



REGIONE
LAZIO



Sistema Informativo Psichiatria di Comunità
modulo Strutture Residenziali per adulti
(S I P C – S R a)

MANUALE TECNICO DEL SISTEMA
E CONTENUTI INFORMATIVI

Versione 4.1

Indice

PREMESSA	3
USO DEL SISTEMA INFORMATIVO	4
<i>Standard tecnologici per la predisposizione dei dati e controlli di qualità</i>	4
<i>Principali attività e compiti</i>	5
<i>Help Desk</i>	6
<i>Primo accesso e uso del portale web SIPC-SRa</i>	7
<i>Procedure di sicurezza</i>	8
<i>Portale</i>	8
STRUTTURE INTERESSATE	14
CONTENUTI INFORMATIVI SIPC-SRa	14
<i>Sezione PERSONALE</i>	17
<i>Sezione ANAGRAFICA</i>	18
<i>Sezione EPISODIO DI CURA (EC)</i>	20
<i>Sezione SPECIFICA EPISODIO DI CURA (SEC)</i>	22
<i>Sezione VALUTAZIONE</i>	23
<i>Tempi e modalità di invio</i>	24
ALLEGATI	27
<i>Allegato 1 - valori ammessi per i dsm</i>	27
<i>Allegato 2 - valori ammessi per la disciplina</i>	28
<i>Allegato 3 - valori ammessi per la cittadinanza e lo stato estero di residenza</i>	29
<i>Allegato 4 - valori ammessi per il distretto</i>	32
<i>Allegato 5 - valori ammessi per la asl</i>	33
<i>Allegato 6 - valori ammessi per la regione</i>	34
<i>Allegato 7 - valori ammessi per il municipio</i>	35
<i>Allegato 8 – Report caricamento XML</i>	36
<i>Allegato 9 - Glossario</i>	38

PREMESSA

Nel contesto di profonda evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha siglato il 22 febbraio 2001 l'Accordo Quadro per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (**NSIS**). Il disegno di un nuovo sistema informativo sanitario si propone quale strumento essenziale per il governo della sanità a livello nazionale, regionale e locale e per migliorare l'accesso alle strutture e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini - utenti.

Il protocollo d'intesa del 23 marzo 2005 e successivamente il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 hanno ribadito l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario **"fra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni"**.

Il Sistema Informativo per la Salute Mentale (**SISM**), parte integrante del NSIS, è il sistema di supporto ai diversi livelli del Servizio Sanitario Nazionale (locale/regionale e nazionale) per la tutela della salute mentale.

La Regione Lazio, allo scopo di rispondere al debito informativo verso l'NSIS-SISM, ha realizzato il **Sistema Informativo Psichiatria di Comunità (SIPC)**¹ finalizzato all'acquisizione di informazioni relative alle strutture, al personale e a tutti gli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSR, nell'ambito della salute mentale pubblica e del privato accreditato.

Il SIPC era originariamente stato pensato con una struttura in moduli, che all'interno di due ambiti principali (adulti/età evolutiva) si distinguevano in base alle diverse tipologie assistenziali: attività ambulatoriale, attività residenziale, attività semiresidenziale, psichiatria penitenziaria.

Con la chiusura di Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica² il progetto è stato interrotto e l'unico modulo realizzato e reso operativo è quello relativo all'**attività residenziale adulti (SIPC-SRa)**, rivolto a **tutte le strutture residenziali psichiatriche (SRP) della regione**:

- a gestione diretta del Dipartimento di Salute Mentale ("DSM");
- private con accreditamento definitivo site nel territorio di competenza del DSM, non a direzione tecnica DSM.

Si ricorda che il SIPC-SRa è rivolto a tutte le SRP della Regione. **Tutti i soggetti coinvolti sono tenuti all'invio dei dati, destinati al flusso nel Nuovo Sistema Informativo Nazionale** dell'ambito specifico della salute mentale (NSIS-SISM).

¹ Determinazione n. B8777 del 21/11/2011

² L.R. n. 4 del 28 giugno 2013 – Art.35

USO DEL SISTEMA INFORMATIVO

Standard tecnologici per la predisposizione dei dati e controlli di qualità

È possibile accedere al portale web SIPC collegandosi all'indirizzo

<https://rms.regione.lazio.it/sipc>

L'operatività sul sistema è consentita ai soli utenti ufficialmente designati e mappati.

L'accesso avviene attraverso un sistema di identificazione personale certificato, che riconosce come modalità di autenticazione l'identità regionale, SPID, CIE o TS-CNS.

La Regione Lazio ha predisposto nell'ambito del SIPC-SRa una doppia modalità per l'invio dei dati: il caricamento in *formato XML* e il caricamento tramite un sistema di *data entry on-line*, che consente l'inserimento dei dati richiesti anche alle strutture/ASL prive di un sistema gestionale di raccolta. Entrambe le modalità prevedono il collegamento a internet e l'abilitazione del protocollo protetto *https*.

Modalità "XML"

L'utente deve provvedere alla predisposizione di documenti conformi alle specifiche dell'Extensible Markup Language (XML) così come previsto negli specifici allegati tecnici pubblicati nella pagina di accesso al portale. I dati del flusso informativo SIPC-SRa dovranno essere immessi nel sistema collegandosi al portale predisposto, cui si accede con le credenziali assegnate, utilizzando la pagina "*carica xml*". Tale procedura prevede una serie di controlli automatici effettuati in fase di acquisizione del dato che ne determina l'accettazione o il rifiuto in base alla congruenza formale (da non confondere con la *validazione sostanziale* che deve essere effettuata dalla ASL) e produce un report automatico con il dettaglio di eventuali errori/anomalie avvenuti nella trasmissione dei flussi (si veda l'Allegato 8).

Modalità "on-line" – manuale

L'utente deve provvedere alla raccolta dei dati conformi ai formati indicati nel presente manuale (vedi sezione "CONTENUTI INFORMATIVI SIPC-SRa"). I dati dovranno essere caricati a cura dell'utente utilizzando le maschere predefinite presenti nella pagina dedicata, "*carica manuale*", secondo le tempistiche previste. Una serie di controlli automatici effettuati dal programma in fase di acquisizione del dato ne determina l'accettazione o il rifiuto in base alla congruenza formale (da non confondere con la *validazione sostanziale* che deve essere effettuata dalla ASL) indicando contestualmente eventuali errori/anomalie riscontrati.

Si tenga presente che qualora il caricamento dei dati relativo a un paziente sia stato iniziato in modalità MANUALE, è obbligatorio continuare a inserire le informazioni per quello specifico Episodio di Cura (EC) di quel paziente in modalità manuale fino alla conclusione dell'EC. Qualora invece questi siano stati caricati in modalità XML, è possibile continuare a inserire informazioni per quel paziente e quello specifico EC in modalità manuale, ma ci si troverebbe nel caso sopra descritto: sarà poi **impossibile** tornare per quello specifico EC di quel paziente alla modalità XML. Per chi inserisce in XML è quindi tecnicamente utile il passaggio alla modalità manuale solo in caso di inserimento della conclusione definitiva di un EC.

I dati acquisiti dal sistema devono essere validati dalle ASL di competenza, nel rispetto dei tempi indicati. Le procedure di sicurezza previste dal sistema informativo SIPC nell'ambito della trasmissione dei dati e del loro trattamento sono atte a garantire il rispetto della privacy secondo la normativa vigente.

I dati validati sono utilizzati dagli uffici regionali competenti per il monitoraggio delle attività e inviati come richiesto al Sistema Informativo nazionale Salute Mentale (SISM - NSIS).

I controlli verificheranno la validità del formato, la validità della condizione di esclusività della rilevazione, la validità logico-formale dei singoli campi e quella su campi correlati.

A livello regionale, i controlli di qualità dei dati non consentono l'immissione nel database regionale di record che producano codici di errore secondo gli standard definiti; essi sono resi disponibili via web alle ASL e alle strutture titolari del caricamento dati, le quali provvedono ad effettuare la correzione di tutti i campi risultati errati entro i tempi stabiliti.

La corretta esecuzione dei controlli relativi alle attività richiede che siano state caricate tutte le informazioni previste (Anagrafica, Episodio di Cura, Specifica Episodio di Cura).

Il record che non sia completo di tutte le informazioni obbligatorie non viene processato dal sistema e non entra a far parte del database.

Principali attività e compiti

Di seguito sono illustrati le principali attività ed i compiti - nei differenti livelli di riferimento - funzionali alla gestione del flusso di dati.

Strutture Residenziali

Tramite accesso riservato al portale SIPC, è possibile effettuare, per ciascuna **struttura** e, dove presenti, per ogni *setting* della struttura stessa, il caricamento dei dati delle *attività* (per le strutture private anche del *personale*), correggere gli errori ed inserire nuovamente i dati entro i tempi stabiliti; è possibile, inoltre, consultare gli esiti relativi al caricamento dei propri dati e alla validazione da parte della ASL di competenza. Per ciascuna struttura, il referente potrà in ogni momento consultare e scaricare i dati dei pazienti inseriti. È altresì compito del referente di struttura l'aggiornamento in tempo reale della lista di attesa (LA) relativa ad ogni setting assistenziale per ogni struttura di cui è referente, contattando ove necessario i DSM richiedenti per tenere aggiornata la LA anche e soprattutto in relazione alle cancellazioni degli utenti inseriti in LA e poi usciti per vari motivi.

Per il corretto funzionamento del sistema ed una realistica consultazione da parte di tutti gli utenti delle informazioni contenute, è fortemente raccomandato l'inserimento dei dati di attività in tempo reale, fatta eccezione per le brevi finestre temporali dedicate alla validazione da parte dei referenti ASL.

ASL

Il referente **ASL** cura l'inserimento dei dati del personale relativo alle strutture gestite dal DSM³ nonché gestisce tutto ciò che concerne la validazione dei dati di attività delle strutture ubicate nel territorio di competenza. Autorizza, qualora lo ritenga opportuno, la variazione di dati già validati, prestando particolare attenzione ai casi in cui la richiesta di variazione del dato comporti una *modifica nella durata del periodo di trattamento*. Il referente ASL deve occuparsi inoltre, in accordo le procedure diffuse dai competenti uffici regionali, di attivare la rete di comunicazioni con i referenti ASL delle altre ASL del Lazio e con i referenti delle strutture del proprio territorio per sollecitare una tempestiva registrazione sul sistema SIPC della avvenuta dimissione di pazienti segnalati come erroneamente non conclusi.

Ogni referente ASL può consultare e scaricare i dati dei pazienti inseriti nelle strutture del proprio territorio e consultare i dati dei propri residenti inseriti in SRP al di fuori del proprio territorio.

DSM

³ La ASL deve raccogliere e caricare sul portale i dati di personale in un *unico archivio complessivo e cumulativo di tutte le strutture gestite dal DSM* (SPDC, CSM, CD e SR a gestione diretta).

I referenti designati dei **DSM** possono consultare e scaricare i dati di tutte le strutture del proprio territorio e consultare i dati dei propri residenti, anche se ospitati in strutture situate fuori dal proprio territorio di competenza.

I Referenti SIPC di ciascuna ASL e di DSM hanno il compito di supportare le strutture erogatrici nelle varie fasi di caricamento sul portale dei dati di attività e di verificare il rispetto della tempistica stabilita.

Uffici regionali competenti

Gli uffici regionali competenti si occupano:

- del controllo di qualità dei dati trasmessi dalle SRP e del rifiuto dei record non rispondenti allo standard minimo previsto;
- della gestione del portale web e dell'inoltro ai referenti LAZIOcrea di tutte le problematiche relative all'abilitazione e ai malfunzionamenti delle password di accesso;
- del servizio di Help Desk;
- della aggregazione dei dati in un database regionale e dell'invio degli stessi all'NSIS-SISM;
- dell'analisi ed elaborazione dei dati.

