



Linee guida

per il Sistema Informativo per il monitoraggio delle prestazioni
dei CONSULTORI FAMILIARI (SICOF)

A cura dell'Osservatorio per la Salute

(Deliberazione della G.P. n. 900 del 17.10.2023)

Aggiornata il 09.12.2025

Linee guida per il Sistema Informativo per il monitoraggio delle prestazioni dei CONSULTORI FAMILIARI (SICOF)

Ottobre 2023

© Edito dalla:

Provincia Autonoma di Bolzano

Ripartizione Salute

Osservatorio per la Salute

Copie disponibili presso:

Ripartizione Salute – Osservatorio per la Salute

Via Canonico Michael Gamper, 1 – 39100 BOLZANO

Tel. 0471 – 41.80.70

e-mail: osservatoriosalute@provincia.bz.it

Scaricabile dal sito internet:

<http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/>

INDICE

	PAG.
1. INTRODUZIONE	4
2. STORIA DEL DOCUMENTO	4
3. DEFINIZIONE	5
4. CARATTERISTICHE GENERALI DEL FLUSSO	6
5. ELENCO DELLE VARIABILI	7
6.SPECIFICHE VARIABILI	10
6.1. DATI ANAGRAFICI.....	10
6.2. DATI PRESTAZIONI INDIVIDUALI	18
6.3. DATI PRESTAZIONI GRUPPI	28
6.4. GESTIONE ANONIMATO.....	37
7. TRASMISSIONE DEI DATI.....	37
7.1. CONTROLLO DI QUALITÀ DEI DATI, ASSEGNAZIONE DEL CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO E TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA	37
7.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO	37
8. TRATTAMENTO DEI DATI	37
ALLEGATI.....	39
ALLEGATO 1: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI	40
ALLEGATO 2: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI.....	63
ALLEGATO 3: TRACCIATO RECORD SIAG PER L'OSSERVATORIO PER LA SALUTE	94
ALLEGATO 4: TRACCIATI INVIO DATI AL MINISTERO DELLA SALUTE	98
ALLEGATO 5: STRUTTURA XML	103
ALLEGATO 6: TERMINI DI INVIO.....	108
ALLEGATO 7: TABELLE DI DOMINIO.....	109
Tab.1: Elenco delle prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario dei consultori familiari (deliberazione della Giunta provinciale n.1572 del 08/06/09 e successive modifiche)	109
Tab 2: Elenco Consultori Familiari della Provincia di Bolzano per codici STS11: DA AGGIORNARE CON NUOVE STRUTTURE APPENA DEFINITE.....	114
Tab 3: Codifica aree	115
Tab 4: Codifica aree e sotto-aree prestazioni	116
Tab 5: codifica tipologie prestazioni	118
Tab 6: Matrice di controllo per le tipologie di aree di prestazioni.....	120
Tab 7. Elenco delle prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario sperimentale dei consultori familiari e transcodifica con vecchi codici e associazione a area e sottoarea	121
Tab 8. Elenco delle prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario sperimentale dei consultori familiari e transcodifica con vecchi codici e associazione a area e sottoarea (VALIDA DAL 1.3.25)	
ALLEGATO 8: BIBLIOGRAFIA.....	145

1. INTRODUZIONE

Il presente documento si applica alle prestazioni erogate dai consultori familiari, istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405, e relative all'assistenza territoriale sociosanitaria, prestata in favore dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie, residenti e non residenti sul territorio italiano, a livello distrettuale, domiciliare e territoriale.

Le Linee Guida contenenti le specifiche funzionali dei tracciati del sistema informativo Consultori familiari (SICOF) costituiscono l'analisi dei flussi informativi riguardanti l'acquisizione dei dati in merito alle prestazioni consultoriali previste dall'articolo 24 «Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie» DPCM 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA) e in coerenza con il decreto attuativo del suddetto flusso (DM 7 agosto 2023).

Inoltre, la realizzazione rientra nell'ambito dell'intervento PNRR – M6C2 1.3.2.2.1 “Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali (Consultori di Famiglia, Ospedali di Comunità, Servizi di Riabilitazione Territoriale e Servizi di Cure Primarie)”.

2. STORIA DEL DOCUMENTO

VERSIONE	DATA	NOTE / MODIFICHE EFFETTUATE
1.0	09.10.2023	Definizione dei tracciati: - Tracciato 1 – Dati contatto - Tracciato 2 – Prestazioni individuali - Tracciato 3 – Prestazioni gruppo
1.1	27.11.2023	- Adeguamento lunghezza campi ID_ACC, ID_Nucleo - ID_Nucleo non più azzerato giornalmente dall'inviante. - Stato civile modificati valori ammessi (Celibe/Nubile) - Diagnosi rilevata adeguata descrizione con esempi. - Adeguata tabella aree-sottoaree (allegato 7 tab.4) - Adeguata tabella tipologie prestazioni (allegato 7 tab.5) - Adeguata tabella mappatura aree-tipologie prestazioni (allegato 7 tab.6) - Modificato XML esempio eliminando il prefisso tag fls: - Modifica campo ASL_ASS da OBB a facoltativo
1.2	20.02.2024	- Introduzione campo COD_PRES_NEW e tabella di transcodifica codici prestazioni (allegato 7 tab.7) - Introduzione controllo COD_PRES_CONS e COD_PRES_NEW con campi AREA e SOTTOAREA - aggiornamento numerazione allegati - sostituzione “comprensorio sanitario” con “distretto sanitario” (delibera 907/2022) - aggiornamento tab.1 allegato 7
1.3	08.03.2024	- Modifica DATA_PRENOT, D_INIZIO_CICLO, D_FINE_CICLO e PREST in formato alfanumerico - aggiornamento tab.1 allegato 7 - specifiche per campi NBB
1.4	21.03.2024	- aggiornamento tab.1 allegato 7
1.5	08.04.2024	- modifica campo SEDE - Introduzione campo “INVITO” - aggiornamento AREE tab.7 allegato 7 - rettifica sostituzione “comprensorio sanitario” con “distretto sanitario”
1.6	15.04.2024	Aggiornamento allegato 3

VERSIONE	DATA	NOTE / MODIFICHE EFFETTUATE
1.7	10.05.2024	-aggiornamento allegato 3 - aggiornamento controlli DATA, D_INIZIO_CICLO, D_FINE_CICLO, DATA_PRENOT
2.0	21.03.2025	- eliminato il campo obbligatorio NAT_PRES e TIPO_FINANZ dal 1.3.25 - nuovo nomenclatore dal 1.3.25 (tab.8) - modifica campo PERSONALE_COINVOLTO 1, PERSONALE_COINVOLTO 2, PERSONALE_COINVOLTO 3 e PERSONALE_COINVOLTO 4
2.1	27.03.2025	- modifica prestazione 210.37 (aggiunta sottoarea A02) tab. 8 - - modifica campo PERSONALE_COINVOLTO 1, PERSONALE_COINVOLTO 2, PERSONALE_COINVOLTO 3 e PERSONALE_COINVOLTO 4
2.2	17.04.2025	Modifica controllo campi PERSONALE_COINVOLTO 1, PERSONALE_COINVOLTO 2, PERSONALE_COINVOLTO 3 e PERSONALE_COINVOLTO 4
2.3	19.05.2025	Modifica campo MOD_ERO
2.4	22.05.2025	Inserimento controllo campo PROGETTO e POGETTO DESCRIZIONE. Facoltativo fino al 31-5-25, non deve essere valorizzato dal 1.6.25
2.5	16.09.2025	Modifica campi NOMEA, ID_ACC (tracciato 2), ASL_ERO
2.6	17.11.2025	Modifica campi TERZI_2, TERZI_3
2.7	09.12.2025	Modifica ID_ACC in allegato 4 tab.2 modifica campo PERSONALE_COINVOLTO 1, PERSONALE_COINVOLTO 2, PERSONALE_COINVOLTO 3 e PERSONALE_COINVOLTO 4

3. DEFINIZIONE

Il flusso informativo fa riferimento alle informazioni relative all'erogatore e ai seguenti dati personali riferiti all'assistito, singolarmente o alla coppia, alla famiglia, al piccolo gruppo identificabile, non direttamente identificativi ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e relativi a:

- caratteristiche dell'assistito all'accesso al consultorio;
- codice individuale dell'assistito;
- dati relativi alla/e prestazione/i erogate.

Per prestazioni erogate a grandi gruppi con assistiti non identificabili il flusso informativo fa riferimento solo alle informazioni relative all'erogatore, alle caratteristiche del gruppo nel suo insieme e alle prestazioni erogate.

Al fine di consentire il monitoraggio delle prestazioni erogate dai consultori familiari, nonché consentire il monitoraggio dei livelli essenziali e uniformi di assistenza nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il SICO operando una preventiva aggregazione dei dati a livello aziendale su base annuale, consente, ai soggetti indicati nell'articolo 4 del presente decreto, analisi, utili per il calcolo di indicatori, anche ai fini della verifica di cui all'articolo 3 dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 23 marzo 2005.

4. CARATTERISTICHE GENERALI DEL FLUSSO

Il flusso SICOF è finalizzato alla raccolta delle informazioni relative alle prestazioni erogate dai consultori familiari, individuate nell'articolo 1.

Si specifica pertanto che le prestazioni rilevate dal SICOF non si devono sovrapporre/duplicare rispetto a quelle rilevate nel flusso art.50 (specialistica ambulatoriale).

Inoltre, l'attività consultoriale viene erogata dai diversi professionisti sanitari presso le strutture sanitarie censite nei modelli ministeriali STS11.

I contenuti informativi del SICOF sono suddivisi nei seguenti sottogruppi d'informazioni:

- **Tracciato 1:** Dati di contatto all'accesso, nel quale vengono rilevate principalmente le informazioni sociodemografiche dell'assistito all'accesso;
- **Tracciato 2:** Prestazioni individuali, nel quale vengono rilevate le informazioni di attività individuali erogate a singoli assistiti, coppie, nuclei familiari o piccoli gruppi;
- **Tracciato 3:** Prestazioni di gruppo e salute di comunità, nel quale vengono rilevate le informazioni delle attività erogate a grandi gruppi.

