: Pronto Soccorso) e socio-assistenziali.</p> <p>Al pari della visita psichiatrica e del colloquio clinico psicologico, è finalizzata a valutare le condizioni cliniche, lo stato psicopatologico e comportamentale del paziente, al fine di giungere a conclusioni diagnostiche e alla impostazione, attuazione e verifica del trattamento psichiatrico o psicologico.</p> <p>Include: consulenze svolte all'interno di specifiche convenzioni con altre strutture.</p> <p>Esclude: consulenze a pazienti ricoverati in struttura ospedaliera.</p>	89.7
06.00	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	<p>Intervento strutturato che prioritariamente mira ad una trasformazione del modo di percepire e di intendere i propri vissuti, pensieri e comportamenti da parte del paziente. Viene svolto nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente, con frequenza, durata e modalità degli incontri fisse e predefinite e prevede l'utilizzazione di tecniche da parte di operatori dotati di specifiche competenze professionali (psichiatri o psicologi, autorizzati a norma di legge all'esercizio della psicoterapia).</p> <p>Coinvolge in una relazione diadica il singolo paziente e lo psicoterapeuta.</p> <p>Esclude: colloqui con psichiatri e psicologi a carattere psicoterapico, ma non formalizzati come psicoterapie (COLLOQUIO PSICHIATRICO o COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO); interventi in cui prevale l'insegnamento di abilità (INTERVENTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO STRUTTURATO).</p>	94.3

CODICE	PRESTAZIONE	DESCRIZIONE*	Codice Tariffario Regionale
07.01	PSICOTERAPIA DI COPPIA	Intervento strutturato che prioritariamente mira ad una trasformazione del modo di percepire e di intendere i propri vissuti, pensieri e comportamenti da parte del paziente. Viene svolto nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente, con frequenza, durata e modalità degli incontri fisse e predefinite e prevede l'utilizzazione di tecniche da parte di operatori dotati di specifiche competenze professionali (psichiatri o psicologi, autorizzati a norma di legge all'esercizio della psicoterapia). È rivolta a due soggetti legati da una relazione affettiva per la quale essi stessi si definiscono come coppia; il suo scopo è migliorare gli aspetti problematici della relazione stessa. Vengono considerati aspetti psicodinamici, sessuali, etici ed economici della relazione. I due membri della coppia possono essere visti singolarmente o insieme.	94.42

(continua)

07.02	PSICOTERAPIA DELLA FAMIGLIA	Intervento strutturato che prioritariamente mira ad una trasformazione del modo di percepire e di intendere i propri vissuti, pensieri e comportamenti da parte del paziente. Viene svolto nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente, con frequenza, durata e modalità degli incontri fisse e predefinite e prevede l'utilizzazione di tecniche da parte di operatori dotati di specifiche competenze professionali (psichiatri o psicologi, autorizzati a norma di legge all'esercizio della psicoterapia). Intervento rivolto al trattamento di più di un membro di una famiglia nella stessa seduta o dell'intero nucleo familiare disfunzionale . Esclude: singoli interventi con i familiari (anche se frequenti) non strutturati in una terapia della coppia/famiglia (COLLOQUIO INFORMATIVO E DI SOSTEGNO); interventi psicoeducativi (INTERVENTO DI PSICOEDUCAZIONE FAMILIARE).	94.42
08.00	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	Applicazione di tecniche psicoterapiche da parte di un terapeuta che usa le interazioni emotive dei membri del gruppo per aiutarli ad alleviare il disagio e possibilmente a modificare il loro comportamento. Il gruppo è abitualmente composto di 4-12 persone che si incontrano regolarmente con il terapeuta. Esclude: gruppi di riabilitazione o di risocializzazione finalizzati alla discussione (INTERVENTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO STRUTTURATO); gruppi di familiari anche a carattere informativo e psicoeducativo (INTERVENTO DI PSICOEDUCAZIONE FAMILIARE).	94.44
11.00	ESAME TESTISTICO	Comprende la somministrazione di uno o più test diversi e la valutazione globale e integrata dei risultati.	94.01.2
12.00	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.	
13.00	VISITA COLLEGIALE	Visita prevista da leggi o regolamenti, con o senza relazione scritta, compresa attività medico-legale. Se la visita collegiale esita nella stesura di una relazione, questa è compresa in questa prestazione.	89.07