Help Desk

Per chiarimenti o segnalazioni relative a funzionalità del sistema, a informazioni relative al caricamento in modalità "on-line" (manuale), alla compilazione dei campi, alla necessità di effettuare modifiche ai dati già inseriti, etc., è possibile per gli operatori del SIPC consultare la modulistica presente nella pagina di accesso al sistema, alla sezione "documenti" (ad esempio: fac simile di modelli di richiesta, vademecum, manuale tecnico del sistema, etc).

È inoltre disponibile la funzionalità di Help Desk, un supporto di primo livello: per questioni relative all'inserimento XML del SIPC-SRa, l'Help Desk provvederà a mettere in contatto i tecnici informatici SIPC con quelli delle singole strutture.

Le richieste di assistenza all'Help Desk devono essere indirizzate al recapito email

sis_sism@regione.lazio.it

Primo accesso e uso del portale web SIPC-SRa

Il portale web del Sistema Informativo SIPC-SRa è lo strumento sviluppato e gestito dalla Regione Lazio per consentire l'invio, la consultazione e la convalida dei dati online.

È possibile accedere al portale web SIPC collegandosi al **nuovo indirizzo**

<https://rms.regione.lazio.it/sipc>

L'operatività sul sistema è consentita ai soli utenti ufficialmente designati e mappati.

L'accesso può essere effettuato tramite identità regionale, SPID, CIE o TS-CNS.

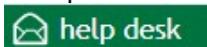
L' *identità regionale* è nominativa e personale. È prevista l'autenticazione a due fattori.

Nella digitazione delle credenziali di accesso, si ricorda che il sistema è *case-sensitive*, ovvero fa distinzione tra le lettere MAIUSCOLE e quelle minuscole.



Al primo accesso, in caso di utente di più strutture o utente che ricopre più ruoli, si verrà indirizzati alla pagina di "gestione utente", per la scelta del profilo di navigazione del portale (si veda l'apposita sezione "gestione utente").

In ogni momento della navigazione del portale sarà possibile contattare l'Help Desk utilizzando la relativa icona presente in basso al centro di ogni pagina.



Per uscire dal programma occorre cliccare sul pulsante esci situato in alto a destra su tutte le pagine del programma.



Procedure di sicurezza

Se l'operatore non dovesse compiere operazioni per 15 minuti, la sessione verrà chiusa e sarà obbligato a ripetere la procedura di login.

Portale

Il portale è navigabile attraverso un menu orizzontale contenente un numero variabile di sezioni a seconda del profilo dell'utente:

- a. **SIPC** – sezione in cui è possibile visualizzare le ultime attività effettuate, scaricare il pdf del report dei caricamenti (si veda per i dettagli l'Allegato 8) e prendere visione delle prossime scadenze. Il sistema segnala inoltre in questa pagina l'*elenco delle situazioni "anomale"*, ovvero i nominativi dei casi in cui risulta conclusa da più di 15 giorni l'ultima specifica dell'episodio di cura (SEC), ma non risulta aperta una nuova SEC e risulta *non concluso* il relativo episodio di cura (EC). Sono infine presenti i nominativi e i contatti dei referenti di ASL, DSM e struttura, a seconda del profilo utente.

SIPC - Sistema Informativo Psichiatria di Comunità

REPORT SITUAZIONE EPISODI DI CURA (SEC CHIUSE DA + DI 15 GG)

clicca sul nome per concludere l'EC

PINCO PALLINO	ultima SEC chiusa il 09/07/2016
JOHN DOE	ultima SEC chiusa il 09/07/2016
MARIO ROSSI	ultima SEC chiusa il 24/12/2015
DARIO LAMPA	ultima SEC chiusa il 08/07/2016

ULTIME ATTIVITÀ EFFETTUATE [MOSTRA TUTTI]

04/03/2016 11:35:45: caricamento attivit (35 record) report caricamento [Struttura X – SRTR I]

PROSSIME SCADENZE

01/08/2016 00:00:01 - 15/08/2016 23:59:59 caricamento attivit in corso

ELENCO REFERENTI ASL

NOME	ASL	EMAIL	TELEFONO
NOME REFERENTE ASL	ASL DEL REFERENTE	email@del.referenteasl.it	00.11223344

ELENCO REFERENTI DSM

NOME	DSM	EMAIL	TELEFONO
NOME REFERENTE DSM	DSM DEL REFERENTE	email@del.referentedsm.it	00.99887766

ELENCO REFERENTI STRUTTURE

NOME	STRUTTURA	EMAIL	TELEFONO
------	-----------	-------	----------

help desk

- b. **Dati** – sezione dedicata alla consultazione dei dati caricati. È possibile effettuare una ricerca selezionando una o più voci e poi cliccando su “cerca”:
 - nome / cognome del paziente / codice identificativo anonimo IDASS associato al paziente;
 - codice identificativo anonimo IDANA associato al paziente;
 - luogo di ricovero (tutti / ricoverati in strutture della ASL / residenti nella ASL ma ricoverati altrove) – opzione disponibile per i soli referenti di ASL e DSM;

- tipologia di record* (tutti / validati / rifiutati / da validare);
- validità del codice fiscale associato al paziente (tutti / certificati ASUR / NON certificati ASUR (tutti) / NON certificati ASUR (formalmente corretti) / NON certificati ASUR (con errori formali);
- struttura (tutte / elenco delle strutture di cui si è referente);
- stato dei pazienti inseriti alla data odierna in base a quanto *correttamente* caricato nel SIPC (tutti / in carico / non in carico);

* Si chiarisce che specificando le voci nel filtro “tipologia di record”, viene visualizzato l'intero “pacchetto dati” (ANA, EC, Sec1...SECn, VAL1, VALm) del paziente, a patto che almeno una delle componenti del pacchetto risponda alla selezione effettuata. Se, ad esempio, si seleziona “non validato” e per il paziente esiste un EC con 4 SEC di cui una sola è non validata, verranno scaricati i record delle tabelle ANA, EC, tutte e 4 le SEC associate all'EC, e le eventuali VAL.

Saranno **visualizzati**, divisi per struttura, i nominativi dei pazienti che corrispondono alla selezione effettuata, l'ultima ammissione del paziente e lo stato (numero di SEC, validazione).

Sarà altresì evidenziata la *certificazione ASUR del Codice Fiscale* associato al paziente con una spunta bianca in un cerchietto verde accanto al nome in tabella. Viceversa, un CF non certificato ASUR, ma formalmente corretto, sarà contraddistinto da una spunta bianca in un cerchietto color arancione. Restano evidenziati con un cerchietto rosso con una x all'interno quei CF già presenti a sistema che risultano non certificati e sono formalmente errati.

PAZIENTE	ULTIMA AMMISSIONE	ULTIMA DIMISSIONE	EPC APERTI
STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA A-SRTR E			
✘ Cognome Nome 1	15/09/2019		1
4 specifiche episodi di cura (4 validati)			
✔ Cognome Nome 2	07/01/2020		1
1 specifiche episodi di cura (1 validati)			
○ PAPERINO PAOLINO	01/11/2023	02/11/2023	1
1 specifiche episodi di cura			

Per tutti i referenti è altresì possibile **visualizzare** cliccando sul pulsante “personale”, posto in alto a destra, i dati del personale delle proprie strutture, purchè correttamente caricati nel sistema, diviso per anno cui si riferisce la rilevazione.

È possibile, infine, **scaricare i dati** della propria struttura/delle strutture della propria ASL (a seconda del profilo utente), cliccando sul pulsante “scarica i dati” posto alla destra della dicitura “dati in archivio”. Si tenga presente che il download riguarderà l'insieme di dati che corrispondono alla selezione effettuata attraverso i campi di ricerca summenzionati.

Con questa procedura verranno esportati in un file *formato Excel* tutti i dati di riferimento caricati nel sistema. Il file Excel è composto da 6 fogli di lavoro:

- *Strutture*, contenente il codice identificativo di ogni struttura contenuta nel file e la relativa denominazione (chiave della tabella è la variabile *idstr*, che identifica univocamente la struttura in tutte le tabelle del SIPC-SRa).

- *Anagrafica*, contenente le sole informazioni strettamente legate al codice fiscale relative all'assistito (chiave della tabella è la variabile *idana*, che identifica univocamente il paziente all'interno di tutto il SIPC-SRa).
- *Assistito*, contenente le altre informazioni anagrafiche del paziente, contraddistinte dall'identificativo *idass* (queste informazioni possono essere collegate a quelle della sezione precedente attraverso la variabile *idana*)
- *Episodio di cura*, contenente le informazioni del tracciato EC (vedi pag.21); queste informazioni possono essere collegate alla tabella "assistito" utilizzando la coppia di variabili *idana-idass*. Chiave della tabella è la variabile *idedc*.
- *Specifico episodio di cura*, contenente le informazioni del tracciato SEC (vedi pag.23); queste informazioni possono essere collegate alla tabella "Episodio di cura" utilizzando la variabile *idedc*. Chiave della tabella è la variabile *idsec*.
- *Valutazione*, contenente le informazioni del tracciato VAL (vedi pag.24); queste informazioni possono essere collegate alla tabella "Specifico episodio di cura" utilizzando la variabile *idsec*.

c. Validazione – sezione specifica per la validazione sostanziale che deve essere effettuata dalla ASL; è possibile selezionare per nome/cognome del paziente, per tipologia di record (tutti-validati-rifiutati-da validare) e/o per struttura.

Saranno visualizzati, divisi per struttura, i nominativi dei pazienti, l'elenco di EC e SEC, lo stato (caricato 🌐, validato ✅, ecc) e le eventuali note. Cliccando sul nome del paziente è possibile visionare in dettaglio gli EC, le SEC e le eventuali valutazioni relative al paziente.

La ASL presso cui insiste la struttura può selezionare e validare *singolarmente* ciascuno dei record presenti cliccando nel quadratino accanto alle date del ricovero, oppure *tutti i record della struttura* cliccando nella casella posta a sinistra della sua denominazione, come indicato nell'immagine che segue.

PAZIENTE	EPISODIO DI CURA/SPECIFICA	STATO	NOTE
DARIO LAMPA	Episodio di cura: 19/09/2013 27/09/2013 <input type="checkbox"/> 19/09/2013 27/09/2013 STPIT (1)	🌐✅	
PINCO PALLINO	Episodio di cura: 14/06/2013 12/07/2013 <input type="checkbox"/> 14/06/2013 12/07/2013 STPIT (1)	🌐	
MARIO ROSSI	Episodio di cura: 18/09/2013 10/10/2014 <input type="checkbox"/> 18/09/2013 17/09/2014 STPIT (1) Episodio di cura: 09/07/2013 07/08/2013 <input type="checkbox"/> 05/08/2013 12/09/2013 STPIT (1)	🌐	

Una volta effettuata la selezione dei record come indicato (singolo record o tutta la struttura), per procedere alla validazione *dei record selezionati* occorre cliccare sul nome della struttura



A questo punto si aprirà una finestra (si veda immagine seguente) e sarà possibile compilare un campo con delle *note* (specifiche per record o generiche per tutti i record selezionati) prima di cliccare su "valida" o "rifiuta".