5. ELENCO DELLE VARIABILI

Tracciato 1 – Dati anagrafici

1. Tipo
2. Identificativo Assistito
3. Validità codice Identificativo Assistito
4. Tipologia codice Identificativo
5. Cognome Assistito
6. Nome Assistito
7. Cognome acquisito Assistito
- 8. Identificativo Accesso**
- 9. Identificativo Nucleo**
10. Regione di residenza
11. Comune di nascita
12. Comune di residenza
13. Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di Residenza
- 14. Regione di erogazione**
- 15. Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di erogazione**
16. Comprensorio Sanitario di assistenza
17. Codice Sanitario Individuale Assistito
18. Numero Identificazione TEAM
19. Codice istituzione competente TEAM
20. Acronimo istituzione competente TEAM
21. Stato che rilascia la TEAM
22. Tipo di assistenza prevista dalla TEAM
23. Data Scadenza TEAM
24. Cittadinanza
25. Genere
26. Data di nascita
27. Stato civile
28. Condizione Professionale
29. Titolo di studio
30. Soggetto richiedente
- 31. Codice Consultorio di erogazione**
- 32. Data**
33. Eventuale precedente partecipazione ad evento di gruppo
34. Servizio
35. Tipologia codice assistito per sistema TS

Tracciato 2 – Dati prestazioni

1. Tipo
- 8. Identificativo Accesso**
- 9. Identificativo Nucleo**
36. Identificativo Ciclo
- 37. Progressivo prestazione**
- 14 Regione di erogazione**
- 15. Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di erogazione**
16. Comprensorio Sanitario di assistenza
- 31. Codice Consultorio di erogazione**
- 32. Data**
38. Area attività
39. Sottoarea
40. Mandato unità giudiziaria
41. Diagnosi rilevata
42. Supporto sociale
43. Tipo prestazione
44. Numero di incontri totali previsti
45. Data di prenotazione
46. Data di inizio ciclo prestazioni
47. Data presunta fine del ciclo prestazioni
48. Sede prestazione
49. Mediazione culturale
50. Prestazione/azione multiprofessionalità
51. Personale coinvolto 1
52. Personale coinvolto 2
53. Personale coinvolto 3
54. Personale coinvolto 4
55. Terzi coinvolti: 1° soggetto
56. Terzi coinvolti: 2° soggetto
57. Terzi coinvolti: 3° soggetto
58. Codice Prestazione Consultori PAB
59. Numero di Prestazioni
60. Importo Tariffario
61. Tipo di finanziamento
62. Progetto
63. Progetto Descrizione
64. Natura della Prestazione
65. Prestazione SPA
66. Codice prestazione SPA
67. Modalità di erogazione
68. Codice Prestazione New
77. Invito

Tracciato 3 – Dati gruppi

1. Tipo
- 78. Identificativo Iniziativa**
- 79. Identificativo Incontro**
- 14. Regione di erogazione**
- 15. Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di erogazione**
16. Comprensorio Sanitario di assistenza
- 31. Codice Consultorio di erogazione**
- 32. Data Incontro**
38. Area attività
39. Sottoarea
40. Mandato unità giudiziaria
43. Tipo prestazione
44. Numero di incontri totali previsti
70. Data di inizio iniziativa
71. Data presunta fine iniziativa
72. N° utenti coinvolti
73. N° utenti con cittadinanza straniera
74. N° utenti minorenni
75. N° utenti maschi
76. N° utenti femmine
48. Sede prestazione
49. Mediazione culturale
50. Prestazione/azione multiprofessionalità
51. Personale coinvolto 1
52. Personale coinvolto 2
53. Personale coinvolto 3
54. Personale coinvolto 4
55. Terzi coinvolti: 1° soggetto
56. Terzi coinvolti: 2° soggetto
57. Terzi coinvolti: 3° soggetto
58. Codice Prestazione Consultori PAB
59. Numero di Prestazioni
60. Importo Tariffario
61. Tipo di finanziamento
62. Progetto
63. Progetto Descrizione
64. Natura della Prestazione
65. Prestazione SPA
66. Codice prestazione SPA
67. Modalità di erogazione
68. Codice Prestazione New
77. Invito

6.SPECIFICHE VARIABILI

6.1. DATI ANAGRAFICI

1. Tipo (TIPO)

Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.

Valori ammessi:

I: Inserimento

V: Variazione

C: Cancellazione

Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione."

Il campo è obbligatorio.

2. Identificativo Assistito (COD_ID)

Indica il codice identificativo univoco dell'assistito.

Per i residenti in Italia va compilato con il codice fiscale ufficiale attribuito dal Ministero delle Finanze, ovvero quello riportato nella tessera sanitaria.

Per gli stranieri temporaneamente presenti va indicato il codice STP a 16 caratteri ai sensi del DPR n.394 del 31/08/1999 art. 43 e della circolare del Ministero della Sanità 24/04/2000 n.5, composto da STP + codice regione + codice ASL + progressivo.

1= Nel caso di stranieri comunitari non residenti, va inserito il numero di identificazione personale indicato sulla Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), corrispondente al campo nr.6 della TEAM.

2= Nel caso di stranieri comunitari indigenti, va compilato il codice ENI a 16 caratteri composto da ENI + codice regione + codice ASL + progressivo.

3= In caso di mancata identificazione del cittadino da parte degli operatori o in caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, deve essere attribuito un codice di identificazione univoco arbitrario dell'assistito a 20 caratteri, di cui i primi 17 "X" e gli ultimi 3 numerici.

4 = Per tutti gli altri casi (TIPO_ID = "Z"), compilare con il codice associato (SPAG, ASC, HIC, paziente residente a cassa estera¹) o con 20 "X".

Il campo è obbligatorio.

3. Validità Codice Identificativo Assistito (VAL_COD_ID)

Informazione relativa alla validità del codice identificativo dell'assistito recuperata a seguito della chiamata al servizio di validazione esposto dal sistema TS al MEF.

I codici da utilizzare sono:

0 = codice identificativo valido (presente in banca dati MEF);

1 = codice identificativo errato (non presente in banca dati MEF).

Il campo è obbligatorio.

¹ Se paziente residente a cassa estera va compilato con il codice fiscale ufficiale attribuito dal Ministero delle Finanze, ovvero quello riportato nella tessera sanitaria.

4. Tipologia Identificativo Assistito (TIPO_ID)

Indicare se il codice contenuto nella variabile (5) "Identificativo Assistito" fa riferimento a:

1	=	codice fiscale
2	=	STP (straniero temporaneamente presente)
3	=	AA (anonimo)
4	=	TEAM (codice personale della TEAM)
9	=	ENI (Cittadino UE indigente con attestato ENI) ²
Z	=	Altro ³

Il campo è obbligatorio.

5. Cognome Assistito (COGNOME)

Indicare il cognome dell'assistito. Deve essere riportato esclusivamente il cognome, senza l'aggiunta di titoli o simili (non dott. Rossi, ma Rossi).

Nel caso di assistiti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del cognome. Nel campo dovrà essere inserita in lettere maiuscole l'esatta dicitura "ANONIMO".

Il campo è obbligatorio.

6. Nome Assistito (NOME)

Indicare il nome dell'assistito. Deve essere riportato esclusivamente il nome, senza l'aggiunta di titoli o simili (non suor Maria, ma Maria).

Nel caso di assistiti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del cognome. Nel campo dovrà essere inserita in lettere maiuscole l'esatta dicitura "ANONIMO".

Il campo è obbligatorio.

7. Cognome acquisito Assistito (NOMEA)

Indicare il cognome acquisito dell'assistito che deve essere di sesso femminile.

Nel caso di assistiti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del cognome acquisito.

8. Identificativo Accesso (ID_ACC) CAMPO CHIAVE

Codice progressivo di accesso, nel giorno, nella struttura erogatrice.

Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero.

Il campo è obbligatorio.

9. Identificativo NUCLEO (ID_NUCLEO) CAMPO CHIAVE

Codice progressivo che consente di associare una singola prestazione a favore di più assistiti (copie, famiglie o piccoli gruppi). Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero.

² Il codice ENI sostituisce il codice CTA (Cittadini Temporaneamente Assistiti).

³ Comprende i codici SPAG (Straniero Pagante in Proprio), ASC (altro straniero convenzionato o altro tipo di utente non contemplato da altre tipologie non elencate), HIC (pensionati e familiari di lavoratori che risiedono in un paese diverso dal capofamiglia e paziente residente a cassa estera).

10. Regione Residenza Assistito (REG_RES)

Identifica la regione nella cui anagrafe è iscritto il cittadino cui è stata erogata la prestazione. La codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86) e successive modifiche. Per i residenti all'estero inserire il codice 999.
Il campo è obbligatorio.

11. Comune di Nascita Assistito (COM_NASC)

Il codice da utilizzare è il codice ISTAT (validi e cessati), i cui primi 3 caratteri individuano la provincia ed i successivi 3 un progressivo all'interno di ciascuna provincia che identifica il singolo comune.

Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione.

Per i nati all'estero codificare: 999+codice Paese estero.

Se il paziente è nato in Italia, ma non si conosce il comune, codificare: 999997.

Se nato all'estero e non si conosce il Paese estero codificare: 999998.

Se non si conosce il comune codificare: 999999.

Il campo è obbligatorio.

12. Comune Residenza Assistito (COM_RES)

Identifica il comune nella cui anagrafe è iscritto il cittadino cui è stata erogata la prestazione. Il codice da utilizzare è il codice ISTAT (validi e cessati), i cui primi 3 caratteri individuano la provincia ed i successivi 3 un progressivo all'interno di ciascuna provincia che identifica il singolo comune.

Nel caso di pazienti residenti all'estero, codificare 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione.

Se il paziente è residente all'estero codificare: 999 + codice Paese estero.

Se il paziente è residente in Italia, ma non si conosce il comune, codificare 999997.

Se straniero e non si conosce il paese estero codificare: 999998.

Se non si conosce il comune o per persone senza fissa dimora codificare: 999999.

Il campo è obbligatorio.

13. Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di Residenza Assistito (ASL_RES)

Identifica il Comprensorio sanitario o l'azienda sanitaria di residenza che comprende il comune in cui risiede il paziente.

Per i residenti in provincia di Bolzano, utilizzare i seguenti codici:

101 = Comprensorio sanitario di Bolzano;

102 = Comprensorio sanitario di Merano;

103 = Comprensorio sanitario di Bressanone;

104 = Comprensorio sanitario di Brunico.

Per i residenti fuori provincia in Italia, la codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86) e successive modifiche.

Per i residenti all'estero inserire il codice 999.

14. Regione di erogazione (REG_ERO) CAMPO CHIAVE

Individua la Regione a cui afferisce la struttura presso la quale è erogata la prestazione.

Per la provincia di Bolzano, il codice è 041.

Il campo è obbligatorio.

15. Azienda Sanitaria di Erogazione (ASL_ERO) CAMPO CHIAVE

Indica il codice dell'Azienda Unità Sanitaria Locale cui afferisce la struttura erogatrice (vedi tabella di transcodifica allegato n. 7 tab.2).

Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri dell'Azienda Unità Sanitaria/Azienda Ospedaliera.

~~Per i CF in provincia di Bolzano, utilizzare i seguenti codici:~~

- 101 = Compensorio sanitario di Bolzano;
- 102 = Compensorio sanitario di Merano;
- 103 = Compensorio sanitario di Bressanone;
- 104 = Compensorio sanitario di Brunico.

~~Il campo è obbligatorio.~~

16. Compensorio Sanitario di assistenza (ASL_ASS)

Identifica il Compensorio sanitario o l'azienda sanitaria in cui è iscritto il paziente. Il Compensorio sanitario di assistenza può essere diverso da quello di residenza.

Per gli assistiti in provincia di Bolzano, utilizzare i seguenti codici:

- 101 = Compensorio sanitario di Bolzano;
- 102 = Compensorio sanitario di Merano;
- 103 = Compensorio sanitario di Bressanone;
- 104 = Compensorio sanitario di Brunico.

Per i residenti fuori provincia in Italia, la codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86) e successive modifiche.

Per i residenti all'estero non compilare.

~~Il campo è obbligatorio.~~

17. Codice sanitario individuale Assistito (COD_SANI)

Per gli iscritti al Servizio Sanitario Provinciale il codice è rappresentato dal libretto sanitario limitatamente alle cifre del numero racchiuso dai due slash (simbolo "/") escludendo le ultime due cifre che rappresentano la data di nascita.

Se il paziente non è iscritto al Servizio Sanitario Provinciale e viene ricoverato presso un ospedale pubblico, il codice sanitario viene determinato da una procedura di calcolo automatica che attribuisce un codice univoco al paziente in base alle informazioni anagrafiche.

Nel caso di pazienti che richiedono di poter beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, verrà generato un codice fittizio.