CODICE	PRESTAZIONE	DESCRIZIONE*	Codice Tariffario Regionale
14.00	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. Non è rilevato se svolto in regime telefonico.	
<i>(continua)</i>			
15.00	INTERVENTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO STRUTTURATO	Attività che prioritariamente hanno la finalità di: 1) incrementare il livello di autonomia dei pazienti e di migliorare la loro capacità di far fronte ad handicap e disabilità; e sono finalizzate a mettere il paziente nelle condizioni di gestire in prima persona le principali abilità di base, interpersonali e sociali. Gli interventi possono basarsi su modelli teorici ben definiti di insegnamento di abilità e spesso presuppongono una formazione specifica degli operatori. Il livello di strutturazione dell'attività può variare: da programmi molto strutturati sul modello del "social skills training" ad interventi meno strutturati, ma in cui è comunque presente da parte dell'operatore un'attenzione all'insegnamento delle diverse abilità. 2) consentire ai pazienti di frequentare ambienti persone al di fuori del contesto familiare e di migliorare le loro capacità di socializzazione mediante attività ricreative o finalizzate. Può essere svolto sia all'interno della struttura, sia all'esterno con il coinvolgimento del paziente in iniziative sociali ed in attività ricreative sul territorio. Possono essere coinvolti i familiari del paziente o altre figure significative a lui vicine. Include: – interventi specifici, sia singoli che di gruppo, volti a migliorare le abilità relative alla cura di sé (ad esempio: lavarsi, vestirsi, alimentarsi in modo adeguato), all'autonomia personale (ad esempio: usare i mezzi pubblici, fare la spesa, usare il denaro, inserirsi in attività ricreative) e alle relazioni interpersonali; – per l'intervento individuale: attività ricreative e di incontro rivolte al singolo paziente, gite, uscite (ad esempio: cinema, ristorante, mostre); – per l'intervento di gruppo: attività ricreative e di incontro che soddisfino le caratteristiche del gruppo come ad esempio: gruppi di risocializzazione, discussione e lettura, gruppi di incontro su argomenti specifici, gruppi finalizzati all'ascolto di musica o alla visione di film, gruppi cucina; – attività quali ad esempio: il disegno, la pittura, la fotografia, le attività teatrali e di drammatizzazione; – la lavorazione del legno e della creta, il cucito ed il lavoro a maglia, il giardinaggio ecc.; – attività di ginnastica, integrazione psicomotoria, espressione corporea, tecniche di rilassamento, danza ecc.	93.83
16.00	SOMATOTERAPIA PSICHIATRICA	Diretta al paziente e svolta generalmente dal personale infermieristico. Include: somministrazione di farmaci per via orale o parenterale. Esclude: attività sanitarie non specialistiche (ad esempio: rilevazione della pressione o del polso, prelievo ematico per esami, ECG) che non vengono rilevate come specifici interventi.	99.29

CODICE	PRESTAZIONE	DESCRIZIONE*	Codice Tariffario Regionale
17.00	INTERVENTO DI PSICO-EDUCAZIONE FAMILIARE	Programmi di psico-educazione rivolti a singole famiglie o a gruppi di famiglie.	
18.00	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.	

(continua)