STRUTTRA A

associa a tutti i record un'unica nota specifica eventuali note puntualmente

Note:

Episodio di cura: 19/09/2013 27/09/2013 19/09/2013 27/09/2013 STPIT (1)

Episodio di cura: 18/09/2013 18/09/2013 STPIT (1)

Episodio di cura: 09/07/2013 07/08/2013 09/07/2013 07/08/2013 STPIT (1)

d. Carica XML – sezione composta come segue:

- *documentazione caricamento* – contenente la documentazione aggiornata per ogni sezione informativa;
- *caricamenti effettuati* – in cui è possibile visualizzare l'elenco dei caricamenti effettuati ordinati per data e ora e il "report caricamento" di ogni caricamento effettuato, ovvero un pdf con il dettaglio dei caricamenti per ogni tabella del tracciato SIPC (numero di record caricati/modificati, errori caricamento, ecc). Si veda a tal riguardo l'Allegato 8.
- *caricamento attività* (settore riservato alle strutture), dedicato al caricamento in formato XML delle sezioni informative relative al tracciato Attività (Anagrafica, Episodio di cura, Specifica EC, Valutazione); come promemoria vengono indicati in prima riga i parametri relativi alle variabili Anno e Mese da imputare nei file XML.
- *caricamento personale* (settore riservato alle strutture e alle ASL), dedicato al caricamento del tracciato Personale; come promemoria viene indicato in prima riga il parametro relativo alla variabile Anno da imputare nei file XML.

e. Carica MANUALE – sezione suddivisa in:

- *caricamento attività in modalità manuale* (settore riservato alle strutture) – dedicato al caricamento manuale delle sezioni informative relative al tracciato Attività (Anagrafica, Episodio di cura, Specifica EC, Valutazione);
- *caricamento personale in modalità manuale* (settore riservato alle strutture private e alle ASL) – dedicato al caricamento tramite data-entry del tracciato Personale;

The screenshot displays the 'GESTIONE UTENTE' section with two main sub-sections:

- Caricamento attività in modalità manuale:** A form with fields for 'Anagrafica', 'Episodio di cura', 'Specifica episodio di cura', and 'Valutazione'. Each field has 'Inserisci' and 'Modifica' buttons. The 'Episodio di cura' and 'Specifica episodio di cura' fields also have 'Concludi' and 'Modifica conclusione' buttons.
- Caricamento personale in modalità manuale:** A form with a 'Personale' field and an 'Inserisci/Modifica' button.

f. **Gestione utente** – sezione contenente i dati relativi all'utenza (tipologia di utenza, nome, cognome, user name, ASL, DSM, ecc.). È la pagina a cui si viene indirizzati al momento dell'accesso in caso di utente multi-profilo (nel caso dell'immagine seguente, utente ASL e Struttura). Utilizzando la pagina sarà possibile passare in qualsiasi momento dal profilo corrente ad un altro.

The screenshot shows the 'Gestione utente' interface with the following sections:

- UTENZA CORRENTE:** Fields for 'struttura' (with a callout 'Tipologia di utenza'), 'nome cognome (user name)', 'ASL: Nome della ASL', and 'DSM: Nome del DSM'.
- CENTRO:** A table listing centers, settings, and codes.
- Profili Associati:** Radio buttons for selecting between 'asl Roma X: DSM Roma X' and 'struttura Roma X: - Struttura Residenziale Prima - SRTR i, - SRP primo incontro - STPIT, - SRP terza - SRSR 24h'.
- Ultimi Accessi:** A list of recent login and session events.

CENTRO	SETTING	CODICE
Struttura Residenziale Prima - SRTR i	SRTR i	990120
SRP primo incontro - STPIT	STPIT	980120
SRP terza - SRSR 24h	SRSR 24 h	970120

Ultimi Accessi		
11/10/2024 15:20:57	sessione attiva	
11/10/2024 11:01:33	- 11/10/2024 12:36:52	log out
17/09/2024 11:33:36	- 17/09/2024 11:36:33	sessione scaduta
17/09/2024 11:17:23	- 17/09/2024 11:21:38	log out
17/09/2024 11:05:27	- 17/09/2024 11:16:21	log out

g. **Liste attese** – sezione dedicata alla consultazione dei dati caricati sul sistema e alla consultazione e compilazione delle liste di attesa per ogni struttura e setting assistenziale. È possibile visualizzare, per ogni setting assistenziale, l'elenco delle strutture suddivise per ASL di appartenenza. Vengono riportate le attività rilevate dal SIPC-SRa (posti letto accreditati e occupati, ultimo ingresso registrato e ultima dimissione) e, a destra, la lista di attesa inserita dalle singole SRP, con la data in cui è stato inserito l'ultimo aggiornamento.

SIPC DATI CARICA XML CARICA MANUALE LISTE ATTESA GESTIONE UTENTE

Attività e informazioni relative alle liste di attesa per ciascuna SRP

Setting: STPIT

inserisci i dati per le L.A. relativi alla tua struttura

Villa Gamma - SRTR i
 Villa Gamma - STPIT
 Villa Gamma - SRTR i
 Villa Gamma - SRSR 24h

	ATTIVITÀ RILEVATA DA SISTEMA INFORMATIVO			LISTA DI ATTESA													ULTIMO AGG.
	PL ACCREDIT.	PL OCCUPATI	ULTIMO ING. ULTIMA DM.	RMA	RMB	RMC	RMD	RME	RMF	RMG	RMH	VT	RI	LT	FR	ALTRO	
ASL Roma 3 (ex RMD)																	
Villa Prima - STPIT	30	33	30/09/2016 30/09/2016	15	10	9	7	14	10	3	3	1	0	1	0	0	03/11/2016 16:27:40
ASL Roma 1 (ex RME)																	
Villa Seconda - STPIT	30	29	31/10/2016 03/11/2016	9	3	2	0	10	3	0	1	1	0	1	0	0	31/10/2016 18:54:21
Villa Terza - STPIT	30	44	30/09/2016 30/09/2016	22	5	5	0	17	6	4	1	0	1	3	1	0	03/11/2016 11:23:37
Villa Quarta - STPIT	30	15	30/09/2016 20/10/2016	12	3	7	3	26	4	1	3	2	0	1	2	0	04/11/2016 10:23:06
ASL Roma 5 (ex RMG)																	
Villa Quinta - STPIT	30	28	03/11/2016 03/11/2016	1	5	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	03/11/2016 11:14:23
ASL Roma 6 (ex RMH)																	
Villa Sesta - STPIT	30	30	29/09/2016 29/09/2016	23	33	15	5	32	4	7	27	0	0	5	15	0	03/11/2016 15:44:01
Villa Settima - STPIT	30	36	30/09/2016 30/09/2016	6	33	5	3	10	4	10	41	2	2	8	9	0	02/11/2016 16:00:41
ASL VITERBO																	
Villa Ottava - STPIT	30	11	29/09/2016 12/10/2016														

Cliccando sulla denominazione di una struttura si possono visualizzare le informazioni relative alla struttura (codice, indirizzo, rapporto con il SSR) e l'elenco dei pazienti presenti in quel momento nella LA della struttura (asl che effettua la richiesta, sesso e data di inserimento).

È possibile invece, per i soli referenti di struttura, aggiornare le proprie Liste di Attesa (LA) cliccando sul pulsante "inserisci i dati per le LA relativi alla tua struttura", posto in alto a destra. Occorre scegliere dal menù a tendina per quale delle strutture di cui si è referente si intende aggiornare la LA.

La pagina dedicata all'inserimento della LA è divisa in due settori: in alto è possibile effettuare un nuovo inserimento, mentre in basso è presente l'elenco dei soggetti *già presenti in lista*. Le informazioni richieste per l'inserimento di un soggetto in lista di attesa sono: ASL che richiede l'inserimento, sesso del paziente di cui si richiede l'inserimento, *data ora e minuto* in cui si richiede l'inserimento, eventuali *note* che saranno visibili al solo referente di struttura.

Per eliminare un nominativo dalla lista di attesa occorre compilare, nella riga corrispondente al soggetto già presente in lista, i campi relativi a motivo (è possibile scegliere una delle opzioni proposte nel menù a tendina), data ora e minuto di cancellazione e poi cliccare sul pulsante alla destra del record di interesse "ins. cancellazione".

STRUTTURE INTERESSATE

Le strutture coinvolte dal monitoraggio effettuato mediante il modulo SIPC-SRa sono le strutture del Dipartimento di Salute Mentale (“DSM”), le strutture private a direzione tecnica del DSM e le strutture appartenenti al privato e al privato sociale con accreditamento definitivo, site nel territorio di competenza del DSM, non a direzione tecnica DSM.

Ogni setting assistenziale di ciascuna SRP viene trattato dal SIPC-SRa come una “struttura” a sé stante.

CONTENUTI INFORMATIVI SIPC-SRa

Il Modulo Residenziale Adulti del SIPC è strutturato in 5 distinte sezioni informative:

- **Personale**
- Dati di attività suddivisi in:
 - **Anagrafica (ANA)**
 - **Episodio di Cura (EC)**
 - **Specifica Episodio di Cura (SEC)**
 - **Valutazione (VAL)** - *facoltativa*

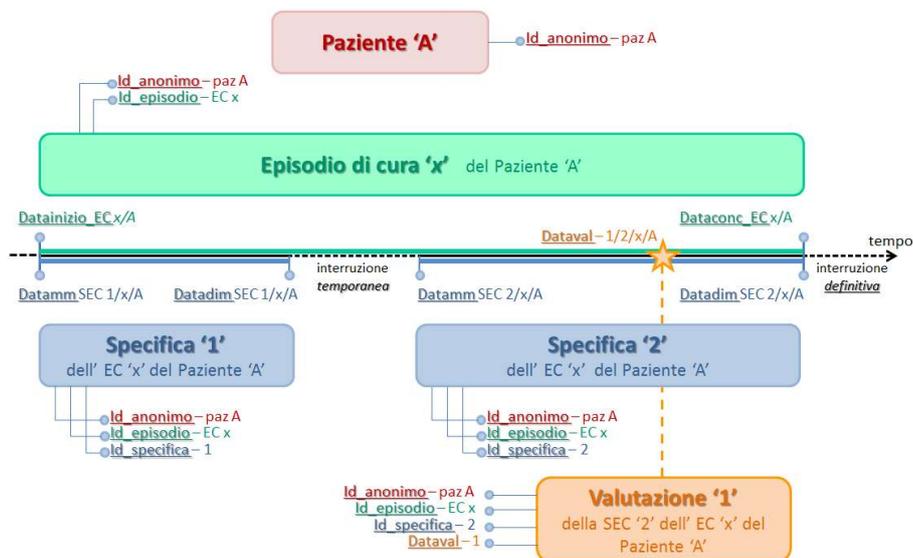
Si precisa che *ad ogni caricamento deve essere inviato l'insieme degli eventi che sono avvenuti nel periodo*. Occorre inviare, quindi, tutti gli eventi (ammissioni, sospensioni, dimissioni, ecc.) che si sono verificati dalla data dell'ultimo caricamento effettuato, *completi delle informazioni anagrafiche, degli episodi di cura, delle specifiche relative agli episodi di cura e le eventuali valutazioni*.

Le sezioni informative relative ai dati di *attività* hanno un preciso ordine gerarchico:

ANA → EC → SEC → VAL:

- un EC può essere caricato solo se riferito ad una precisa ANA;
- un EC non viene considerato tra i “dati presenti nel sistema” se non è stata inserita almeno l'ammissione della *prima* SEC (con *datamm=datainizio_ec*);
- un EC non può considerarsi concluso se non è stata inserita anche la *dimissione “definitiva” della rispettiva SEC* (con *datadim=dataconc_ec*).

In generale, in assenza di informazioni su una delle sezioni, il sistema scarta (modalità XML - “manca riferimento”) o considera non definitivamente inserite (modalità manuale) le informazioni relative alle altre sezioni.



L'identificativo del soggetto utilizzato nei caricamenti XML (ID_anonimo) ha lo scopo di identificare il paziente all'interno della struttura mantenendo, nel rispetto della privacy, le informazioni "anonime". È infatti presente in tutte le tabelle, sia in quella anagrafica per chiarire la precisa associazione con il soggetto, sia in quelle contenenti informazioni prettamente sanitarie, rendendole appunto "anonime". È di fatto un *alter ego del codice fiscale* e pertanto deve essere UNIVOCAMENTE legato al paziente per la struttura.