Il campo è obbligatorio per gli assistiti con codice STP, TEAM, ENI o Altro (codice uguale a 2, 4, 9 o Z alla variabile (18) "Tipo Identificativo Assistito").

18. Numero identificazione TEAM (N_TEAM)

Riportare il campo nr. 6 della TEAM.

Il campo può essere compilato se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (18) "Tipo Identificativo Assistito").

19. Codice istituzione competente TEAM (COD_IST)

Riportare il campo nr. 8 della TEAM.

Il campo può essere compilato se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (18) "Tipo Identificativo Assistito").

20. Acronimo istituzione competente TEAM (DEN_IST)

Il campo può essere compilato se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (18) "Tipo Identificativo Assistito").

21. Stato che rilascia la tessera TEAM (ST_ESTERO)

Il campo può essere compilato se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (18) "Tipo Identificativo Assistito").

22. Tipo di assistenza prevista dalla TEAM (TIPO_TEAM)

I codici da utilizzare sono: E111 o E106

Il campo può essere compilato se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (18) "Tipo Identificativo Assistito").

23. Data scadenza TEAM (DATA_SCAD)

Il campo può essere compilato se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (18) "Tipo Identificativo Assistito").

24. Cittadinanza Assistito (C_CITT)

Indica il Paese di cittadinanza dell'assistito. Se l'assistito ha più di una cittadinanza inserire il codice di quella scelta dall'assistito. I codici da utilizzare sono:

cittadinanza italiana = 100;

cittadinanza estera = codice a 3 cifre Paese estero definito dal Ministero dell'Interno;

apolidi = 999;

sconosciuta = 998.

Il campo è obbligatorio.

25. Genere (GENERE)

Indica il sesso dell'assistito.

Valori ammessi:

1. Maschio

2. Femmina

3. Non specificato

Il campo è obbligatorio.

26. Data di Nascita (DATA_NASCITA)

Indica la data di nascita dell'assistito.

Formato ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio.

27. Stato Civile (STATO_CIVILE)

Indica lo stato civile dell'assistito al momento della rilevazione.

Valori ammessi:

1. Nubile/ Celibe
2. Coniugato/a
3. Separato/a
4. Divorziato/a
5. Vedovo/a
6. Unito/a civilmente
7. Già in unione civile (in decesso del partner)
8. Già in unione civile (per scioglimento unione)
9. Non rilevato
99. Dato mancante

Il campo è obbligatorio.

28. Condizione Professionale (PROF)

Indica la condizione professionale dell'assistito al momento della rilevazione.

Valori ammessi:

1. Studente/essa
2. In cerca di prima occupazione
3. Occupato/a
4. Casalingo/a
5. Disoccupato/a
6. Altra condizione (pensionato/a, inabile, ecc.)
7. Non dichiarato/non noto
9. Dato mancante

Il campo è obbligatorio.

29. Titolo di studio (TITOLO_STUDIO)

Titolo di studio conseguito dall'utente.

Valori ammessi:

1. Nessun titolo (meno di 5 anni di studio)
2. Licenza elementare (5 anni di studio)
3. Diploma di scuola media inferiore (8 anni di studio)
4. Diploma di scuola media superiore (Qualifica professionale / Maturità) (13 anni di studio)
5. Diploma universitario o laurea breve
6. Laurea o superiore (17 o più anni di studio)
7. Non dichiarato
9. Dato mancante

Il campo è obbligatorio.

30. Soggetto richiedente (SOGG_RIC)

Indica il soggetto/professionista richiedente la prestazione.

Valori ammessi:

1. Accesso spontaneo
2. Programmato in precedente accesso
3. MMG/PLS
4. Ostetricia-ginecologia ospedale
5. Servizi sociali/centri per le famiglie
6. Screening
7. Tribunale
8. Altri servizi sanitari/socio-sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Pronto Soccorso, etc.)
9. Associazioni del terzo settore

- 10. Altro
 - 11. Non noto
- Il campo è obbligatorio.*

31. Codice Consultorio di erogazione (CO_STS11) CAMPO CHIAVE

Indica il codice della Struttura.

Inserire il codice della struttura in base alla codifica del modello STS11 -anagrafiche delle strutture di assistenza territoriale.

Il campo è obbligatorio.

32. Data della prestazione (DATA) CAMPO CHIAVE

Indica la data di accesso/PIC dell'assistito.

Formato: ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio.

33. Eventuale precedente partecipazione ad evento di gruppo (PREC_PART)

Indica se l'assistito ha partecipato a eventi precedenti di gruppo, di promozione della salute organizzate da un consultorio.

Valori ammessi:

- 1. Corso accompagnamento alla nascita
- 2. Educazione alla sessualità e alla affettività
- 3. Promozione della salute
- 4. Nessuna partecipazione
- 5. Altro

34. Servizio (SERVIZIO)

Indica il tipo di servizio richiesto nell'ambito del CF.

Valori ammessi:

- 0. Ordinario
- 1. Spazio giovani
- 2. Spazio donne e bambini immigrati
- 3. Spazio mamme
- 4. Altro servizio dedicato

Il campo è obbligatorio.

35. Tipologia Codice Identificativo Assistito (TS_COD_ID)

Informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell'assistito recuperata a seguito della chiamata al servizio di validazione esposto dal sistema TS al MEF.

I codici da utilizzare sono:

0 = codice fiscale;

1 = codice STP;

2 = codice ENI;
3 = codice TEAM;
4 = codice fiscale numerico provvisorio a 11 cifre;
97 = codice STP non presente in anagrafe;
98 = assistito richiedente l'anonimato;
99 = codice non presente in banca dati o sconosciuto.
Il campo è obbligatorio.

6.2. DATI PRESTAZIONI INDIVIDUALI

1. TIPO (TIPO)

Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.

Valori ammessi:

I: Inserimento

V: Variazione

C: Cancellazione

Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.

Il campo è obbligatorio.

8. Identificativo Accesso (ID_ACC) CAMPO CHIAVE

Codice progressivo di accesso, nel giorno, nella struttura erogatrice.

Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero.

9. Identificativo NUCLEO (ID_NUCLEO) CAMPO CHIAVE

Codice progressivo che consente di associare una singola prestazione a favore di più assistiti (copie, famiglie o piccoli gruppi).

Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero.

36. Identificativo CICLO (ID_CICLO)

Codice che identifica il ciclo di appartenenza dell'assistito/coppia/famiglia o piccolo gruppo.

Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero.

37. Progressivo prestazione (PROG_PREST) CAMPO CHIAVE

Indica il numero progressivo univoco nell'ambito dell'accesso, identificativo della singola prestazione.

Numerico ≠ 0

Univoco nell'ambito dell'accesso.

Il campo è obbligatorio.

14. Regione di erogazione (REG_ERO) CAMPO CHIAVE

Individua la Regione a cui afferisce la struttura presso la quale è erogata la prestazione.

Per la provincia di Bolzano, il codice è 041.

Il campo è obbligatorio.

15. Azienda Sanitaria di Erogazione (ASL_ERO) CAMPO CHIAVE

Indica il codice dell'Azienda Unità Sanitaria Locale cui afferisce la struttura erogatrice (vedi tabella di transcodifica allegato n. 7 tab.2).

Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri dell'Azienda Unità Sanitaria/Azienda Ospedaliera.

Per i CF in provincia di Bolzano, utilizzare i seguenti codici:

101 = Comprensorio sanitario di Bolzano;

102 = Comprensorio sanitario di Merano;

103 = Comprensorio sanitario di Bressanone;

104 = Comprensorio sanitario di Brunico.

Il campo è obbligatorio.

16. Comprensorio Sanitari di assistenza (ASL_ASS)

Identifica il Comprensorio sanitario o l'azienda sanitaria in cui è iscritto il paziente. Il Comprensorio sanitario di assistenza può essere diverso da quello di residenza.

Per gli assistiti in provincia di Bolzano, utilizzare i seguenti codici:

101 = Comprensorio sanitario di Bolzano;

102 = Comprensorio sanitario di Merano;

103 = Comprensorio sanitario di Bressanone;

104 = Comprensorio sanitario di Brunico.

Per i residenti fuori provincia in Italia, la codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86) e successive modifiche.

Per i residenti all'estero non compilare.

~~*Il campo è obbligatorio.*~~

31. Codice Consultorio di erogazione (CO_STS11) CAMPO CHIAVE

Indica il codice della Struttura.

Inserire il codice della struttura in base alla codifica del modello STS11 -anagrafiche delle strutture di assistenza territoriale.

Il campo è obbligatorio.

32. Data della prestazione (DATA) CAMPO CHIAVE

Indica la data di accesso/PIC dell'assistito.

Formato: ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio.

38. Area attività (AREA)

Indica il codice Area di attività. Vedere tabella codifica aree prestazioni (ALLEGATO N. 7 TAB.3)

Il campo è obbligatorio.

39. Sottoarea (SOTTOAREA)

Indica il codice Sottoarea di attività, ove prevista.

Vedere tabella codifica sottoaree prestazioni. (ALLEGATO N. 7 TAB.4)

Il campo è obbligatorio.

40. Mandato unità giudiziaria

Indica esclusivamente l'esistenza o non di un mandato dell'autorità giudiziaria per l'esecuzione della prestazione.

Valori ammessi:

1. Presente
2. Assente

Il campo è obbligatorio.

41. Diagnosi rilevata (DIAG)

Indica la diagnosi rilevata dal soggetto richiedente. Valorizzare secondo i codici ICD-9 CM della classificazione internazionale delle malattie con un minimo di 3 caratteri e un massimo di 6, nei seguenti modi:

“XXX”; “XXX.X”; “XXXX”; “XXX.XX”; “XXXXX”.

42. Supporto sociale (SUPPORTO)

Identifica la presenza di un supporto da parte di reti formali e in-formali (della famiglia e della rete informale).

Valori ammessi:

1. Presenza
2. Presenza parziale e/o temporanea
3. Non presenza

43. Tipo prestazione (PREST)

Indica la tipologia di prestazione erogata.

Vedere tabella codifica tipologia prestazioni. (ALLEGATO N. 7 TAB.5)

Il campo è obbligatorio.

44. Numero di incontri totali previsti (NR_INCONTRI)

Indica il numero di incontri/prestazioni previsti per l'intervento/prestazione di gruppo.

Scrivere 1 se prestazione erogata in un unico incontro. In caso di prestazione che prevede più incontri, indicare il numero di incontri previsti.

Il campo è obbligatorio.

45. Data di prenotazione (DATA_PRENOT)

Indica la data di prenotazione della prestazione.

Formato ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio.

46. Data di inizio ciclo prestazioni (D_INIZIO_CICLO)

Indica la data di erogazione della prima prestazione del ciclo.

Formato ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio.

47. Data presunta fine del ciclo prestazioni (D_FINE_CICLO)

Indica la data presunta di chiusura del ciclo di prestazioni.

Formato ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio.

48. Sede prestazione (SEDE)

Indica il tipo di sede nel quale viene eseguita la prestazione.

Valori ammessi:

1. Consultorio
2. Domicilio
3. Scuola
4. Istituti penitenziari
5. Altro
8. Casa di riposo

Il campo è obbligatorio.

49. Mediazione culturale (MED_CULT)

Indica la necessità o meno di una mediazione culturale per l'esecuzione della prestazione.