19.01	SEGRETARIATO SOCIALE	<p>Intervento finalizzato alla soluzione di problemi amministrativi e sociali.</p> <p>Intervento in cui l'operatore svolge una funzione di informazione del paziente e di intermediazione tra questi ed Enti, strutture o imprese.</p> <p>Include: interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative (ad esempio: invalidità, pensione, pagamento di bollette); interventi di tutela e curatela del paziente; ricerca del lavoro; inserimento in comunità/istituti, con presenza dell'operatore che affianca il paziente durante l'inserimento nella struttura; interventi per l'erogazione di sussidi economici omofamiliari, interventi di supporto socio-economico rivolti ad assicurare al paziente l'autosufficienza economica; interventi di supporto socioeconomico finalizzati alla soluzione di problemi abitativi.</p> <p>Esclude: contatti con operatori di comunità/istituti finalizzati all'inserimento del paziente o alla sua permanenza nella struttura (INCONTRI OPERATIVI MULTIPROFESSIONALI).</p>	
19.02	INTERVENTO DI SOSTEGNO SOCIALE	<p>Intervento rivolto alla rete sociale informale, finalizzato alla promozione delle necessarie forme di collaborazione e di integrazione degli interventi con i gruppi informali di riferimento del contesto (ad esempio: riunioni/incontri con volontari, conoscenti, vicini, colleghi di lavoro, persone di riferimento nella comunità) che sono o potrebbero essere in relazione con il paziente.</p> <p>Include: contatti con datori di lavoro, strutture aziendali e sindacali.</p> <p>Esclude: riunioni/incontri con familiari e conviventi (colloquio con i familiari); riunioni/incontri con operatori di servizi sociali e sanitari (INCONTRI OPERATIVI MULTIPROFESSIONALI).</p>	
20.00	ATTIVITÀ EDUCATIVO-OCCUPAZIONALE	<p>È finalizzata alla formazione dei pazienti in alcune aree lavorative e/o all'inserimento/reinserimento di questi sia nel libero mercato del lavoro che in impieghi protetti.</p> <p>Include: le attività di formazione professionale, di tirocinio e inserimento lavorativo intraprese da operatori del servizio psichiatrico sia in ambiente lavorativo "normale" che in ambiente protetto; interventi di sostegno diretto a fianco del paziente in attività lavorative "non protette".</p> <p>Esclude: gli interventi in cui vengono svolte attività quali ad esempio: il giardinaggio o lavori di falegnameria, in maniera non finalizzata ad un inserimento lavorativo (INTERVENTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO STRUTTURATO); contatti con datori di lavoro, strutture aziendali e sindacali, ricerca del lavoro (SEGRETARIATO SOCIALE).</p>	93.83

CODICE	PRESTAZIONE	DESCRIZIONE*	Codice Tariffario Regionale
21.01	GIORNATA DI PRESENZA IN STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE CON PRESENZA MINORE DI 4 ORE	<p>È la presenza in struttura psichiatrica semiresidenziale; si svolge prevalentemente nelle strutture semiresidenziali (centri diurni, day-hospital), ma può anche svolgersi nei CSM e nelle strutture residenziali riabilitative. La durata deve essere inferiore alle 4 ore.</p> <p>È caratterizzata dall'alternanza di momenti strutturati (al cui interno vengono effettuati specifici interventi, come quelli di gruppo) da rilevare separatamente, e di altri meno strutturati ed informali, in cui prevalgono attività di accoglienza, incontro ed intrattenimento (ad esempio: il caffè, la lettura del giornale, il gioco a carte, la discussione non strutturata). Queste attività informali e non strutturate, che danno continuità temporale alla presenza del paziente nella struttura e si alternano ad attività individuali o di gruppo strutturate, sono rilevate in modo complessivo attraverso la registrazione del numero di giornate di presenza.</p> <p>Include: la routinaria attività di assistenza sanitaria erogata all'ospite, inclusa la somatoterapia psichiatrica.</p> <p>Se il paziente consuma il pasto deve essere codificato 21.02, anche se la permanenza è inferiore a 4 ore.</p>	

(continua)

21.02	GIORNATA DI PRESENZA IN STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE CON PRESENZA MAGGIORE DI 4 ORE	<p>È la presenza in struttura psichiatrica semiresidenziale; si svolge prevalentemente nelle strutture semiresidenziali (centri diurni, day-hospital), ma può anche svolgersi nei CSM e nelle strutture residenziali riabilitative. La durata deve essere superiore alle 4 ore, o se inferiore deve includere la somministrazione del pasto.</p> <p>È caratterizzata dall'alternanza di momenti strutturati (al cui interno vengono effettuati specifici interventi, come quelli di gruppo) da rilevare separatamente, e di altri meno strutturati ed informali, in cui prevalgono attività di accoglienza, incontro ed intrattenimento (ad esempio: il caffè, la lettura del giornale, il gioco a carte, la discussione non strutturata). Queste attività informali e non strutturate, che danno continuità temporale alla presenza del paziente nella struttura e si alternano ad attività individuali o di gruppo strutturate, sono rilevate in modo complessivo attraverso la registrazione del numero di giornate di presenza.</p> <p>Include: la routinaria attività di assistenza sanitaria erogata all'ospite, inclusa la somatoterapia psichiatrica, la somministrazione di pasti.</p>	
-------	---	--	--