Per la trasmissione di informazioni che riguardano un record già inserito nel sistema, ma in momenti successivi (inserimento di nuove SEC, chiusura dell'EC, ecc), il caricamento XML comporta l'obbligo per la struttura di utilizzare gli stessi codici identificativi del record già caricato (ID anonimo, ID episodio, id specifica). In assenza di coerenza in questo senso, le informazioni non potranno essere legate ai dati precedentemente caricati e si rischia di generare un duplicato di informazioni o di vedere il record scartato per la contemporanea presenza del paziente in altra struttura (di fatto la stessa): in questo caso diverrebbe impossibile concludere l'EC e i dati del paziente diverrebbero inaccessibili, con grave danno per l'intero sistema.

In caso si rendano necessarie delle variazioni nei campi di un record già precedentemente caricato nel sistema, occorre non solo utilizzare gli stessi codici identificativi del record già caricato, come specificato sopra, ma anche specificare nel campo "Tipo_operazione" il codice "V"(=variazione).

Se invece delle variazioni venissero caricate utilizzando la codifica "I", le modifiche verranno ignorate.

Nella modalità di caricamento manuale sarà necessario inserire ad ogni nuovo Episodio di Cura la scheda anagrafica del paziente anche se già conosciuto, sia per permettere al sistema di effettuare i necessari controlli (quali ad esempio la presenza contemporanea dello stesso soggetto in diverse SR), sia per permettere all'utente di modificare informazioni contenute nel tracciato che nel frattempo potrebbero essere variate (ad esempio i dati relativi alla residenza, al titolo di studio o allo stato civile).

Nel caso di inserimento in modalità *data entry manuale* gli eventi relativi ad un paziente devono essere registrati nel Sistema in ordine cronologico, e le informazioni vanno inserite tassativamente nel seguente ordine:

- 1. Inserimento "Anagrafica"**
- 2. Inserimento "Episodio di Cura – EC"**
- 3. Inserimento "Specifica dell'Episodio di Cura – SEC"**
4. Eventuale inserimento "Valutazione – VAL"
5. Eventuale chiusura SEC dovuta a interruzioni temporanee (n volte)
6. Eventuale inserimento nuova SEC
- 7. Chiusura "Specifica dell'Episodio di Cura – SEC" con motivo definitivo**
- 8. Chiusura "Episodio di Cura – EC"**

Affinchè il sistema possa ritenere un EC concluso ed effettuare i necessari controlli per accettare correttamente il dato relativo alla conclusione e permettere l'inserimento del paziente in una altra struttura/setting assistenziale, è quindi SEMPRE richiesto che vengano conclusi sia l'ultima SEC (con motdim "definitivo") sia - e successivamente in caso di inserimento in modalità manuale - l'EC.

Si precisa inoltre che la modalità "manuale" è progettata per l'inserimento *in tempo reale dei dati*. In alcune sezioni pertanto compare in automatico la data del giorno in cui si sta effettuando il caricamento dei dati, che potrebbe talvolta non corrispondere alla data che va effettivamente inserita. Va quindi prestata la massima attenzione a tutti i campi prima di confermare l'inserimento della schermata di informazioni.

Le informazioni relative alle singole strutture sono basate sulle quanto riportato nel *modello di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie (mod. STS.11)* del Ministero della Salute. A queste si aggiungono informazioni specifiche del *modulo residenziale adulti* relative all'accreditamento.

Si riportano di seguito le informazioni richieste per ogni sezione informativa. **Le variabili contrassegnate da un asterisco sono da intendersi obbligatorie.** Per ulteriori specifiche tecniche si rimanda agli allegati relativi ai tracciati XSD di ogni sezione informativa.

Nota: tutti i campi data devono essere scritti nel formato: YYYY-MM-DD. L'anno (YYYY) deve essere indicato con quattro cifre, il mese (MM) deve essere indicato con due cifre, con valori da 01 a 12, il giorno (DD) deve essere indicato con due cifre, da 01 a 31. Le cifre riferite ad anno-mese-giorno devono essere separate da un trattino "-". Ad esempio il 5 marzo 2013 andrà indicato con: 2013-03-05. Non saranno accettate date che contengano spazi vuoti nei dieci caratteri previsti per il campo.

Sezione PERSONALE

Dati relativi a consistenza e figure professionali in servizio presso le strutture eroganti servizi per la salute mentale.

DSM* - Dipartimento di Salute Mentale

Vedi allegato 1.

Anno* - Anno a cui si riferisce il calcolo del personale.

Codice_struttura* - Codice della Struttura di erogazione

Riferimento: DM 05/12/2006 modello STS.11 - Dati anagrafici dei presidi sanitari.

Campo obbligatorio solo per le strutture private non direttamente gestite, cioè se "Rapp_SSR" della tabella Struttura =2.

Pprof* - Codice del Profilo Professionale

010=Psichiatri, 020=Altri medici non psichiatri, 030=Psicologi, 041=Personale infermieristico, 042=Tecnici della riabilitazione, 050=Educatori professionali psichiatrica, 060=OSS, 070=Assistenti sociali, 080=Sociologi, 090=Personale amministrativo, 100=Altro, 910=Psichiatri SPDC, 920=Altri medici non psichiatri in SPDC, 930=Psicologi SPDC, 941=Personale infermieristico SPDC, 942=Tecnici della riabilitazione SPDC, 950=Educatori professionali psichiatrica SPDC, 960=OSS SPDC, 970=Assistenti sociali SPDC, 980=Sociologi SPDC.

Branca* - Codice identificativo della branca specialistica

01=Anestesia, 02=Cardiologia, 03=Chirurgia generale, 04=Chirurgia plastica, 05=Chirurgia vascolare - Angiologia, 06=Dermosifilopatia, 07=Diagnostica per immagini - Medicina, 08=Diagnostica per immagini - Radiologia nucleare diagnostica, 09=Endocrinologia, 10=Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva, 11=Lab. analisi chimico cliniche e microbiologiche - Microbiologia - Virologia - Anatomia e istologia patologica - Genetica - Immuno ematologia e s. trasf. 12=Medicina fisica e riabilitazione - Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi, 13=Nefrologia, 14=Neurochirurgia, 15=Neurologia, 16=Oculistica, 17=Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale, 18=Oncologia, 19=Ortopedia e traumatologia, 20=Ostetricia e ginecologia, 21=Otorinolaringoiatria, 22=Pneumologia, 23=Psichiatria, 24=Radioterapia, 25=Urologia, 26=Altro.

Disciplina* - Codice identificativo della disciplina

Vedi allegato 2.

Tipo_Contratto* - Tipo di contratto

D=Dipendente, C=Convenzionato.

NETP* - Numero operatori Equivalenti a Tempo Pieno¹

Tipo_operazione* - Campo tecnico utilizzato per distinguere la trasmissione di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate

I=Inserimento, C=Cancellazione, V=Variazione.

1) **il NETP - "Numero operatori Equivalenti a Tempo Pieno"** - è un valore utilizzato per misurare in maniera univoca il volume di lavoro del personale di un'azienda e renderlo confrontabile con altre aziende e nel tempo. È misurato in termini di posti di lavoro e consiste nella conversione, per ogni profilo professionale, del carico di ore di lavoro effettuate dal personale - tenendo conto delle diverse tipologie di contratti (part-time, stagionali, numero effettivo di mesi lavorati nell'anno, ecc) - nel numero di persone "full time in servizio 12 mesi l'anno" necessarie per effettuarlo.

Sezione ANAGRAFICA

Informazioni anagrafiche dell' utente oggetto della rilevazione.

DSM* - Dipartimento di Salute Mentale

Vedi allegato 1.

Anno* - Anno in cui si effettua il caricamento.

Datacomp_ana* - Data di compilazione scheda anagrafica

ID_anonimo* – Identificativo anonimo associato univocamente al soggetto all'interno della struttura

Cognome* - Cognome

Nome* - Nome

Sesso* - Sesso anagrafico

1=maschio, 2=femmina, 9=non noto/non risulta.

Il codice 9 è utilizzabile in presenza di un codice STP o ENI nel campo Codfisc.

Datanas* - Data di nascita

Comnas* - Comune o stato estero di nascita

Codice Istat del Comune (formato numerico) – aggiornamento 31 dicembre 2012, disponibile sul sito <http://www.istat.it/it/archivio/6789>.

Per gli stati esteri utilizzare le codifiche Istat precedute dal 999, disponibili sul sito www.istat.it/it/files/2011/01/CodiciStati20112.xls

Cittadinanza* - Cittadinanza

La codifica da utilizzare è quella Alpha2 (a due lettere) prevista dalla normativa ISO 3166, più le speciali codifiche previste dal Ministero della salute: ZZ=apolidi, XX=cittadinanza sconosciuta, XK=Kosovo.

Vedi allegato 3.

Codfisc* - Codice Fiscale o, nel caso di stranieri non provvisti di CF, codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) o ENI (Europeo Non Iscritto)

Periodo* - Mese di riferimento

M1=gennaio, M2=febbraio, M3=marzo, M4=aprile, M5=maggio, M6=giugno, M7=luglio, M8=agosto, M9=settembre, M10=ottobre, M11=novembre, M12=dicembre.

Regione_res* - Regione di residenza

010=Piemonte, 020=Valle d'Aosta, 030=Lombardia, 041=Prov. aut. Bolzano, 042=Prov. aut. Trento, 050=Veneto, 060=Friuli V. Giulia, 070=Liguria, 080=Emilia Romagna, 090=Toscana, 100=Umbria, 110=Marche, 120=Lazio, 130=Abruzzo, 140=Molise, 150=Campania, 160=Puglia, 170=Basilicata, 180=Calabria, 190=Sicilia, 200=Sardegna, 098=senza fissa dimora, 998=residente all'estero, 999=non noto/non risulta.

Com_res - Comune di residenza

Codice Istat del Comune (formato numerico) – aggiornamento 31 dicembre 2012, disponibili sul sito <http://www.istat.it/it/archivio/6789>

Campo obbligatorio se residente in Italia.

Asl_res - ASL di residenza

201: ASL Roma 1, 202: ASL Roma 2, 203: ASL Roma 3, 204: ASL Roma 4, 205: ASL Roma 5, 206: ASL Roma 6, 109: VITERBO, 110: RIETI, 111: LATINA, 112: FROSINONE, 098: SENZA FISSA DIMORA, 998: RESIDENTE ALL'ESTERO, 999: NON NOTO/NON RISULTA .

Riferimento: MRA (Monitoraggio Rete Assistenza). Campo obbligatorio se residente nel Lazio.

Stato_est_res - Stato estero di residenza

La codifica da utilizzare è quella Alpha2 (a due lettere) prevista dalla normativa ISO 3166, più le speciali codifiche previste dal Ministero della salute: ZZ=apolidi, XX=cittadinanza sconosciuta, XK=Kosovo.

Vedi allegato 3. Campo obbligatorio se residente all'estero.

Distretto - Distretto di residenza

Vedi allegato 4.

Campo obbligatorio se Asl_res in (101,..., 112).

Municipio - Municipio (circoscrizione) di residenza

Valori da 1 a 15 (vedi allegato 7).

Da segnalare solo per i residenti del Comune di Roma.

Statocivile* - Stato civile

1=celibe/nubile, 3=coniugato/a, 4=separato/a, 5=divorziato/a, 6=vedovo/a, 7=Unito/a civilmente, 8=Già in unione civile (per decesso del partner), 10=Già in unione civile (per scioglimento unione), 9= non noto/non risulta.

Titolo studio* - Titolo di studio conseguito

1=nessuno, 2=licenza elementare, 3=licenza media inferiore, 4=diploma di qualifica professionale, 5=diploma media superiore, 6=laurea triennale, 7=laurea, 9= non noto/non risulta.

La voce "7=laurea" comprende le lauree a ciclo unico (ad es. Medicina), le lauree magistrali, quelle specialistiche e le lauree conseguite col vecchio ordinamento (VO).