Specificare se la prestazione è stata eseguita tramite l'intervento di un/una mediatore/trice culturale:

1. Si
2. No

50. Prestazione/azione multiprofessionalità (MULTIPROF)

Indica se la prestazione è eseguita tramite multiprofessionalità o monoprofessionalità.

Valori ammessi:

1. Prestazione/azione con erogazione mono-professionale
2. Prestazione/azione con erogazione multi-professionale

Il campo è obbligatorio.

51. Personale coinvolto 1 (PERSONALE_1)

Indica la tipologia di personale coinvolto nelle prestazioni.

Utilizzare il primo campo per l'operatore coinvolto in modo prevalente o in caso di unico operatore coinvolto. Valori ammessi:

1. Ostetrica/o
2. Ginecologo/a
3. Psicologo/a
4. Assistente sociale
5. Infermiere/a
6. Pediatra
7. Assistente sanitario/a
8. Altro
10. Pedagogista
11. Consulente familiare
12. Educatore socio-pedagogico
13. Psicomotricista
14. Psichiatra

15. Senologo
 16. Medico
 17. Nutrizionista
 18. Dietista
 19. Fisioterapista
 20. Avvocato
 21. Terapista
 22. Educatore
 23. Psicoterapeuta
- Il campo è obbligatorio.*

52. Personale coinvolto 2 (PERSONALE_2)

Indica la tipologia di personale coinvolto nelle prestazioni.

Utilizzare il primo campo per l'operatore coinvolto in modo prevalente o in caso di unico operatore coinvolto. Valori ammessi:

1. Ostetrica/o
2. Ginecologo/a
3. Psicologo/a
4. Assistente sociale
5. Infermiere/a
6. Pediatra
7. Assistente sanitario/a
8. Altro
9. Dato mancante
10. Pedagogista
11. Consulente familiare
12. Educatore socio-pedagogico
13. Psicomotricista
14. Psichiatra
15. Senologo
16. Medico
17. Nutrizionista
18. Dietista
19. Fisioterapista
20. Avvocato
21. Terapista
22. Educatore
23. Psicoterapeuta

Lasciare vuoto se la Prestazione/azione multiprofessionalità è mono-professionale (per invio al Ministero).

Il campo è obbligatorio se MUTIPROF =2

53. Personale coinvolto 3 (PERSONALE_3)

Indica la tipologia di personale coinvolto nelle prestazioni.

Utilizzare il primo campo per l'operatore coinvolto in modo prevalente o in caso di unico operatore coinvolto. Valori ammessi:

1. Ostetrica/o
2. Ginecologo/a
3. Psicologo/a
4. Assistente sociale
5. Infermiere/a
6. Pediatra

7. Assistente sanitario/a
8. Altro
9. Dato mancante
10. Pedagogista
11. Consulente familiare
12. Educatore socio-pedagogico
13. Psicomotricista
14. Psichiatra
15. Senologo
16. Medico
17. Nutrizionista
18. Dietista
19. Fisioterapista
20. Avvocato
21. Terapista
22. Educatore
23. Psicoterapeuta

Lasciare vuoto se la Prestazione/azione multiprofessionalità è mono-professionale.

Il campo è obbligatorio se MUTIPROF =2

54. Personale coinvolto 4 (PERSONALE_4)

Indica la tipologia di personale coinvolto nelle prestazioni.

Utilizzare il primo campo per l'operatore coinvolto in modo prevalente o in caso di unico operatore coinvolto. Valori ammessi:

1. Ostetrica/o
2. Ginecologo/a
3. Psicologo/a
4. Assistente sociale
5. Infermiere/a
6. Pediatra
7. Assistente sanitario/a
8. Altro
9. Dato mancante
10. Pedagogista
11. Consulente familiare
12. Educatore socio-pedagogico
13. Psicomotricista
14. Psichiatra
15. Senologo
16. Medico
17. Nutrizionista
18. Dietista
19. Fisioterapista
20. Avvocato
21. Terapista
22. Educatore
23. Psicoterapeuta

Lasciare vuoto se la Prestazione/azione multiprofessionalità è mono-professionale.

Il campo è obbligatorio se MUTIPROF =2

55. Terzi coinvolti: 1° soggetto (TERZI_1)

Indica l'eventuale presenza di soggetti terzi coinvolti.

Specificare eventuali soggetti terzi coinvolti nella prestazione o attivati a seguito della stessa (massimo 3):

1. Nessuno
2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.)
3. Servizi sociali
4. Scuola
5. Servizi prima infanzia
6. Tribunale/organi giudiziari
7. Famiglia
8. Centri per la famiglia
9. Associazioni del terzo settore
10. MMG/PLS
11. Medico specialista
12. Centri anti-violenza
13. Consultori privati
14. Enti locali
15. Altro
99. Dato mancante ?

Il campo è obbligatorio.

56. Terzi coinvolti: 2° soggetto (TERZI_2)

Indica l'eventuale presenza di soggetti terzi coinvolti.

Specificare eventuali soggetti terzi coinvolti nella prestazione o attivati a seguito della stessa (massimo 3):

1. Nessuno
2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.)
3. Servizi sociali
4. Scuola
5. Servizi prima infanzia
6. Tribunale/organi giudiziari
7. Famiglia
8. Centri per la famiglia
9. Associazioni del terzo settore
10. MMG/PLS
11. Medico specialista
12. Centri anti-violenza
13. Consultori privati
14. Enti locali
15. Altro
99. Dato mancante

Il campo è obbligatorio.

57. Terzi coinvolti: 3° soggetto (TERZI_3)

Indica l'eventuale presenza di soggetti terzi coinvolti.

Specificare eventuali soggetti terzi coinvolti nella prestazione o attivati a seguito della stessa (massimo 3):

1. Nessuno
2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.)
3. Servizi sociali
4. Scuola
5. Servizi prima infanzia
6. Tribunale/organi giudiziari

- 7. Famiglia
 - 8. Centri per la famiglia
 - 9. Associazioni del terzo settore
 - 10. MMG/PLS
 - 11. Medico specialista
 - 12. Centri anti-violenza
 - 13. Consultori privati
 - 14. Enti locali
 - 15. Altro
 - 99. Dato mancante
- Il campo è obbligatorio.*

58. Codice Prestazione Consultori (COD_PRES_CONS)

Indicare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario provinciale per i consultori familiari (deliberazione della Giunta provinciale n.1572 del 08/06/09 e successive modifiche). Si veda allegato 7 tab.1.

Il campo è obbligatorio fino al 28.02.2025.

59. Numero di Prestazioni (NUM_PRES)

Indicare la quantità di prestazioni erogate per codice di prestazione.

Il campo è obbligatorio.

60. Importo tariffario (IMP_TARI)

Indica la somma delle tariffe secondo il Nomenclatore Tariffario Provinciale per le prestazioni dei consultori familiari erogate (deliberazione della Giunta provinciale n.1572 del 08/06/09 e successive modifiche). Si veda allegato 7 tab.8.

Il campo è obbligatorio.

61. Tipo finanziamento (TIPO_FINANZ)

Indica il tipo di finanziamento della prestazione.

Valori ammessi:

1= per seduta

2= per evento

Si veda allegato 7 tab.7 colonna "tipo finanziamento".

Il campo è obbligatorio fino al 28.2.25.

62. Progetto (PROGETTO)

Indicare se la prestazione fa parte di un progetto:

1= AFAM-P1

2= AFAM-P2

3= AFAM-P3

4= LEA

5= RETECONS

6= SOST

7= SUPPGEN

8= VIOL

9=AMBGIN

Il campo non deve essere valorizzato dal 01.06.25

63. Progetto_DESCR (PROGETTO_DESCR)

Indicare se la prestazione fa parte di un progetto:

- 1= Sostegno precoce alle famiglie
- 2= Sostegno genitori era digitale
- 3= Sostegno genitorialità crisi, separazioni e divorzi
- 4= Persone senza assistenza
- 5= Partecipazione alle rete dei consultori familiari
- 6= Sostegno genitorialità - generico
- 7= Supporto genitorialità e relazioni fragili
- 8= Progetto contro violenza
- 9= Ambulatori ginecologici

Il campo non deve essere valorizzato dal 01.06.25

64. Natura della Prestazione (NAT_PRES)

Indicare la natura della prestazione erogata:

- 1= SO (sociale)
- 2= SO/SA (sociosanitaria)
- 3= SA (sanitaria)

Il campo è obbligatorio fino al 28.2.25.

65. Prestazione SPA (PRES_SPA)

Indicare se si tratta di una prestazione di Specialistica ambulatoriale o del Consultorio.

- 1 = prestazione di specialistica
- 2 = prestazione del consultorio

Il campo è obbligatorio.

66. Codice Prestazione SPA (COD_PRES_SPA)

Indicare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario provinciale (deliberazione della Giunta provinciale n.2568 del 15/06/98 e successive modifiche).

Il tariffario provinciale riprende il sistema di codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale definito a livello nazionale con il D.M. del 22 luglio 1996. I codici delle prestazioni sono costituiti fino ad un massimo di sette caratteri, ogni punto divisore rappresenta un carattere. Non costituiscono oggetto della rilevazione le prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato (assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro) e quindi a completo carico dell'assistito come le prestazioni di fisica sanitaria, le prestazioni di igiene pubblica, le prestazioni di medicina del lavoro, e le prestazioni di medicina legale (nel nomenclatore provinciale identificate dalla sigla P-DOS, P-IG, P-LAV, P-LEG).

67. Modalità di erogazione (MOD_ERO)

Indicare la modalità di erogazione della prestazione:

- 1 = in presenza
- 2 = in telemedicina
- 3 = a domicilio
- 4=al telefono

Il campo è obbligatorio.

68. Codice Prestazione New (COD_PRES_NEW)

~~Indicare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario provinciale sperimentale per i consultori familiari ove presente. Si veda allegato 7 tabella 7.~~

Indicare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario provinciale per i consultori familiari (deliberazione della Giunta provinciale n.133 del 18/02/25). Si veda allegato 7 tab.8.
Campo obbligatorio dal 1.3.25.

77. Invito (INVITO)

Indicare se la prestazione è stata erogata a seguito di un invito da parte dell'Azienda Sanitaria.

1. Si
2. No

Il campo è obbligatorio.

6.3. DATI PRESTAZIONI GRUPPI

1. TIPO (TIPO)

Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.

Valori ammessi:

I: Inserimento

V: Variazione

C: Cancellazione

Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.

Il campo è obbligatorio.

68. Identificativo iniziativa (ID_INIZIATIVA) CAMPO CHIAVE

Codice progressivo che identifica l'iniziativa di appartenenza del gruppo.

Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero.

Il campo è obbligatorio.

69. Identificativo Incontro (ID_INCONTRO) CAMPO CHIAVE

Indica il numero dell'incontro svolto rispetto a quelli previsti per l'iniziativa di gruppo.

Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero.

Il campo è obbligatorio.

14. Regione di erogazione (REG_ERO) CAMPO CHIAVE

Individua la Regione a cui afferisce la struttura presso la quale è erogata la prestazione.

Per la provincia di Bolzano, il codice è 041.

Il campo è obbligatorio.

15. Azienda Sanitaria di Erogazione (ASL_ERO) CAMPO CHIAVE

Indica il codice dell'Azienda Unità Sanitaria Locale cui afferisce la struttura erogatrice (vedi tabella di trancodifica allegato n. 7 tab.2).

Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri dell'Azienda Unità Sanitaria/Azienda Ospedaliera.