CODICE	PRESTAZIONE	DESCRIZIONE*	Codice Tariffario Regionale
21.03	ACCOGLIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE	<p>È la permanenza in struttura psichiatrica residenziale (Comunità Terapeutica Riabilitativa Psichiatrica, Comunità Alloggio, Appartamento Protetto); include la routinaria attività di assistenza sanitaria erogata all'ospite, inclusa la somatoterapia psichiatrica e la somministrazione di pasti. Le eventuali prestazioni non routinarie andranno rilevate utilizzando gli altri codici della tabella. Le VISITE/COLLOQUI e gli INTERVENTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI STRUTTURATI devono essere rilevati separatamente. È rilevata la data di ingresso (<i>Data prestazione</i>) e la <i>Data di dimissione dalla struttura residenziale</i>.</p> <p>La prestazione viene inviata se nel trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il paziente viene accolto nella struttura; - il paziente è presente nella struttura; - il paziente viene dimesso dalla struttura. <p>La permanenza nella struttura deve essere chiusa se il posto letto viene reso disponibile per altro paziente. Ad esempio, non viene chiuso in caso di ricovero in ospedale o clinica privata che non preveda l'utilizzazione del posto lasciato temporaneamente libero.</p>	

* Definizioni adattate da: Amaddeo F., Bacigalupi M., de Girolamo G., Di Munzio W., Lora A. & Semisa D. (1998). Attività, interventi e strutture del Dipartimento di Salute Mentale. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2, supplemento monografico.

Tabella 12 – Regime di erogazione.

CODICE	DESCRIZIONE
1	Ambulatoriale
2	Semiresidenziale
4	Residenziale
5	Domicilio/ambiente socio-relazionale dell'utente
7	Altre strutture socio-sanitarie
9	Pronto soccorso

Tabella 13 – Compatibilità tra codice prestazione e profilo professionale erogante principale

CODICE PRESTAZ.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	PROFILO PROFESSIONALE	CODICE PROFILO
01.01	PRIMA VISITA PSICHIATRA	Medico	01
01.02	PRIMA VISITA PSICOLOGO	Psicologo	02
02.00	VISITA SPECIALISTICA DI CONTROLLO	Medico	01
03.00	COLLOQUIO PSICHIATRICO	Medico	01
03.01	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	Psicologo	02
04.00	RELAZIONE CLINICA	Qualsiasi	
05.00	CONSULENZA SPECIALISTICA	Medico Psicologo	01 02
06.00	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	Medico Psicologo	01 02
07.01	PSICOTERAPIA DI COPPIA	Medico Psicologo	01 02
07.02	PSICOTERAPIA DELLA FAMIGLIA	Medico Psicologo	01 02
08.00	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	Medico Psicologo	01 02
11.00	ESAME TESTISTICO	Medico Psicologo	01 02
12.00	INCONTRI OPERATIVI MULTIPROFESSIONALI	Qualsiasi	
13.00	VISITA COLLEGIALE	Medico Psicologo	01 02
14.00	COLLOQUIO INFORMATIVO E DI SOSTEGNO	Qualsiasi	
15.00	INTERVENTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO STRUTTURATO	Qualsiasi	
16.00	SOMATOTERAPIA PSICHIATRICA	Medico Infermiere	01 03
17.00	INTERVENTO DI PSICO-EDUCAZIONE FAMILIARE	Qualsiasi	
18.00	RIUNIONI DI EQUIPE O TRA OPERATORI	Qualsiasi	
19.01	SEGRETARIATO SOCIALE	Qualsiasi	
19.02	INTERVENTO DI SOSTEGNO SOCIALE	Qualsiasi	
20.00	ATTIVITÀ EDUCATIVO- OCCUPAZIONALE	Qualsiasi	
21.01	GIORNATA DI PRESENZA IN STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE CON PRESENZA MINORE DI 4 ORE	Qualsiasi	
21.02	GIORNATA DI PRESENZA IN STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE CON PRESENZA MAGGIORE DI 4 ORE	Qualsiasi	
21.03	ACCOGLIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE	Qualsiasi	