Attività* - Attività Professionale

1=in cerca prima occupazione; 2=disoccupato; 3=casalinga; 4=studente; 5=pensionato; 6=invalido; 7=altra condizione non professionale; 8=dirigente; 9=quadro direttivo; 10=impiegato, tecnico; 11=capo operaio, operaio, bracciante; 12=altro lavoratore dipendente; 13=apprendista; 14=lavoratore a domicilio per conto di imprese; 15=militare di carriera; 16=imprenditore; 17=lavoratore in proprio; 18=libero professionista; 19=familiare coadiuvante; 99=non noto/non risulta.

CollSoAmb* - Collocazione socio-ambientale

1=da solo; 2=famiglia di origine; 3= famiglia acquisita; 4=con altri familiari o con altre persone; 5=struttura residenziale psichiatrica per ricovero o lungodegenza; 6=casa di riposo per anziani, RSA, altro istituto o comunità non a carattere psichiatrico; 7=senza fissa dimora; 8=altro; 9=sconosciuto.

Invalidità* - Invalidità

0=nessuna; 1=richiesta invalidità per causa psichiatrica, incluso ritardo mentale; 2=richiesta invalidità per causa fisica; 3=richiesta invalidità sia fisica che psichica; 4=riconosciuta invalidità per causa psichiatrica, incluso ritardo mentale (con sussidio e/o accompagnamento); 5=riconosciuta invalidità per causa fisica (con sussidio e/o accompagnamento); 6=riconosciuta invalidità sia fisica che psichica (con sussidio e/o accompagnamento); 7=riconosciuta invalidità per causa psichiatrica, incluso ritardo mentale (senza sussidio e/o accompagnamento); 8=riconosciuta invalidità per causa fisica (senza sussidio e/o accompagnamento); 9=riconosciuta invalidità sia fisica che psichica (senza sussidio e/o accompagnamento); 10=non noto/non risulta.

Tut_giur* - Fruizione di tutela giuridica

0=no, 1=amministratore di sostegno, 2=inabilitazione, 3=interdizione.

Pg_mds* - Attualmente sottoposto a provvedimenti giudiziari o a una misura di sicurezza

0=No; 1=Libertà vigilata (LV); 2=Arresti Domiciliari (AD) o Detenzione Domiciliare (DD); 3=Detenuto (escluso LV, AD e DD); 4=Internato in Licenza di Fine Esperimento (LFE); 5=Internato (escluso LFE); 6=Affidamento al SERT; 7=Affidamento ai Servizi Sociali; 8=Altro provvedimento restrittivo della libertà personale; 9=Non noto/ non risulta.

Penitenziaria* - Precedente internamento o detenzione in ambito Psichiatrico Penitenziario

1=Sì, 2=No, 9= Non noto/Non risulta.

Tipo_operazione* - Campo tecnico utilizzato per distinguere la trasmissione di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate

I=Inserimento, C=Cancellazione, V=Variazione.

Sezione EPISODIO DI CURA (EC)

Dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell'utente oggetto della rilevazione. Un Episodio di cura può contenere diversi intervalli temporali, dettagliati nella "Specificazione dell'episodio di cura".

Codice_struttura* - Codice della Struttura di erogazione

Riferimento modello ministeriale STS.11 - Dati anagrafici dei presidi sanitari.

DSM* - Dipartimento di Salute Mentale

Vedi allegato 1.

ID_anonimo* – Identificativo anonimo associato univocamente al soggetto all'interno della struttura

Datainizio_EC* - Data di inizio dell'EC

NOTA: tale data può differire dalla Data ufficiale della richiesta di inserimento nella struttura (Data_rich), ma deve necessariamente coincidere con la Data di ammissione (Datamm) della prima Specifica relativa all'Episodio di Cura.

Id_episodio* - Identificativo univoco dell'EC

Periodo* - Mese di riferimento

M1=gennaio, M2=febbraio, M3=marzo, M4=aprile, M5=maggio, M6=giugno, M7=luglio, M8=agosto, M9=settembre, M10=ottobre, M11=novembre, M12=dicembre.

Inviante* - Inviante

1=accesso diretto, 2=medico di medicina generale, 3= ospedale e altre strutture sanitarie e sociosanitarie non psichiatriche, 4= altri DSM e strutture psichiatriche private, 5= servizi pubblici non sanitari, 6= Unità di Valutazione Multidimensionale, 7=SPDC, 8= DSM di residenza del paziente, 9= sconosciuto.

La voce 5 comprende le Forze dell'ordine; La voce 6 è utilizzabile solo per le SRP. Le codifiche 7 e 8 sono state introdotte a partire dal 01/05/2016.

Prec_contatti* - Presenza di precedenti contatti psichiatrici all'inizio dell'EC

1= Sì, 2= No, 9=Non noto/Non risulta.

Diag_inizio* - Diagnosi all'inizio dell'EC

Il codice da utilizzare è quello previsto dalla Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche). Nel caso in cui la diagnosi di apertura non sia chiaramente definita, si può utilizzare il seguente valore: 99999=Diagnosi in attesa di definizione.

Dataconc_EC - Data di conclusione dell'EC

Campo obbligatorio in caso di conclusione dell'EC.

NOTA: tale data deve necessariamente coincidere con la Data di dimissione (Datadim) dell' ultima Specifica relativa all'Episodio di Cura.

Mod_conc - Modalità di conclusione dell'EC

1=assenza di indicazioni al trattamento psichiatrico, 2=conclusione concordata del rapporto terapeutico, 3=interruzione non concordata, 4=suicidio, 5= decesso, 9=amministrativa.

Campo obbligatorio in caso di conclusione dell'EC.

NOTA: la codifica da utilizzare per questa variabile è strettamente legata al motivo della dimissione "definitivo" utilizzato nella variabile "Motdim" della tabella Specifica Episodio di Cura:

se Motdim=6 (dimissione a domicilio) allora utilizzare per Mod_conc il codice 1 oppure il codice 2 oppure il codice 3;

se Motdim=7 (conclusione dell'EC per trasferimento ad altra SR), allora utilizzare per Mod_conc il codice 2;

se Motdim=8 (amministrativa) allora utilizzare per Mod_conc il codice 9 oppure il codice 3;

se Motdim=9 (suicidio) allora utilizzare per Mod_conc il codice 4;

se Motdim=10 (decesso) allora utilizzare per Mod_conc il codice 5;

se Motdim=11 (ricovero superiore ai 15 giorni), allora utilizzare per Mod_conc il codice 2;

se Motdim=12 (soggiorno o rientro in famiglia superiore a 15gg), allora utilizzare per Mod_conc il codice 2;

se Motdim=13 (mancato rientro da sospensione temporanea), utilizzare per Mod_conc il codice 9 oppure il codice 3;

se Motdim=14 (trasferimento in residenzialità diversa da SRP), allora utilizzare per Mod_conc il codice 2.

Diag_fine - Diagnosi alla conclusione dell'EC

Il codice da utilizzare è quello previsto dalla Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e ss.mm.ii.). In caso di chiusura amministrativa, se non fosse stata ancora definita una diagnosi, inserire il valore "xxxx". Campo obbligatorio in caso di conclusione dell'EC.

Data_rich* - Data ufficiale della richiesta di inserimento nella struttura da parte del DSM

NOTA: tale data può differire da Datainizio_EC, ma non può essere successiva.

PTI_psicot* - Piano terapeutico individuale. Trattamento psicoterapeutico programmato all'ingresso.

1= Sì, 2= No

- PTI_farma*** - Piano terapeutico individuale. Trattamento farmacologico programmato all'ingresso.
1= Sì, 2= No
- PTI_riab*** - Piano terapeutico individuale. Interventi riabilitativi programmati all'ingresso.
Iniziativa volte a incrementare i livelli di autonomia, interventi sulle abilità di base, interventi di tipo espressivo, pratico manuale e motorio, soggiorni.
1= Sì, 2= No
- PTI_lav*** - Piano terapeutico individuale. Inserimenti lavorativi programmato all'ingresso.
Formazione al lavoro, qualificazione e riqualificazione professionale, inserimento lavorativo con possibilità di assunzione.
1= Sì, 2= No
- PTI_intsoc*** - Piano terapeutico individuale. Interv. sociale e/o di rete programmato all'ingresso.
Interventi di risocializzazione, iniziative volte al recupero di "cittadinanza" nel proprio contesto socioambientale, attività di supporto sociale, lavoro di rete, attivazione risorse sociali (progetti con Enti pubblici, privato sociale, volontariato).
1= Sì, 2= No
- PTI_coll*** - Piano terapeutico individuale. Colloqui psichiatrici, psicologici e di sostegno programmato all'ingresso.
1= Sì, 2= No
- PTI_fam*** - Piano terapeutico individuale. Coinvolgimento/sostegno ai familiari programmato all'ingresso.
Colloquio con i familiari, intervento informativo e psicoeducativo rivolto alla famiglia.
1= Sì, 2= No
- PTI_altro** - Piano terapeutico individuale programmato all'ingresso. Altro, specificare.
NOTA: Se non è presente almeno un 1=Sì nel gruppo di variabili PTI_psicot, PTI_farma, PTI_riab, PTI_lav, PTI_intsoc, PTI_coll, PTI_fam, è obbligatoria la compilazione del campo PTI_Altro.
- PTIf_psicot** - Trattamento psicoterapeutico effettuato durante l'EC.
1= Sì, 2= No. Campo obbligatorio se l'Episodio di Cura è concluso.
- PTIf_farma** - Trattamento farmacologico effettuato durante l'EC.
1= Sì, 2= No. Campo obbligatorio se l'Episodio di Cura è concluso.
- PTIf_riab** - Interventi riabilitativi effettuati durante l'EC.
Iniziativa volte a incrementare i livelli di autonomia, interventi sulle abilità di base, interventi di tipo espressivo, pratico manuale e motorio, soggiorni.
1= Sì, 2= No. Campo obbligatorio se l'Episodio di Cura è concluso.
- PTIf_lav** - Inserimenti lavorativi effettuati durante l'EC.
Formazione al lavoro, qualificazione e riqualificazione professionale, inserimento lavorativo con possibilità di assunzione.
1= Sì, 2= No. Campo obbligatorio se l'Episodio di Cura è concluso.
- PTIf_intsoc** - Interv. sociale e/o di rete effettuati durante l'EC.
Interventi di risocializzazione, iniziative volte al recupero di "cittadinanza" nel proprio contesto socioambientale, attività di supporto sociale, lavoro di rete, attivazione risorse sociali (progetti con Enti pubblici, privato sociale, volontariato).
1= Sì, 2= No. Campo obbligatorio se l'Episodio di Cura è concluso.
- PTIf_coll** - Colloqui psichiatrici, psicologici e di sostegno effettuati durante l'EC.
1= Sì, 2= No
Campo obbligatorio se l'Episodio di Cura è concluso.
- PTIf_fam** - Coinvolgimento / sostegno ai familiari effettuato durante l'EC.
Colloquio con i familiari, intervento informativo e psicoeducativo rivolto alla famiglia.
1= Sì, 2= No. Campo obbligatorio se l'Episodio di Cura è concluso.
- PTIf_altro** - Altro, specificare (effettuato durante l'EC).
NOTA: Alla conclusione dell'episodio di Cura, se non è presente almeno un 1=Sì nel gruppo di variabili PTIf_psicot, PTIf_farma, PTIf_riab, PTIf_lav, PTIf_intsoc, PTIf_coll, PTIf_fam, è obbligatoria la compilazione del campo PTIf_Altro.
- Tipo_operazione*** - Campo tecnico utilizzato per distinguere la trasmissione di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate
I=Inserimento, C=Cancellazione, V=Variazione.

Sezione SPECIFICA EPISODIO DI CURA (SEC)

Dati relativi al setting assistenziale e alle entrate ed uscite, definitive o temporanee, dell'utente oggetto della rilevazione in/dalla struttura residenziale.

Codice_struttura* - Codice della Struttura di erogazione

Riferimento modello ministeriale STS.11 - Dati anagrafici dei presidi sanitari.

DSM* - Dipartimento di Salute Mentale

Vedi allegato 1.