Per i CF in provincia di Bolzano, utilizzare i seguenti codici:

101 = Comprensorio sanitario di Bolzano;

102 = Comprensorio sanitario di Merano;

103 = Comprensorio sanitario di Bressanone;

104 = Comprensorio sanitario di Brunico.

Il campo è obbligatorio.

16. Comprensorio Sanitario di assistenza (ASL_ASS)

Identifica il Comprensorio sanitario o l'azienda sanitaria in cui è iscritto il paziente. Il Comprensorio sanitario di assistenza può essere diverso da quello di residenza.

Per gli assistiti in provincia di Bolzano, utilizzare i seguenti codici:

101 = Comprensorio sanitario di Bolzano;

102 = Comprensorio sanitario di Merano;

103 = Comprensorio sanitario di Bressanone;

104 = Comprensorio sanitario di Brunico.

Per i residenti fuori provincia in Italia, la codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86) e successive modifiche.

Per i residenti all'estero non compilare.

~~Il campo è obbligatorio.~~

31. Codice Consultorio di erogazione (CO_STS11) CAMPO CHIAVE

Indica il codice della Struttura.

Inserire il codice della struttura in base alla codifica del modello STS11 -anagrafiche delle strutture di assistenza territoriale.

Il campo è obbligatorio.

32. Data incontro (DATA_INCONTRO) CAMPO CHIAVE

Indica la data di svolgimento dell'incontro di gruppo.

Formato: ggmmaaaa.

38. Area attività (AREA)

Indica il codice Area di attività. Vedere tabella codifica aree prestazioni (ALLEGATO N.7 Tab.3)

Il campo è obbligatorio.

39. Sottoarea (SOTTOAREA)

Indica il codice Sottoarea di attività, ove prevista.

Vedere tabella codifica sottoaree prestazioni. (ALLEGATO N.7 TAB. 4)

Il campo è obbligatorio.

40. Mandato unità giudiziaria

Indica esclusivamente l'esistenza o non di un mandato dell'autorità giudiziaria per l'esecuzione della prestazione.

Valori ammessi:

1. Presente

2. Assente

Il campo è obbligatorio.

46. Tipo prestazione (PREST)

Indica la tipologia di prestazione erogata.

Vedere tabella codifica tipologia prestazioni. (ALLEGATO N.7 Tab. 5)

Il campo è obbligatorio.

47. Numero di incontri totali previsti (NR_INCONTRI)

Indica il numero di incontri/prestazioni previsti per l'intervento/prestazione di gruppo.

Scrivere 1 se prestazione erogata in un unico incontro. In caso di prestazione che prevede più incontri, indicare il numero di incontri previsti.

Il campo è obbligatorio.

70. Data di inizio iniziativa (D_INIZIO_INIZIATIVA)

Indica la data di erogazione della prima prestazione del ciclo.

Formato ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio.

71. Data presunta fine iniziativa (D_FINE_INIZIATIVA)

Indica la data presunta di chiusura del ciclo di prestazioni.

Formato ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio.

72. N° utenti coinvolti (NR_UTENTI)

Indica il n° di utenti coinvolti.

Il campo è obbligatorio.

73. N° utenti con cittadinanza straniera (NR_STRANIERI)

Indica il n° di utenti di cittadinanza straniera coinvolti.

Tra il totale dei soggetti coinvolti, indicare il numero di utenti con cittadinanza straniera.

74. N° utenti minorenni (NR_MINORENNI)

Indica il n° di utenti minorenni coinvolti. Tra il totale dei soggetti coinvolti, indicare il numero di utenti con età < 18 anni.

75. N° utenti maschi (NR_MASCHI)

Indica il n° di utenti maschi coinvolti. Tra il totale dei soggetti coinvolti, indicare il numero di utenti maschi.

76. N° utenti femmine (NR_FEMMINE)

Indica il n° di utenti di sesso femminile coinvolti. Tra il totale dei soggetti coinvolti, indicare il numero di utenti di sesso femminile.

48. Sede prestazione (SEDE)

Valori ammessi:

1. Consultorio

2. Struttura comunale
3. Scuola
4. Istituto penitenziario
5. Centro sociale
6. Associazioni/Centri per la famiglia
7. Altro
8. Casa di riposo

Il campo è obbligatorio.

49. Mediazione culturale (MED_CULT)

Indica la necessità o meno di una mediazione culturale per l'esecuzione della prestazione.

Specificare se la prestazione è stata eseguita tramite l'intervento di un/una mediatore/trice culturale:

1. Si
2. No

50. Prestazione/azione multiprofessionalità (MULTIPROF)

Indica se la prestazione è eseguita tramite multiprofessionalità o monoprofessionalità.

Valori ammessi:

1. Prestazione/azione con erogazione mono-professionale
2. Prestazione/azione con erogazione multi-professionale

Il campo è obbligatorio.

51. Personale coinvolto 1 (PERSONALE_1)

Indica la tipologia di personale coinvolto nelle prestazioni.

Utilizzare il primo campo per l'operatore coinvolto in modo prevalente o in caso di unico operatore coinvolto. Valori ammessi:

1. Ostetrica/o
2. Ginecologo/a
3. Psicologo/a
4. Assistente sociale
5. Infermiere/a
6. Pediatra
7. Assistente sanitario/a
8. Altro
10. Pedagogista
11. Consulente familiare
12. Educatore socio-pedagogico
13. Psicomotricista
14. Psichiatra
15. Senologo
16. Medico
17. Nutrizionista
18. Dietista
19. Fisioterapista
20. Avvocato
21. Terapista
22. Educatore
23. Psicoterapeuta

Il campo è obbligatorio.

52. Personale coinvolto 2 (PERSONALE_2)

Indica la tipologia di personale coinvolto nelle prestazioni.

Utilizzare il primo campo per l'operatore coinvolto in modo prevalente o in caso di unico operatore coinvolto. Valori ammessi:

1. Ostetrica/o
2. Ginecologo/a
3. Psicologo/a
4. Assistente sociale
5. Infermiere/a
6. Pediatra
7. Assistente sanitario/a
8. Altro
9. Dato mancante
10. Pedagogista
11. Consulente familiare
12. Educatore socio-pedagogico
13. Psicomotricista
14. Psichiatra
15. Senologo
16. Medico
17. Nutrizionista
18. Dietista
19. Fisioterapista
20. Avvocato
21. Terapista
22. Educatore
23. Psicoterapeuta

Lasciare vuoto se la Prestazione/azione multiprofessionalità è mono-professionale (per invio al Ministero). **Il campo è obbligatorio se MUTIPROF =2**

53. Personale coinvolto 3 (PERSONALE_3)

Indica la tipologia di personale coinvolto nelle prestazioni.

Utilizzare il primo campo per l'operatore coinvolto in modo prevalente o in caso di unico operatore coinvolto. Valori ammessi:

1. Ostetrica/o
2. Ginecologo/a
3. Psicologo/a
4. Assistente sociale
5. Infermiere/a
6. Pediatra
7. Assistente sanitario/a
8. Altro
9. Dato mancante
10. Pedagogista
11. Consulente familiare
12. Educatore socio-pedagogico
13. Psicomotricista
14. Psichiatra
15. Senologo
16. Medico
17. Nutrizionista
18. Dietista
19. Fisioterapista
20. Avvocato
21. Terapista
22. Educatore

23. Psicoterapeuta

Lasciare vuoto se la Prestazione/azione multiprofessionalità è mono-professionale. **Il campo è obbligatorio se MUTIPROF =2**

54. Personale coinvolto 4 (PERSONALE_4)

Indica la tipologia di personale coinvolto nelle prestazioni.

Utilizzare il primo campo per l'operatore coinvolto in modo prevalente o in caso di unico operatore coinvolto. Valori ammessi:

1. Ostetrica/o
2. Ginecologo/a
3. Psicologo/a
4. Assistente sociale
5. Infermiere/a
6. Pediatra
7. Assistente sanitario/a
8. Altro
9. Dato mancante
10. Pedagogista
11. Consulente familiare
12. Educatore socio-pedagogico
13. Psicomotricista
14. Psichiatra
15. Senologo
16. Medico
17. Nutrizionista
18. Dietista
19. Fisioterapista
20. Avvocato
21. Terapista
22. Educatore
23. Psicoterapeuta

Lasciare vuoto se la Prestazione/azione multiprofessionalità è mono-professionale. **Il campo è obbligatorio se MUTIPROF =2**

55. Terzi coinvolti: 1° soggetto (TERZI_1)

Indica l'eventuale presenza di soggetti terzi coinvolti.

Specificare eventuali soggetti terzi coinvolti nella prestazione o attivati a seguito della stessa (massimo 3):

1. Nessuno
2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.)
3. Servizi sociali
4. Scuola
5. Servizi prima infanzia
6. Tribunale/organi giudiziari
7. Famiglia
8. Centri per la famiglia
9. Associazioni del terzo settore
10. MMG/PLS
11. Medico specialista
12. Centri anti-violenza
13. Consultori privati
14. Enti locali
15. Altro
99. Dato mancante ?

Il campo è obbligatorio.

56. Terzi coinvolti: 2° soggetto (TERZI_2)

Indica l'eventuale presenza di soggetti terzi coinvolti.

Specificare eventuali soggetti terzi coinvolti nella prestazione o attivati a seguito della stessa (massimo 3):

1. Nessuno
2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.)
3. Servizi sociali
4. Scuola
5. Servizi prima infanzia
6. Tribunale/organi giudiziari
7. Famiglia
8. Centri per la famiglia
9. Associazioni del terzo settore
10. MMG/PLS
11. Medico specialista
12. Centri anti-violenza
13. Consultori privati
14. Enti locali
15. Altro
- 99.Dato mancante

Il campo è obbligatorio.

57. Terzi coinvolti: 3° soggetto (TERZI_3)

Indica l'eventuale presenza di soggetti terzi coinvolti.

Specificare eventuali soggetti terzi coinvolti nella prestazione o attivati a seguito della stessa (massimo 3):

1. Nessuno
2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.)
3. Servizi sociali
4. Scuola
5. Servizi prima infanzia
6. Tribunale/organi giudiziari
7. Famiglia
8. Centri per la famiglia
9. Associazioni del terzo settore
10. MMG/PLS
11. Medico specialista
12. Centri anti-violenza
13. Consultori privati
14. Enti locali
15. Altro
- 99.Dato mancante

Il campo è obbligatorio.

58. Codice Prestazione Consultori PAB (COD_PREP_CONS)

Indicare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario provinciale per i consultori familiari (deliberazione della Giunta provinciale n.1572 del 08/06/09 e successive modifiche). Si veda allegato 7 tab.1.

Il campo è obbligatorio fino al 28.02.2025.

59. Numero di Prestazioni (NUM_PRES)

Indicare la quantità di prestazioni erogate per codice di prestazione.

Il campo è obbligatorio.

60. Importo tariffario (IMP_TARI)

Indica la somma delle tariffe secondo il Nomenclatore Tariffario Provinciale per le prestazioni dei consultori familiari erogate (deliberazione della Giunta provinciale n.1572 del 08/06/09 e successive modifiche). Si veda allegato 7 tab. 8.

Il campo è obbligatorio.

61. Tipo finanziamento (TIPO_FINANZ)

Indica il tipo di finanziamento della prestazione.

Valori ammessi:

1= per seduta

2= per evento

Si veda allegato 7 tab. 7 colonna "tipo finanziamento".

Il campo è obbligatorio fino al 28.2.25.

62. Progetto (PROGETTO)

Indicare se la prestazione fa parte di un progetto:

1= AFAM-P1

2= AFAM-P2

3= AFAM-P3

4= LEA

5= RETECONS

6= SOST

7= SUPPGEN

8= VIOL

9=AMBGIN

Il campo non deve essere valorizzato dal 01.06.25

63. Progetto_DESCR (PROGETTO_DESCR)

Indicare se la prestazione fa parte di un progetto:

1= Sostegno precoce alle famiglie

2= Sostegno genitori era digitale

3= Sostegno genitorialità crisi, separazioni e divorzi

4= Persone senza assistenza

5= Partecipazione alle rete dei consultori familiari

6= Sostegno genitorialità - generico

7= Supporto genitorialità e relazioni fragili

8= Progetto contro violenza

9=Ambulatori ginecologici

Il campo non deve essere valorizzato dal 01.06.25

64. Natura della Prestazione (NAT_PRES)

Indicare la natura della prestazione erogata:

1= SO (sociale)

2= SO/SA (sociosanitaria)

3= SA (sanitaria)

Il campo è obbligatorio fino al 28.2.25.

65. Prestazione SPA (PRES_SPA)

Indicare se si tratta di una prestazione di Specialistica ambulatoriale o del Consultorio.

1 = prestazione di specialistica

2 = prestazione del consultorio

Il campo è obbligatorio.

66. Codice Prestazione SPA (COD_PRES_SPA)

Indicare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario provinciale (deliberazione della Giunta provinciale n.2568 del 15/06/98 e successive modifiche).

Il tariffario provinciale riprende il sistema di codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale definito a livello nazionale con il D.M. del 22 luglio 1996. I codici delle prestazioni sono costituiti fino ad un massimo di sette caratteri, ogni punto divisore rappresenta un carattere. Non costituiscono oggetto della rilevazione le prestazioni erogate nell'interesse o su richiesta del privato (assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro) e quindi a completo carico dell'assistito come le prestazioni di fisica sanitaria, le prestazioni di igiene pubblica, le prestazioni di medicina del lavoro, e le prestazioni di medicina legale (nel nomenclatore provinciale identificate dalla sigla P-DOS, P-IG, P-LAV, P-LEG).

67. Modalità di erogazione (MOD_ERO)

Indicare la modalità di erogazione della prestazione:

1 = in presenza

2 = in telemedicina

3 = a domicilio

4=al telefono

Il campo è obbligatorio.

68. Codice Prestazione New (COD_PRES_NEW)

~~Indicare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario provinciale sperimentale per i consultori familiari. Si veda allegato 7 tabella 7.~~

Indicare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario provinciale per i consultori familiari (deliberazione della Giunta provinciale n.133 del 18/02/25). Si veda allegato 7 tab.8.

Il campo è obbligatorio dal 1.3.25.

77. Invito (INVITO)

Indicare se la prestazione è stata erogata a seguito di un invito da parte dell'Azienda Sanitaria.

1. Si

2. No

Il campo è obbligatorio.

6.4. GESTIONE ANONIMATO

Nel caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del nome e cognome, del codice sanitario e del codice fiscale. Le variabili del tracciato dovranno essere compilate come segue:

TIPO_ID = 3

COD_ID = codice alfanumerico formato da 17 "X" + progressivo di tre cifre

CITTADINANZA = 998

REG_RES = compilato

ASL_RES = compilato

7. TRASMISSIONE DEI DATI

7.1. CONTROLLO DI QUALITÀ DEI DATI, ASSEGNAZIONE DEL CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO E TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA

L'Azienda Sanitaria invierà tutti i dati relativi a ciascuna prestazione consultoriale alla Società Informatica Alto Adige S.p.A., all'uopo nominata responsabile del trattamento dei dati dall'Azienda stessa, secondo il tracciato descritto (vedi allegato 1) in modo che i dati possano essere controllati, e che venga assegnato a ciascun assistito il codice identificativo univoco a livello provinciale ed a livello di invio al Ministero, che vengano eliminati i dati identificativi diretti dei pazienti stessi (es. codice fiscale, nome e cognome, codice sanitario) e che i tracciati così raffinati vengano messi a disposizione della Ripartizione Sanità per l'invio al Ministero come previsto dal decreto ministeriale del 07/08/2023.

I dati prima di essere caricati nella banca dati provinciale, vengono sottoposti ad una procedura di controllo. I dati che a fronte del controllo risultano errati non vengono caricati nella banca dati provinciale, finché l'Azienda non provvede alla loro correzione.

L'ultimo invio di dati da parte della Azienda Sanitaria dei tracciati viene considerato quello valido.

7.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO

La Provincia, attraverso la Società Informatica Alto Adige S.p.A., invia al Ministero della Salute, secondo le modalità indicate nel disciplinare tecnico parte integrante del decreto e successive modifiche; inoltre devono essere rispettate le tempistiche stabilite nell'ambito del Sistema Informativo Nazionale (vedi allegato 6). Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi dei seguenti eventi:

- contatto;
- prestazione individuale;
- prestazioni grandi gruppi e salute di comunità.

Le variabili da rilevare, che costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale sono riportate nell'allegato 4.

L'invio dei dati al Ministero avviene attraverso un file in formato XML; l'allegato 5 definisce un esempio di schema XSD di convalida a cui fare riferimento.

8. TRATTAMENTO DEI DATI

Le modalità e le procedure di sicurezza, previste dal sistema informativo SIAD nell'ambito della trasmissione e del trattamento dei dati, al fine di garantire il rispetto della privacy secondo la normativa vigente, fanno riferimento al "Codice in materia di protezione dei dati personali", di cui al

decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 e successive modifiche ed alle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 per l'adeguamento della normativa nazionale a quanto disposto dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016.

ALLEGATI

Allegato 1: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI

Allegato 2: CONTROLLI DELLA QUALITÀ DEI DATI

Allegato 3: TRACCIATO RECORD SIAG PER L'OSSERVATORIO PER LA SALUTE

Allegato 4: TRACCIATI INVIO DATI AL MINISTERO DELLA SALUTE

Allegato 5: STRUTTURA XML

Allegato 6: TERMINI DI INVIO

Allegato 7: TABELLA DI DOMINIO

Allegato 8: BIBLIOGRAFIA

ALLEGATO 1: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI

Legenda:

OBB = Campo obbligatorio e vincolante

NBB = Campo obbligatorio in determinate circostanze

"vuoto" = Campo facoltativo

Tracciato 1 – Dati anagrafici

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
1	TIPO	Tipo	AN	1	OBB	I= Inserimento V=Variazione C= Cancellazione
2	COD_ID	Identificativo Assistito	AN	20	OBB	
3	VAL_COD_ID	Validità Codice Identificativo Assistito	N	1	OBB	0 = codice identificativo valido (presente in banca dati MEF) 1 = codice identificativo errato (non presente in banca dati MEF)
4	TIPO_ID	Tipo identificativo assistito	AN	1	OBB	1 = codice fiscale 2 = STP 3 = AA 4 = TEAM 9 = ENI Z = altro
5	COGNOME	Cognome dell'assistito	AN	30	OBB	
6	NOME	Nome dell'assistito	AN	20	OBB	
7	NOMEA	Cognome acquisito dell'assistito	AN	30	OBB	
8	ID_ACC	Identificativo Accesso	N	5 7	OBB	Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo giornaliero (azzerato giornalmente dall'inviante) intero.
9	ID_NUCLEO	Identificativo Nucleo	N	5 7	NBB (obbligatorio se accede un nucleo/piccolo gruppo)	Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo giornaliero (azzerato giornalmente dall'inviante) intero ESCLUSIVAMENTE nel caso in cui l'assistito appartenga ad un nucleo/piccolo gruppo. Nel caso in cui, invece, l'assistito acceda da solo al Consultorio, il campo non DEVE essere valorizzato

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
10	REG_RES	Regione di residente	AN	3	OBB	Codici DM 17/09/86 Se COM_RES = 999999 o 999998 o 999997 compilare 999
11	COM_NASC	Comune di nascita	AN	6	OBB	Codici ISTAT validi e cessati 999+codice Paese estero Comune sconosciuto: 999999 Nato all'estero e paese sconosciuto: 999998 Nato in Italia e comune sconosciuto: 999997
12	COM_RES	Comune di residente	AN	6	OBB	Codici ISTAT validi e cessati 999+codice Paese estero Comune sconosciuto: 999999 Residente all'estero e paese sconosciuto: 999998 Residente in Italia e comune sconosciuto: 999997
13	ASL_RES	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di Residenza	AN	3	OBB	Se COM_RES = 021xxx, codificare 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico altrimenti Codici DM 17/09/86 Se COM_RES = 999999 allora ASL_RES = 999
14	REG_ERO	Regione di erogazione	AN	3	OBB	Codice = 041
15	ASL_ERO	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di erogazione	AN	3	OBB	101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico
16	ASL_ASS	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di assistenza	AN	3	OBB	101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
17	COD_SANI	Codice sanitario individuale	AN	20	NBB	Obbligatorietà se TIPO_ID è uguale a 2, 4, 9, Z Se compilato, verifica della presenza in banca dati anagrafica assistibili
18	N_TEAM	Numero identificazione TEAM dell'assistito	AN	20	NBB	Compilare se TIPO_ID = 4 Non valorizzare se TIPO_ID <> 4
19	COD_IST	Codice istituzione competente TEAM	AN	15	NBB	Compilare se TIPO_ID = 4 Non valorizzare se TIPO_ID <> 4
20	DEN_IST	Acronimo istituzione competente TEAM	AN	30	NBB	
21	ST_ESTERO	Stato che rilascia la tessera TEAM	AN	2	NBB	Compilare se TIPO_ID = 4 Non valorizzare se TIPO_ID <> 4
22	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN	4	NBB	E111 E106
23	DATA_SCAD	Data Scadenza TEAM	DATA	8	NBB	Compilare se TIPO_ID = 4 Non valorizzare se TIPO_ID <> 4
24	C_CITT	Cittadinanza dell'assistito	AN	3	OBB	Codici Ministero Interni apolidi = 999 sconosciuta = 998 anonimo = 998
25	GENERE	Genere	N	1	OBB	1. Maschio 2. Femmina 3. Non specificato
26	DATA_NASCITA	DATA di nascita	DATA	8	OBB	Formato ggmmaaaa

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
27	STATO_CIVILE	Stato civile dell'assistito	N	2	OBB	1. Nubile/ Celibe 2. Coniugato/a 3. Separato/a 4. Divorziato/a 5. Vedovo/a 6. Unito/a civilmente 7. Già in unione civile (in decesso del partner) 8. Già in unione civile (per scioglimento unione) 9. Non rilevato 99. Dato mancante
28	PROF	Condizione Professionale	N	1	OBB	1. Studente/essa 2. In cerca di prima occupazione 3. Occupato/a 4. Casalingo/a 5. Disoccupato/a 6. Altra condizione (pensionato/a, inabile, ecc.) 7. Non dichiarato/non noto 9. Dato mancante
29	TITOLO_STUDIO	Titolo di studio	N	1	OBB	1. Nessun titolo (meno di 5 anni di studio) 2. Licenza elementare (5 anni di studio) 3. Diploma di scuola media inferiore (8 anni di studio) 4. Diploma di scuola media superiore (Qualifica professionale / Maturità) (13 anni di studio) 5. Diploma universitario o laurea breve 6. Laurea o superiore (17 o più anni di studio) 7. Non dichiarato 9. Dato mancante

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
30	SOGG_RIC	Soggetto richiedente	N	2	OBB	1. Accesso spontaneo 2. Programmato in precedente accesso 3. MMG/PLS 4. Ostetricia-ginecologia ospedale 5. Servizi sociali/centri per le famiglie 6. Screening 7. Tribunale 8. Altri servizi sanitari/socio-sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Pronto Soccorso, etc.) 9. Associazioni del terzo settore 10. Altro 11. Non noto
31	CO_STS11	Codice Consultorio di erogazione	AN	6	OBB	Codici ministeriali STS11 (vedi allegato 7 tab.2)
32	DATA	Data della prestazione	DATA	8	OBB	Formato ggmmaaaa
33	PREC_PART	Eventuale precedente partecipazione ad evento di gruppo	N	1	FAC	1. Corso accompagnamento alla nascita 2. Educazione alla sessualità e alla affettività 3. Promozione della salute 4. Nessuna partecipazione 5. Altro
34	SERVIZIO	Indica il tipo di servizio richiesto nell'ambito del CF.	N	1	OBB	0. Ordinario 1. Spazio giovani 2. Spazio donne e bambini immigrati 3. Spazio mamme 4. Altro servizio dedicato
35	TS_COD_ID	Informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell'assistito recuperata a seguito della chiamata al servizio di validazione esposto dal sistema TS al MEF.	N	2	OBB	0 = codice fiscale 1 = codice STP 2 = codice ENI 3 = codice TEAM 4 = codice numerico provvisorio a 11 cifre; 97 = codice STP non presente in anagrafe 98 = assistito richiedente l'anonimato 99 = codice non presente o sconosciuto

Nota:

I campi con tracciato alfanumerico (AN) vanno sempre allineati a sinistra e riempiti con spazi a destra.