ID_anonimo* – Identificativo anonimo associato univocamente al soggetto all'interno della struttura

Id_episodio* - Identificativo univoco del Contatto

Id_specifica* - Valore progressivo all'interno del Episodio di Cura.

Periodo* - Mese di riferimento

M1=gennaio, M2=febbraio, M3=marzo, M4=aprile, M5=maggio, M6=giugno, M7=luglio, M8=agosto, M9=settembre, M10=ottobre, M11=novembre, M12=dicembre.

Tipo_settingRes* - Setting assistenziale di tipo residenziale

1=STPIT, 2=SRTR i, 3=SRTR e, 4=SRSR 24 h, 5=SRSR 12 h, 6=SRSR fo [con presenza di personale sanitario in fasce orarie (non più di 6 ore) o al bisogno (almeno nei giorni feriali)], 7=Gruppi Appartamento.

Datamm* - Data ammissione. Giorno, il mese e l'anno in cui il paziente viene ammesso nella struttura residenziale.

In caso di prima SEC associata all'EC, deve necessariamente coincidere con la "Data di inizio dell'EC".

Datadim - Data dimissione. Giorno, il mese e l'anno in cui il paziente viene dimesso dalla struttura residenziale.

Il campo è obbligatorio in caso di dimissione (temporanea o definitiva) del paziente dalla SR. In caso di ultima SEC associata all'EC, quindi in caso di dimissione definitiva, deve necessariamente coincidere con la "Data di conclusione dell'EC".

Motdim - Motivo della dimissione.

1=ricovero in SPDC, 2=ricovero in acuzie in reparto diverso da SPDC, 3=ricovero programmato, 4=rientro in famiglia, 5=soggiorni, 6=dimissione a domicilio, 7=trasferimento ad altra SRP/altro setting assistenziale, 8=amministrativa, 9=suicidio, 10=decesso, 11=ricovero superiore ai 15 giorni, 12= soggiorno o rientro in famiglia superiore a 15gg, 13= mancato rientro da sospensione temporanea, 14=trasferimento in residenzialità diversa da SRP.

Il campo è obbligatorio in caso di dimissione (temporanea o definitiva) del paziente dalla SR.

NOTA 1: il riferimento "15gg" è puramente indicativo, l'obiettivo è indicare se il posto letto viene conservato (<15gg) o occupato da nuovo paziente (≥15gg) comportando quindi la conclusione dell'EC.

NOTA 2: i codici da 1 a 5 fanno riferimento a interruzioni temporanee, che non comportano la conclusione dell'episodio di cura; i codici da 6 a 14 comportano sempre la conclusione dell'episodio di cura. Tale valore risulta, di conseguenza, strettamente legato alla variabile "Mod_conc" della tabella Episodio di Cura:

se Motdim=6 allora utilizzare per Mod_conc il codice 2 (conclusione concordata del rapporto terapeutico) *oppure* il codice 1 (assenza di indicazioni al trattamento psichiatrico) *oppure* il codice 3 (interruzione non concordata);

se Motdim=7, allora utilizzare per Mod_conc il codice 2 (conclusione concordata del rapporto terapeutico);

se Motdim=8 allora utilizzare per Mod_conc il codice 9 (amministrativa) *oppure* il codice 3 (interruzione non concordata);

se Motdim=9 allora utilizzare per Mod_conc il codice 4 (suicidio);

se Motdim=10 allora utilizzare per Mod_conc il codice 5 (decesso);

se Motdim=11, allora utilizzare per Mod_conc il codice 2 (conclusione concordata del rapporto terapeutico);

se Motdim=12, allora utilizzare per Mod_conc il codice 2 (conclusione concordata del rapporto terapeutico);

se Motdim=13, allora utilizzare per Mod_conc il codice 9 (amministrativa) *oppure* il codice 3 (interruzione non concordata);

se Motdim=14, allora utilizzare per Mod_conc il codice 2 (conclusione concordata del rapporto terapeutico).

Tipo_operazione*- Campo tecnico utilizzato per distinguere la trasmissione di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate

I=Inserimento, C=Cancellazione, V=Variazione.

Sezione VALUTAZIONE (VAL)

Valutazione clinico-assistenziale dell' utente oggetto della rilevazione.

Codice_struttura* - Codice della Struttura di erogazione

Riferimento modello ministeriale STS.11 - Dati anagrafici dei presidi sanitari.

DSM* - Dipartimento di Salute Mentale

Vedi allegato 1

ID_anonimo* – Identificativo anonimo associato univocamente al soggetto all'interno della struttura

Id_episodio* - Identificativo univoco del Contatto

Id_specifica* - Valore progressivo all'interno del Episodio di Cura.

Periodo* - Mese di riferimento

M1=gennaio, M2=febbraio, M3=marzo, M4=aprile, M5=maggio, M6=giugno, M7=luglio, M8=agosto, M9=settembre, M10=ottobre, M11=novembre, M12=dicembre.

Dataval* - Data della valutazione del paziente

La data di valutazione deve essere compresa tra la data di ammissione e dimissione della SEC a cui fa riferimento.

Non possono essere caricate per lo stesso paziente nello stesso Episodio di Cura valutazioni effettuate nella stessa data.

MMSE - Scala MMSE

Cifre numeriche comprese tra -2.8 e +32.2 (tali valori tengono conto dei possibili "coefficienti di aggiustamento" per classe di età e anni di scolarizzazione).

BPRS - Scala BPRS, punteggio complessivo

Cifre numeriche comprese tra 1 e 168.

K1 - Scala Kennedy Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico

Cifre numeriche comprese tra 5 e 100 (utilizzare solo multipli di 5); in caso di *non valutato* codificare 999.

K2 - Scala Kennedy Area 2 - Abilità sociali.

Cifre numeriche comprese tra 5 e 100 (utilizzare solo multipli di 5); in caso di *non valutato* codificare 999.

K3 - Scala Kennedy Area 3 - Eventi auto o eteroaggressivi.

Cifre numeriche comprese tra 5 e 100 (utilizzare solo multipli di 5); in caso di *non valutato* codificare 999.

K4 - Scala Kennedy Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali.

Cifre numeriche comprese tra 5 e 100 (utilizzare solo multipli di 5); in caso di *non valutato* codificare 999.

K5 - Scala Kennedy Area 5 - Abuso di sostanze.

Cifre numeriche comprese tra 5 e 100 (utilizzare solo multipli di 5); in caso di *non valutato* codificare 999.

K6 - Scala Kennedy Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche.

Cifre numeriche comprese tra 5 e 100 (utilizzare solo multipli di 5); in caso di *non valutato* codificare 999.

K7 - Scala Kennedy Area 7 - Compromissione in altre aree.

Cifre numeriche comprese tra 5 e 100 (utilizzare solo multipli di 5); in caso di *non valutato* codificare 999.

Tipo_operazione* - Campo tecnico utilizzato per distinguere la trasmissione di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate

I=Inserimento, C=Cancellazione, V=Variazione

Nota: la compilazione dei campi relativi alla valutazione non è al momento obbligatoria, ma resta fortemente consigliata. In caso di presenza della scheda compilata dalla UVM riportare il dato della scheda.

Tempi e modalità di invio

- La trasmissione delle informazioni ha cadenza periodica.
- Il **Flusso Informativo relativo al Personale** ha cadenza annuale. I dati devono essere messi a disposizione entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di rilevazione (quindi, ad esempio, i dati del personale 2017 dovranno essere caricati tra il 01/01/2018 e il 31/03/2018). Eventuali rettifiche o integrazioni ai dati trasmessi possono essere effettuate, al più tardi, entro 30 giorni dalla data limite d'invio (30 aprile). Rettifiche o integrazioni effettuate dopo tale scadenza potrebbero non essere prese in considerazione ai fini dell'invio dei dati al Ministero.
- Il **Flusso Informativo Attività** (Anagrafica, Episodio di cura, Specifica EC, Valutazione) ha *formalmente* una cadenza mensile: per questo fine (a partire dal mese di Giugno 2016) i dati devono essere caricati entro i primi 15 giorni del mese successivo al verificarsi dell'evento. Rettifiche o integrazioni effettuate dopo tale scadenza potrebbero non essere prese in considerazione ai fini dell'invio dei dati al Ministero. *È sempre possibile e raccomandato caricare i dati nel SIPC in tempo reale*, fatta eccezione per i giorni dedicati mensilmente alla validazione dei dati presenti a cura del referente ASL (v. lo schema che segue, "SIPC-SRa – Scadenze stabilite"). Il caricamento immediato dei dati ha una particolare rilevanza nel caso riguardi la conclusione o l'avvio di un episodio di cura.
- Tutte le scadenze si intendono fissate entro le ore 24.00 del giorno indicato.
- Si ricorda che non possono essere rettificati dati già validati dal referente ASL. In caso fosse necessaria una modifica, andrà effettuata a cura del referente di struttura una specifica richiesta al referente ASL, il quale dovrà esplicitare il suo consenso e inoltrarlo in busta chiusa all'attenzione del Dirigente dell'Area Servizio Informativo Sanitario e dell'Help Desk del SIPC. La modifica verrà poi effettuata dagli uffici regionali.

SIPC-SRa – Scadenze stabilite per il flusso informativo Attività**Gennaio, Marzo, Maggio, Luglio, Agosto, Ottobre e Dicembre:**

Struttura - invio dati	dal 1 al 15
ASL – validazione	dal 16 al 23
Struttura – invio dati	dal 24 al 31

Aprile, Giugno, Settembre, Novembre:

Struttura - invio dati	dal 1 al 15
ASL – validazione	dal 16 al 22
Struttura – invio dati	dal 23 al 30

Febbraio:

Struttura - invio dati	dal 1 al 14
ASL – validazione	dal 15 al 21
Struttura – invio dati	dal 22 al 28 (29 in caso di anno bisestile)

Tempistica invio dati SIPC-SRa - FLUSSO INFORMATIVO ATTIVITA'

GENNAIO																															FEBBRAIO																															MARZO																														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
struttura: invio dati																															XML: indicare come periodo M2																															XML: indicare come periodo M3																														
ASL: validazione																															validazione																															validazione																														
struttura: invio dati																															XML: indicare come periodo M1																															XML: indicare come periodo M2																														
ASL: validazione																															validazione																															validazione																														
struttura: invio dati																															XML: indicare come periodo M4																															XML: indicare come periodo M5																														
ASL: validazione																															validazione																															validazione																														
struttura: invio dati																															XML: indicare come periodo M4																															XML: indicare come periodo M5																														
ASL: validazione																															validazione																															validazione																														
struttura: invio dati																															XML: indicare come periodo M7																															XML: indicare come periodo M8																														
ASL: validazione																															validazione																															validazione																														
struttura: invio dati																															XML: indicare come periodo M7																															XML: indicare come periodo M8																														
ASL: validazione																															validazione																															validazione																														
struttura: invio dati																															XML: indicare come periodo M10																															XML: indicare come periodo M11																														
ASL: validazione																															validazione																															validazione																														
struttura: invio dati																															XML: indicare come periodo M10																															XML: indicare come periodo M11																														
ASL: validazione																															validazione																															validazione																														
struttura: invio dati																															XML: indicare come periodo M6																															XML: indicare come periodo M9																														
ASL: validazione																															validazione																															validazione																														
struttura: invio dati																															XML: indicare come periodo M6																															XML: indicare come periodo M9																														
ASL: validazione																															validazione																															validazione																														
struttura: invio dati																															XML: indicare come periodo M12																															XML: indicare come periodo M12																														
ASL: validazione																															validazione																															validazione																														
struttura: invio dati																															XML: indicare come periodo M12																															XML: indicare come periodo M12																														
ASL: validazione																															validazione																															validazione																														

ALLEGATI

Allegato 1 - Valori Ammessi per i DSM

Codice ASL	Denominazione ASL	Codice DSM
201	ASL Roma 1	D21
202	ASL Roma 2	D22
203	ASL Roma 3	D23
204	ASL Roma 4	D24
205	ASL Roma 5	D25
206	ASL Roma 6	D26
109	VITERBO	D09
110	RIETI	D10
111	LATINA	D11
112	FROSINONE	D12