I campi con tracciato numerico (N) vanno sempre allineati a destra e riempiti con zero.

I campi data di questo archivio sono di tipo GGMMAAAA; se mancanti, valorizzati con spazio.

Le variabili evidenziate in verde sono definite variabili chiave per l'unione dei tracciati.

Tracciato 2 – Dati clinici

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
1	TIPO	Tipo	AN	1	OBB	I= Inserimento V=Variazione C= Cancellazione
8	ID_ACC	Identificativo Accesso	N	5 7	OBB	Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo giornaliero (azzerato giornalmente dall'inviante) intero.
9	ID_NUCLEO	Identificativo Nucleo	N	57	NBB (obbligatorio se accede un nucleo/piccolo gruppo)	Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo giornaliero (azzerato giornalmente dall'inviante) intero ESCLUSIVAMENTE nel caso in cui l'assistito appartenga ad un nucleo/piccolo gruppo. Nel caso in cui, invece, l'assistito acceda da solo al Consultorio, il campo non DEVE essere valorizzato.
36	ID_CICLO	Identificativo Ciclo	N	7	NBB (obbligatorio se previsti più incontri)	se NR_INCONTRI > 1 il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero
37	PROG_PREST	Progressivo prestazione	N	2	OBB	Numerico > 0 Univoco nell'ambito dell'accesso
14	REG_ERO	Regione di erogazione	AN	3	OBB	Codice = 041
15	ASL_ERO	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di erogazione	AN	3	OBB	101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico (vedi tabella di transcodifica allegato n. 7 tab.2).
16	ASL_ASS	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di assistenza	AN	3	OBB	101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico
31	CO_STS11	Codice Consultorio di erogazione	AN	6	OBB	Codici ministeriali STS11 (vedi allegato 7 tab.2)
32	DATA	Data della prestazione	DATA	8	OBB	Formato ggmmaaaa
38	AREA_ATTIVITA	Area attività	AN	1	OBB	Vedere tabella codifica aree prestazioni.
39	SOTTOAREA	Sottoarea	AN	4	OBB	Vedere tabella codifica sottoaree prestazioni.
40	MANDATO	Mandato unità giudiziaria	N	1	OBB	1. Presente

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
						2. Assente 9. Dato mancante
41	DIAGNOSI	Diagnosi rilevata	AN	6		Valorizzare secondo i codici ICD-9 CM della classificazione internazionale delle malattie con un minimo di 3 caratteri e un massimo di 6, nei seguenti modi: "XXX"; "XXX.X"; "XXXX"; "XXX.XX"; "XXXXX".
42	SUPPORTO	Supporto sociale	N	1		1. Presenza 2. Presenza parziale e/o temporanea 3. Non presenza
43	PREST	Tipo prestazione	N	3	OBB	Vedere tabella codifica tipologia prestazioni.
44	NR_INCONTRI	Numero di incontri totali previsti	N	3	OBB	1 se la prestazione è erogata in un unico incontro, altrimenti scrivere il numero di incontri previsti.
45	DATA_PRENOT	Data di prenotazione	AN	8	OBB	Formato ggmmaaaa Se dato mancante indicare 99999999. Se prestazione non soggetta a prenotazione 88888888.
46	D_INIZIO_CICLO	Data di inizio ciclo prestazioni	AN	8	OBB	Formato ggmmaaaa se numero incontri >1. Se dato mancante indicare 99999999. Se prestazione non appartiene a ciclo 88888888.
47	D_FINE_CICLO	Data presunta fine del ciclo prestazioni	AN	8	OBB	Formato ggmmaaaa se numero incontri >1. Se dato mancante indicare 99999999. Se prestazione non appartiene a ciclo 88888888.
48	SEDE	Sede prestazione	N	1	OBB	1. Consultorio 2. Domicilio 3. Scuola 4. Istituti penitenziari 7. Altro 8. Casa di riposo
49	MED_CULT	Mediazione culturale	N	1		1. Si 2. No
50	MULTIPROF	Prestazione/azione multiprofessionalità	N	1	OBB	1. Prestazione/azione con erogazione mono-professionale 2. Prestazione/azione con erogazione multi-professionale
51	PERSONALE_1	Personale coinvolto 1	N	2	OBB	1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
						4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta
52	PERSONALE_2	Personale coinvolto 2	N	2	NBB	Compilare se sono coinvolti più operatori (se MULTIPROF =2) 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 9. Dato mancante 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
						17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta
53	PERSONALE_3	Personale coinvolto 3	N	2	NBB	Obbligatorio se MULTIPROF =2 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 9. Dato mancante 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta
54	PERSONALE_4	Personale coinvolto 4	N	2	NBB	Obbligatorio se MULTIPROF =2 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
						5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 9. Dato mancante 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta
55	TERZI_1	Terzi coinvolti: 1° soggetto	N	2	OBB	1. Nessuno 2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3. Servizi sociali 4. Scuola 5. Servizi prima infanzia 6. Tribunale/organismi giudiziari 7. Famiglia 8. Centri per la famiglia 9. Associazioni del terzo settore 10. MMG/PLS 11. Medico specialista 12. Centri anti-violenza 13. Consultori privati 14. Enti locali 15. Altro 99. Dato mancante

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
56	TERZI_2	Terzi coinvolti: 2° soggetto	N	2	OBB	1. Nessuno 2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3. Servizi sociali 4. Scuola 5. Servizi prima infanzia 6. Tribunale/organismi giudiziari 7. Famiglia 8. Centri per la famiglia 9. Associazioni del terzo settore 10. MMG/PLS 11. Medico specialista 12. Centri anti-violenza 13. Consultori privati 14. Enti locali 15. Altro 99. Dato mancante
57	TERZI_3	Terzi coinvolti: 3° soggetto	N	2	OBB	1. Nessuno 2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3. Servizi sociali 4. Scuola 5. Servizi prima infanzia 6. Tribunale/organismi giudiziari 7. Famiglia 8. Centri per la famiglia 9. Associazioni del terzo settore 10. MMG/PLS 11. Medico specialista 12. Centri anti-violenza 13. Consultori privati 14. Enti locali 15. Altro 99. Dato mancante
58	COD_PRES_CONS	Codice Prestazione Consultorio	AN	10	OBB fino al	Verifica valore compreso nel nomenclatore provinciale consultori (vedi allegato 7 tabella 1) e associazione campo

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
					28.2.25	AREA e SOTTOAREA (vedi allegato 7 tabella 7)
59	NUM_PRES	Numero di Prestazioni	N	3	OBB	1 ≤ N ≤ 999
60	IMP_TARI	Importo Tariffa	N	8	OBB	Obbligatorietà 0,00 ≤ N ≤ 99999,99
61	TIPO_FINANZ	Tipo finanziamento	AN	1	OBB fino al 28.2.25	1=per seduta 2=per evento vedi allegato 7 tabella 7
62	PROGETTO	Progetto	AN	2	VUOTO dal 01.06.25	1= AFAM-P1 2= AFAM-P2 3= AFAM-P3 4= LEA 5= RETECONS 6= SOST 7= SUPPGEN 8= VIOL 9=AMBGIN
63	PROGETTO_DESCR	Progetto descrizione	AN	100	VUOTO dal 01.06.25	
64	NAT_PRES	Natura della Prestazione	AN	1	OBB fino al 28.2.25	1=So 2=So/Sa 3=Sa
65	PREST_SPA	Prestazione SPA	AN	1		1 = prestazione di specialistica 2 = prestazione del consultorio
66	COD_PRES_SPA	Codice Prestazione SPA	AN	10		Se compilato verifica valore compreso nel nomenclatore provinciale della SPA
67	MOD_ERO	Modalità di erogazione	AN	1	OBB	1 = in presenza 2 = in telemedicina 3 = a domicilio 4=al telefono
68	COD_PRES_NEW	Codice Prestazione New	AN	10	OBB dal 1.3.25	Indicare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario provinciale per i consultori familiari (delibera-

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
						zione della Giunta provinciale n.133 del 18/02/25). Si veda allegato 7 tab.8.
77	INVITO	Invito	AN	1	OBB	1. Si 2. No

Nota:

I campi con tracciato alfanumerico (AN) vanno sempre allineati a sinistra e riempiti con spazi a destra.

I campi con tracciato numerico (N) vanno sempre allineati a destra e riempiti con zero.

I campi data di questo archivio sono di tipo GGMMAAAA; se mancanti, valorizzati con spazio.

Le variabili evidenziate in verde sono definite variabili chiave per l'unione dei tracciati.