Allegato 2 - Valori Ammessi per la Disciplina

Codice	Denominazione
01	Allergologia
03	Anatomia ed istologia patologica
05	Angiologia
51	Astanteria
07	Cardiochirurgia
06	Cardiochirurgia pediatrica
08	Cardiologia
09	Chirurgia generale
10	Chirurgia maxillo facciale
11	Chirurgia pediatrica
12	Chirurgia plastica
13	Chirurgia toracica
14	Chirurgia vascolare
02	Day hospital
52	Dermatologia
97	Detenuti
18	Ematologia
54	Emodialisi
55	Farmacologia clinica
57	Fisiopatologia della riproduzione umana
58	Gastroenterologia
21	Geriatría
47	Grandi ustionati
46	Grandi ustioni pediatriche
20	Immunologia
60	Lungodegenti
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione
24	Malattie infettive e tropicali
25	Medicina del lavoro
26	Medicina generale
27	Medicina legale
61	Medicina nucleare
15	Medicina sportiva
41	Medicina termale
29	Nefrologia
48	Nefrologia (abilitata al trapianto di rene)
77	Nefrologia pediatrica
62	Neonatologia
76	Neurochirurgia pediatrica
30	Neurochirurgia
32	Neurologia
33	Neuropsichiatria infantile
75	Neuro-riabilitazione
31	Nido
34	Oculistica
35	Odontoiatria e stomatologia
66	Oncoematologia

Codice	Denominazione
65	Oncoematologia pediatrica
64	Oncologia
36	Ortopedia e traumatologia
37	Ostetricia e ginecologia
38	Otorinolaringoiatria
39	Pediatria
67	Pensionanti
68	Pneumologia
40	Psichiatria
69	Radiologia
70	Radioterapia
74	Radioterapia oncologica
56	Recupero e riabilitazione funzionale
71	Reumatologia
49	Terapia intensiva
73	Terapia intensiva neonatale
42	Tossicologia
50	Unita' coronarica
28	Unita' spinale
43	Urologia
78	Urologia pediatrica

Allegato 3 - Valori Ammessi per la Cittadinanza e lo Stato estero di residenza

Codice	Denominazione
AF	Afghanistan
AX	Åland Islands
AL	Albania
DZ	Algeria
AS	American Samoa
AD	Andorra
AO	Angola
AI	Anguilla
AQ	Antarctica
AG	Antigua And Barbuda
AN	Antille Olandesi
ZZ	Apolide
AR	Argentina
AM	Armenia
AW	Aruba
AU	Australia
AT	Austria
AZ	Azerbaijan
BS	Bahamas
BH	Bahrain
BD	Bangladesh
BB	Barbados
BY	Belarus
BE	Belgium
BZ	Belize
BJ	Benin
BM	Bermuda
BT	Bhutan
BO	Bolivia, Plurinational State Of
BQ	Bonaire, Sint Eustatius And Saba
BA	Bosnia And Herzegovina
BW	Botswana
BV	Bouvet Island
BR	Brazil
IO	British Indian Ocean Territory
BN	Brunei Darussalam
BG	Bulgaria
BF	Burkina Faso
BI	Burundi
KH	Cambodia
CM	Cameroon
CA	Canada
CV	Cape Verde
KY	Cayman Islands
CF	Central African Republic
TD	Chad
CL	Chile
CN	China
CX	Christmas Island
CC	Cocos (Keeling) Islands
CO	Colombia

Codice	Denominazione
KM	Comoros
CG	Congo
CD	Congo, The Democratic Republic Of The
CK	Cook Islands
CR	Costa Rica
CI	Côte D'ivoire
HR	Croatia
CU	Cuba
CW	Curaçao
CY	Cyprus
CZ	Czech Republic
DK	Denmark
DJ	Djibouti
DM	Dominica
DO	Dominican Republic
EC	Ecuador
EG	Egypt
SV	El Salvador
GQ	Equatorial Guinea
ER	Eritrea
EE	Estonia
ET	Ethiopia
FK	Falkland Islands (Malvinas)
FO	Faroe Islands
FJ	Fiji
FI	Finland
FR	France
GF	French Guiana
PF	French Polynesia
TF	French Southern Territories
GA	Gabon
GM	Gambia
GE	Georgia
DE	Germany
GH	Ghana
GI	Gibraltar
GR	Greece
GL	Greenland
GD	Grenada
GP	Guadeloupe
GU	Guam
GT	Guatemala
GG	Guernsey
GN	Guinea
GW	Guinea-Bissau
GY	Guyana
HT	Haiti
HM	Heard Island And McdonaldIslands
VA	Holy See (Vatican CityState)
HN	Honduras
HK	Hong Kong

Codice	Denominazione
HU	Hungary
IS	Iceland
IN	India
ID	Indonesia
IR	Iran, Islamic Republic Of
IQ	Iraq
IE	Ireland
IM	Isle Of Man
IL	Israel
IT	Italy
JM	Jamaica
JP	Japan
JE	Jersey
JO	Jordan
KZ	Kazakhstan
KE	Kenya
KI	Kiribati
KP	Korea, Democratic People's Republic Of
KR	Korea, Republic Of
XK	Kosovo
KW	Kuwait
KG	Kyrgyzstan
LA	Lao People's Democratic Republic
LV	Latvia
LB	Lebanon
LS	Lesotho
LR	Liberia
LY	Libya
LI	Liechtenstein
LT	Lithuania
LU	Luxembourg
MO	Macao
MK	Macedonia, The Former Yugoslav Republic Of
MG	Madagascar
MW	Malawi
MY	Malaysia
MV	Maldives
ML	Mali
MT	Malta
MH	Marshall Islands
MQ	Martinique
MR	Mauritania
MU	Mauritius
YT	Mayotte
MX	Mexico
FM	Micronesia, Federated States Of
MD	Moldova, Republic Of
MC	Monaco
MN	Mongolia
ME	Montenegro
MS	Montserrat
MA	Morocco
MZ	Mozambique
MM	Myanmar
NA	Namibia

Codice	Denominazione
NR	Nauru
NP	Nepal
NL	Netherlands
NC	New Caledonia
NZ	New Zealand
NI	Nicaragua
NE	Niger
NG	Nigeria
NU	Niue
XX	Non Noto
NF	Norfolk Island
MP	Northern Mariana Islands
NO	Norway
OM	Oman
PK	Pakistan
PW	Palau
PS	Palestinian Territory, Occupied
PA	Panama
PG	Papua New Guinea
PY	Paraguay
PE	Peru
PH	Philippines
PN	Pitcairn
PL	Poland
PT	Portugal
PR	Puerto Rico
QA	Qatar
RE	Réunion
RO	Romania
RU	Russian Federation
RW	Rwanda
BL	Saint Barthélemy
SH	Saint Helena, Ascension And Tristan Da Cunha
KN	Saint Kitts And Nevis
LC	Saint Lucia
MF	Saint Martin (French Part)
PM	Saint Pierre And Miquelon
VC	Saint Vincent And The Grenadines
WS	Samoa
SM	San Marino
ST	Sao Tome And Principe
SA	Saudi Arabia
SN	Senegal
RS	Serbia
SC	Seychelles
SL	Sierra Leone
SG	Singapore
SX	Sint Maarten (Dutch Part)
SK	Slovakia
SI	Slovenia
SB	Solomon Islands
SO	Somalia
ZA	South Africa
GS	South Georgia And The South Sandwich Islands

Codice	Denominazione
SS	South Sudan
ES	Spain
LK	Sri Lanka
SD	Sudan
SR	Suriname
SJ	Svalbard And Jan Mayen
SZ	Swaziland
SE	Sweden
CH	Switzerland
SY	Syrian Arab Republic
TW	Taiwan, Province Of China
TJ	Tajikistan
TZ	Tanzania, United Republic Of
TH	Thailand
TL	Timor-Leste
TG	Togo
TK	Tokelau
TO	Tonga
TT	Trinidad And Tobago
TN	Tunisia
TR	Turkey
TM	Turkmenistan

Codice	Denominazione
TC	Turks And Caicos Islands
TV	Tuvalu
UG	Uganda
UA	Ukraine
AE	United Arab Emirates
GB	United Kingdom
US	United States
UM	United States Minor Outlying Islands
UY	Uruguay
UZ	Uzbekistan
VU	Vanuatu
VE	Venezuela, Bolivarian Republic Of
VN	Viet Nam
VG	Virgin Islands, British
VI	Virgin Islands, U.S.
WF	Wallis And Futuna
EH	Western Sahara
YE	Yemen
ZM	Zambia
ZW	Zimbabwe

Allegato 4 - Valori Ammessi per il Distretto

Codice DISTRETTO	Descrizione DISTRETTO SOCIO SANITARIO
101011	I Distretto (ex municipio RM1)
101021	II Distretto (ex municipio RM2)
101031	III Distretto (ex municipio RM3)
101041	IV Distretto (ex municipio RM4)
102011	I Distretto (ex municipio RM5)
102021	II Distretto (ex municipio RM7)
102031	III Distretto (ex municipio RM8)
102041	IV Distretto (ex municipio RM10)
103061	DISTRETTO SANITARIO 6 (ex municipio RM 6)
103091	DISTRETTO SANITARIO 9 (ex municipio RM 9)
103111	DISTRETTO SANITARIO 11 (ex municipio RM 11)
103121	DISTRETTO SANITARIO 12 (ex municipio RM 12)
104021	DISTRETTO SANITARIO XIII (ex municipio RM 13)
104031	DISTRETTO SANITARIO ex municipio XV (ex municipio RM 15)
104041	DISTRETTO SANITARIO ex municipio XVI (ex municipio RM 16)
104011	DISTRETTO SANITARIO COMUNE DI FIUMICINO (Fiumicino)
105170	DISTRETTO XVII (ex municipio RM 17)
105180	DISTRETTO XVIII (ex municipio RM 18)
105191	DISTRETTO XIX (ex municipio RM 19)
105201	DISTRETTO XX (ex municipio RM 20)
106011	DISTRETTO F1
106021	DISTRETTO F2
106031	DISTRETTO F3
106041	DISTRETTO F4
107011	DISTRETTO DI TIVOLI G3
107021	DISTRETTO DI GUIDONIA G2
107031	DISTRETTO DI MONTEROTONDO G1
107041	DISTRETTO DI SUBIACO G4
107051	DISTRETTO DI PALESTRINA G5
107061	DISTRETTO DI COLLEFERRO G6
108011	DISTRETTO H1 FRASCATI
108021	DISTRETTO H2 ALBANO
108031	DISTRETTO H3 MARINO
108041	DISTRETTO H4 POMEZIA
108051	DISTRETTO H5 VELLETRI
108052	DISTRETTO H6 NETTUNO
109011	DISTRETTO VT1 MONTEFIASCONE
109021	DISTRETTO VT2 TARQUINIA
109031	DISTRETTO VT3 VITERBO
109041	DISTRETTO VT4 VETRALLA
109051	DISTRETTO VT5 CIVITA CASTELLANA
110011	DISTRETTO 1 MONTEPIANO REATINO
110021	DISTRETTO 2 MIRTENSE
110031	DISTRETTO 3 SALARIO
110041	DISTRETTO 4 SALTO CICOLANO
110051	DISTRETTO 5 ALTO VELINO
111011	DISTRETTO LT1 – APRILIA CISTERNA
111041	DISTRETTO LT2 – LATINA
111051	DISTRETTO LT3 – MONTI LEPINI
111021	DISTRETTO LT4 – FONDI TERRACINA
111031	DISTRETTO LT5 – FORMIA GAETA
112010	ZONA DISTRETTUALE A – ALATRI
112020	ZONA DISTRETTUALE B – FROSINONE
112030	ZONA DISTRETTUALE C – SORA
112040	ZONA DISTRETTUALE D – CASSINO

Nota: Conseguentemente alla riduzione numerica dei Municipi di Roma Capitale e agli accorpamenti definiti dalla Deliberazione n. 11 del 2013 dell'Assemblea Capitolina, cambia la numerazione dei 15 Municipi e, così come previsto dal DCA 206/2013, varierà il numero e la denominazione dei **Distretti Sanitari**, legata nella presente tabella alle denominazioni preesistenti dei Municipi (vedi Allegato 7).

Allegato 5 - Valori Ammessi per la ASL

Codice ASL	Denominazione ASL
201	ASL Roma 1
202	ASL Roma 2
203	ASL Roma 3
204	ASL Roma 4
205	ASL Roma 5
206	ASL Roma 6
109	VITERBO
110	RIETI
111	LATINA
112	FROSINONE
098	SENZA FISSA DIMORA
998	RESIDENTE ALL'ESTERO
999	NON NOTO/NON RISULTA

Allegato 6 - Valori Ammessi per la REGIONE

Codice REGIONE	Denominazione REGIONE
010	Piemonte
020	Valle d'Aosta
030	Lombardia
041	Prov. aut. Bolzano
042	Prov. aut. Trento
050	Veneto
060	Friuli V. Giulia
070	Liguria
080	Emilia Romagna
090	Toscana
100	Umbria
110	Marche
120	Lazio
130	Abruzzo
140	Molise
150	Campania
160	Puglia
170	Basilicata
180	Calabria
190	Sicilia
200	Sardegna
098	Senza fissa dimora
998	Residente all'estero
999	Non noto/non risulta

Allegato 7 - Valori Ammessi per il MUNICIPIO*

Codice MUNICIPIO	Nuova denominazione MUNICIPIO*	Denominazione preesistente
1	Roma I	Roma I e Roma XVII
2	Roma II	Roma II e Roma III
3	Roma III	Roma IV
4	Roma IV	Roma V
5	Roma V	Roma VI e Roma VII
6	Roma VI	Roma VIII
7	Roma VII	Roma IX e Roma X
8	Roma VIII	Roma XI
9	Roma IX	Roma XII
10	Roma X	Roma XIII
11	Roma XI	Roma XV
12	Roma XII	Roma XVI
13	Roma XIII	Roma XVIII
14	Roma XIV	Roma XIX
15	Roma XV	Roma XX

* Delimitazione territoriale dei Municipi – Assemblea Capitolina, Delibera n.11 del 2013

Allegato 8 – Report caricamento XML

La procedura di caricamento XML presente nel SIPC, le cui modalità sono indicate nella specifica documentazione, prevede la produzione di un report riassuntivo per ogni singolo caricamento. Il report si articola in diverse sezioni, di diversa importanza e rilevanza.

problemi caricamento

Sezione opzionale, presente in caso di problemi complessivi su uno o più file che sono stati inviati, in questa sezione vengono indicati i problemi riscontrati, come per esempio anno o mese non coerente con il periodo di caricamento, DSM o codice struttura non previsti.

Esempio di caricamento in cui il file degli episodi di cura è relativo ad una struttura/DSM non corretto:

problemi caricamento

episodicura	record che hanno superato controllo formale: 0,dsm non ammesso: ,struttura non ammessa:
-------------	---

anagrafiche analizzate

Sezione riepilogativa prevista dalla introduzione del controllo delle anagrafiche attraverso ASUR⁴. In questa parte vengono riportati i conteggi relativi alle anagrafiche inviate e che hanno superato i controlli formali e sostanziali. In particolare, viene indicato il numero di anagrafiche già presenti nel sistema e quello di quelle aggiunte, suddivise per:

- Tipo di codice: Codice Fiscale; STP (Straniero Temporaneamente Presente); ENI (Europeo Non Iscritto); Codice Fiscale non coerente (*opzione prevista per i soli codici fiscali presenti a sistema, per i quali si invita la struttura ad una verifica nella sezione “dati”*)
- Verifica ASUR: se la anagrafica è stata certificata ASUR (codice ASUR presente/assente)

Esempio di conteggio:

anagrafiche analizzate

ANAGRAFICA	TIPO	CODICE ASUR	N
PRESENTI NEL SIPC	CODICE FISCALE	PRESENTE	30
AGGIUNTA NEL SIPC	CODICE FISCALE	PRESENTE	26
AGGIUNTA NEL SIPC	CODICE FISCALE	ASSENTE	1

caricamento

Per ognuno dei file previsti (anagrafica; episodi di cura; specifiche episodi di cura; valutazioni) viene presentato uno specchio riassuntivo indicante:

- Nome del file inviato
- Dimensioni del file
- Codice DSM riportato
- Codice struttura indicato
- record caricati/modificati: ossia l'**effettivo numero di record** complessivi che sono stati inseriti o che hanno generato un aggiornamento nel sistema.

Esempio di specchio relativo alla parte del file degli episodi di cura di un invio:

caricamento episodicura

nome	nome_file.xml	size	50614
dsm	D10	codice_struttura	987654
record caricati/modificati	58		

⁴ 20/10/2024

errori caricamento

Per ognuno dei file inviati (anagrafica; episodi di cura; specifiche episodi di cura; valutazioni) vengono elencati puntualmente, per ogni singolo record, gli errori (che ne provocano lo scarto) e le eventuali criticità. Ogni riga presenta il numero d'ordine del record all'interno del file (1,2,3, etc.), il relativo id anonimo, e poi a seconda del file a cui si riferisce, gli ulteriori codici identificativi del record.

Esempio relativo ad un errore riscontrato nel record di una Specifica Episodio di Cura (identificata da posizione ordinale del record, id anonimo, id episodio e id specifica) con conseguente segnalazione anche a livello di episodio di cura (identificato da posizione ordinale del record, id anonimo e id episodio):

NOME_FILE_EPC.xml

riga: 1 (id_anonimo=123 ; id_episodio= 1234567)	le date delle specifiche si sovrappongono
--	---

NOME_FILE_SPECIFICHE.xml

riga: 1 (id_anonimo=123 ; id_episodio=1234567 ; id_specifica=1)	le date si sovrappongono a quelle di un'altra specifica di episodio di cura
---	---

A mero titolo esemplificativo si elencano alcuni degli errori più comuni:

- “*manca riferimento*” indica che manca l’integrità⁵ della informazione inviata, questo può avvenire perché effettivamente manca un riferimento obbligatorio in uno degli altri file, oppure che il riferimento nell’altro file è stato scartato (quindi va analizzato l’errore dell’altro elemento)
- “*trovata corrispondenza del record da inserire (tipo_operazione='I')*”. Eventuali modifiche saranno ignorate” un elemento indicato come nuovo (tipo operazione inserimento) risulta presente a sistema; pertanto, verranno ignorate eventuali modifiche sull’elemento stesso (per esempio se questa nota compare su un episodio di cura, questo non verrà aggiornato, ciò non toglie che potrebbero essere presenti aggiornamenti/inserimenti sulle specifiche o valutazioni, e viceversa)
- “*mancata corrispondenza del record da modificare (tipo_operazione='V')*”. Il record verrà aggiunto” in questo caso non essendo presente il record che si vuole aggiornare (tipo operazione variazione), questo viene inserito.
- “*parti non coerenti con codice fiscale: cognome*” la verifica formale del codice fiscale ha dato esito negativo, in questo esempio lo scarto è causato dal cognome, ma lo stesso scarto può essere causato dal nome, dalla data o luogo di nascita, o anche dal carattere di controllo (16° carattere).
- Possono verificarsi incompatibilità tra variabili (errore che provoca lo scarto), come per esempio:
 - municipio (10), distretto (104041) e asl_res (203) non coerenti
 - Il campo municipio È obbligatorio nel caso di residenza nel comune di Roma
 - campo obbligatorio: nome campo
 - datainizio_ec e dataconc_ec non compatibile con date di altri episodi dello stesso paziente
 - solo un episodio di cura per volta può rimanere aperto
 - piu' di una specifica di episodio di cura rimasto aperto nell'archivio generale per lo stesso paziente
 - le date si sovrappongono a quelle di un'altra specifica di episodio di cura questo errore, segnalato a livello di specifica di episodio di cura, determina una analoga segnalazione a livello di episodio di cura (le date delle specifiche si sovrappongono)

⁵ Per ogni record anagrafico deve essere presente almeno un record relativo ad un episodio di cura, a cui deve corrispondere almeno una specifica e viceversa.

Allegato 9 - Glossario

BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale Scala di valutazione. Cifre numeriche comprese tra 1 a 168
CD	Centro Diurno
CF	Codice Fiscale
CSM	Centro di Salute Mentale
CT	Comunità Terapeutica
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
EC	Episodio di Cura
ENI	Europeo Non Iscritto
ICD9-CM	International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification Sistema di classificazione per la codifica degli eventi morbosi.
K1-K7	Scala di valutazione Kennedy K1 - Scala Kennedy Area 1 - Compromissione del funzionamento psicologico K2 - Scala Kennedy Area 2 - Abilità sociali K3 - Scala Kennedy Area 3 - Eventi auto o etero aggressivi K4 - Scala Kennedy Area 4 - Attività della vita quotidiana - abilità occupazionali K5 - Scala Kennedy Area 5 - Abuso di sostanze K6 - Scala Kennedy Area 6 - Compromissione delle condizioni fisiche K7 - Scala Kennedy Area 7 - Compromissione in altre aree Cifre numeriche comprese tra 5 e 100 (utilizzare solo multipli di 5); in caso di non valutato codificare 999
MMSE	Mini Mental State Examination Scala di valutazione. Cifre numeriche comprese tra -2.8 e +32.2 (tali valori tengono conto dei possibili "coefficienti di aggiustamento" per classe di età e anni di scolarizzazione).
NETP	"Numero operatori Equivalenti a Tempo Pieno" - è un valore utilizzato per misurare in maniera univoca il volume di lavoro del personale di un'azienda e renderlo confrontabile con altre aziende e nel tempo. È misurato in termini di posti di lavoro e consiste nella conversione, per ogni profilo professionale, del carico di ore di lavoro effettuate dal personale - tenendo conto delle diverse tipologie di contratti (part-time, stagionali, numero effettivo di mesi lavorati nell'anno, ecc) - nel numero di persone "full time in servizio 12 mesi l'anno" necessarie per effettuarlo.
NSIS	Nuovo sistema informativo sanitario www.nsis.salute.gov.it
SEC	Specifica Episodio di cura (anche Specifica EC)
SIPC	Sistema Informativo Psichiatria di Comunità
SIPC-SRa	Sistema Informativo Psichiatria di Comunità - Modulo Strutture Residenziali per adulti
SISM	Sistema Informativo nazionale Salute Mentale (NSIS)
SRP	<i>Struttura Residenziale Psichiatrica</i> sanitaria terapeutico-riabilitativa o socio-riabilitativa
SRSR 12h	Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a media intensità assistenziale socio-sanitaria È uno dei 6 possibili "setting assistenziali" delle SRP nel Lazio
SRSR 24h	Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a elevata intensità assistenziale socio-sanitaria È uno dei 6 possibili "setting assistenziali" delle SRP nel Lazio
SRSRfo	Strutture Residenziali Socio-Riabilitative a fasce orarie È uno dei 6 possibili "setting assistenziali" delle SRP nel Lazio
SRTRe	Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari estensivi È uno dei 6 possibili "setting assistenziali" delle SRP nel Lazio
SRTRi	Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative per trattamenti comunitari intensivi È uno dei 6 possibili "setting assistenziali" delle SRP nel Lazio
STPIT	Strutture per i Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali È uno dei 6 possibili "setting assistenziali" delle SRP nel Lazio
STP	Straniero Temporaneamente Presente
SSR	Sistema Sanitario Regionale
UVM	Unità di Valutazione Multidisciplinare
XML	Extensible Markup Language
XSD	XML Schema Definition