Tracciato 3 – Dati gruppi

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
1	TIPO	Tipo	AN	1	OBB	I= Inserimento V=Variazione C= Cancellazione
68	ID_INIZIATIVA	Identificativo Iniziativa	N	7	OBB	Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero.
69	ID_INCONTRO	Identificativo Incontro	N	7	OBB	Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero.
14	REG_ERO	Regione di erogazione	AN	3	OBB	Codice = 041
15	ASL_ERO	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di erogazione	AN	3	OBB	101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico (vedi tabella di transcodifica allegato n. 7 tab.2).
16	ASL_ASS	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di assistenza	AN	3	OBB	101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico
31	CO_STS11	Codice Consultorio di erogazione	AN	6	OBB	Codici ministeriali STS11 (vedi allegato 7)
32	DATA_INCONTRO	Data incontro	DATA	8	OBB	Formato ggmmaaaa
38	AREA_ATTIVITA	Area attività	AN	1	OBB	Vedere tabella codifica aree prestazioni.
39	SOTTOAREA	Sottoarea	AN	4	OBB	Vedere tabella codifica sottoaree prestazioni.
40	MANDATO	Mandato unità giudiziaria	N	1	OBB	1. Presente 2. Assente 9. Dato mancante
46	TIPO_PRES	Tipo prestazione	AN	3	OBB	Vedere tabella codifica tipologia prestazioni.
47	NR_INCONTRI	Numero di incontri totali previsti	N	2	OBB	1 se la prestazione è erogata in un unico incontro, altrimenti scrivere il numero di incontri previsti. Se dato mancante, inserire 99.
70	D_INIZIO_INIZIATIVA	Data di inizio ciclo prestazioni	DATA	8	OBB	Formato ggmmaaaa

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
71	D_FINE_INIZIATIVA	Data presunta fine del ciclo prestazioni	DATA	8	OBB	Formato ggmmaaaa
72	NR_UTENTI	N° utenti coinvolti	N	3	OBB	
73	NR_STRANIERI	N° utenti con cittadinanza straniera	N	3	FAC	
74	NR_MINORENNI	N° utenti minorenni	N	3	FAC	
75	NR_MASCHI	N° utenti maschi	N	3	FAC	
76	NR_FEMMINE	N° utenti femmine	N	3	FAC	
48	SEDE	Sede prestazione	N	1	OBB	1. Consultorio 2. Struttura comunale 3. Scuola 4. Istituti penitenziari 5. Centro Sociale 6. Associazioni/Centri per la famiglia 7. Altro 8. Casa di riposo
49	MED_CULT	Mediazione culturale	N	1	FAC	1. Si 2. No
50	MULTIPROF	Prestazione/azione multiprofessionalità	N	1	OBB	1. Prestazione/azione con erogazione mono-professionale 2. Prestazione/azione con erogazione multi-professionale

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
51	PERSONALE_1	Personale coinvolto 1	N	2	OBB	1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
52	PERSONALE_2	Personale coinvolto 2	N	2	NBB	Obbligatorio se MULTIPROF =2 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 9. Dato mancante 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
53	PERSONALE_3	Personale coinvolto 3	N	2	NBB	Obbligatorio se MULTIPROF =2 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 9. Dato mancante 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
54	PERSONALE_4	Personale coinvolto 4	N	2	NBB	Obbligatorio se MULTIPROF =2 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 9. Dato mancante 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
55	TERZI_1	Terzi coinvolti: 1° soggetto	N	2	OBB	1. Nessuno 2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3. Servizi sociali 4. Scuola 5. Servizi prima infanzia 6. Tribunale/organismi giudiziari 7. Famiglia 8. Centri per la famiglia 9. Associazioni del terzo settore 10. MMG/PLS 11. Medico specialista 12. Centri anti-violenza 13. Consultori privati 14. Enti locali 15. Altro 99.Dato mancante
56	TERZI_2	Terzi coinvolti: 2° soggetto	N	2	OBB	1. Nessuno 2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3. Servizi sociali 4. Scuola 5. Servizi prima infanzia 6. Tribunale/organismi giudiziari 7. Famiglia 8. Centri per la famiglia 9. Associazioni del terzo settore 10. MMG/PLS 11. Medico specialista 12. Centri anti-violenza 13. Consultori privati 14. Enti locali 15. Altro 99.Dato mancante

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
57	TERZI_3	Terzi coinvolti: 3° soggetto	N	2	OBB	1. Nessuno 2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3. Servizi sociali 4. Scuola 5. Servizi prima infanzia 6. Tribunale/organismi giudiziari 7. Famiglia 8. Centri per la famiglia 9. Associazioni del terzo settore 10. MMG/PLS 11. Medico specialista 12. Centri anti-violenza 13. Consultori privati 14. Enti locali 15. Altro 99.Dato mancante
58	COD_PRES_CONS	Codice Prestazione Consultorio	AN	10	OBB Fino al 28.2.25	Verifica valore compreso nel nomenclatore provinciale consultori (vedi allegato 7 tab. 1)
59	NUM_PRES	Numero di Prestazioni	N	3	OBB	$1 \leq N \leq 999$
60	IMP_TARI	Importo Tariffa	N	8	OBB	Obbligatorietà $0,00 \leq N \leq 99999,99$
61	TIPO_FINANZ	Tipo finanziamento	AN	1	OBB fino al 28.2.25	1.per seduta 2.per evento (vedi allegato 7 tab. 7)

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Note
62	PROGETTO	Progetto	AN	2	VUOTO dal 01.06.25	1= AFAM-P1 2= AFAM-P2 3= AFAM-P3 4= LEA 5= RETECONS 6= SOST 7= SUPPGEN 8= VIOL 9=AMBGIN
63	PROGETTO_DESCR	Progetto descrizione	AN	100	VUOTO dal 01.06.25	
64	NAT_PRES	Natura della Prestazione	AN	1	OBB <i>fino al</i> 28.2.25	1=So 2=So/Sa 3=Sa
65	PREST_SPA	Prestazione SPA	AN	1		1 = prestazione di specialistica 2 = prestazione del consultorio
66	COD_PRES_SPA	Codice Prestazione SPA	AN	10		Se compilato verifica valore compreso nel nomenclatore provinciale della SPA
67	MOD_ERO	Modalità di erogazione	AN	1	OBB	1 = in presenza 2 = in telemedicina 3 = a domicilio 4= al telefono
68	COD_PRES_NEW	Codice Prestazione New	AN	10	OBB <i>dal 1.3.25</i>	Indicare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario provinciale per i consultori familiari (deliberazione della Giunta provinciale n.133 del 18/02/25). Si veda allegato 7 tab.8.
77	INVITO	Invito	AN	1	OBB	1. Si 2. No

Nota:

I campi con tracciato alfanumerico (AN) vanno sempre allineati a sinistra e riempiti con spazi a destra.

I campi con tracciato numerico (N) vanno sempre allineati a destra e riempiti con zero.

I campi data di questo archivio sono di tipo GGMMAAAA; se mancanti, valorizzati con spazio.

Le variabili evidenziate in verde sono definite variabili chiave per l'unione dei tracciati.

ALLEGATO 2: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI

Tracciato 1 e 2:

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
1	TIPO Tipo	AN	1	OBB	Obbligatorietà I= INSERIMENTO V=VARIAZIONE C= CANCELLAZIONE
2	COD_ID Codice identificativo univoco dell'assistito	AN	20	OBB	Obbligatorietà se residente in Italia allora compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze (si verificano i caratteri 7-11 nel seguente modo: 7-8 carattere uguale agli ultimi due caratteri anno di nascita, 9 carattere uguale a mese di nascita A=gennaio, B=febbraio, C=marzo, D= aprile, E=maggio, H=giugno, L=luglio, M=agosto, P=settembre, R=ottobre, S=novembre, T=dicembre, 10-11 carattere = a giorno di nascita se valore > 40 bisogna sottrarre 40 10-11 CARATTERE UGUALE A SESSO (SE <40 SESSO=M, SE > 40 SESSO=F); se straniero temporaneamente presente alloca compilare con Codice STP: STP+codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo se non identificato o anonimo allora compilare con 17 "X" e 3 caratteri numerici se straniero comunitario non residente allora compilare con codice personale TEAM (campo nr. 6 della TEAM) se straniero comunitario indigente, va compilato il codice ENI a 16 caratteri composto da ENI + codice regione + codice ASL + progressivo. Per tutti gli altri casi (TIPO_ID = "Z"), compilare con il codice associato di lunghezza massima 20 caratteri (SPAG, ASC, HIC, paziente residente a cassa estera: se paziente residente a cassa estera, compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze) o 20 "X".

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
3	VAL_COD_ID Informazione relativa alla validità del codice identificativo dell'assistito recuperata a seguito della chiamata al servizio di validazione esposto dal sistema TS al MEF	N	1	OBB	Obbligatorietà 0 = codice valido (presente in banca dati MEF) 1 = codice errato (non presente in banca dati MEF)
4	TIPO_ID Tipo identificativo assistito	AN	1	OBB	Obbligatorietà 1 = codice fiscale 2 = STP (Straniero Temporaneamente Presente) 3 = AA (Anonimo) 4 = TEAM (Codice personale della TEAM) 9 = ENI (Cittadino UE indigente con attestato ENI) Z = Altro
5	COGNOME Cognome dell'assistito	AN	30	OBB	Obbligatorietà 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico Verifica non presenza criteri non validi
6	NOME Nome dell'assistito	AN	20	OBB	Obbligatorietà Verifica non presenza criteri non validi
7	NOMEA Cognome acquisito dell'assistito	AN	30		Verifica congruità con SESSO = 2 Verifica non presenza criteri non validi
8	ID_ACC Identificativo Accesso	N	5 7	OBB	Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo giornaliero (azzerato giornalmente dall'inviante) intero.

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
9	ID_NUCLEO Identificativo Nucleo	N	57	NBB	Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo giornaliero (azzerato giornalmente dall'inviante) intero ESCLUSIVAMENTE nel caso in cui l'assistito appartenga ad un nucleo/piccolo gruppo. Nel caso in cui, invece, l'assistito acceda da solo al Consultorio, il campo non DEVE essere valorizzato.
10	REG_RES Regione di residente	AN	3	OBB	Obbligatorietà Esistenza del codice sull'elenco delle regioni italiane (Ministero della Salute) o sull'elenco dei paesi esteri (codici del Ministero degli Interni). Se regione italiana verifica congruenza con il comune di residenza Se il comune di residenza è sconosciuto (COM_RES=999999 o 999998 o 999997) verifica REG_RES=999
11	COM_NASC Comune di nascita dell'assistito	AN	6	OBB	Obbligatorietà Se NOME = ANONIMO verifica presenza nei primi 3 caratteri di un codice delle province italiane (codici ISTAT) oppure codice "999". Se NOME <> ANONIMO e i primi tre caratteri sono <> "999", allora verifica l'esistenza del comune nell'elenco dei codici comuni italiani dell'ISTAT; Se NOME <> ANONIMO e i primi tre caratteri sono = "999" allora verifica l'esistenza del codice sull'elenco dei paesi esteri (codici Ministero degli Interni, escluso il codice per l'Italia "100"); Altro codice possibile: "999999" (comune sconosciuto). Se nato all'estero e paese sconosciuto "999998" o se nato in Italia ma comune sconosciuto: 999997.
12	COM_RES Comune in cui il soggetto è residente	AN	6	OBB	Obbligatorietà Se i primi tre caratteri sono <> "999", allora verifica l'esistenza del comune sull'elenco dei codici comuni italiani dell'ISTAT. Se i primi tre caratteri sono = "999" allora verifica l'esistenza del codice sull'elenco dei paesi esteri (codici Ministero degli Interni, escluso il codice per l'Italia "100"). Altro codice possibile: "999999" comune sconosciuto. Se residente all'estero e paese sconosciuto "999998" o se residente in Italia ma comune sconosciuto: 999997. Se REG_RES = 999 allora COM_RES = 999999

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
13	ASL_RES Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito	AN	3	OBB	Obbligatorietà Se COM_RES = 021xxx allora 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico Altrimenti esistenza del codice regione sull'elenco delle regioni definito dal DM 17/09/1986 e successive modifiche Se COM_RES = 999999 allora ASL_RES = 999
14	REG_ERO Regione in cui viene erogata la prestazione	AN	3	OBB	Obbligatorietà Codice = 041
15	ASL_ERO Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria in cui viene erogata la prestazione	AN	3	OBB	Obbligatorietà Vedi tabella di transcodifica allegato n. 7 tab.2 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico Altrimenti esistenza del codice regione sull'elenco delle regioni definito dal DM 17/09/1986 e successive modifiche
16	ASL_ASS Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria in cui è iscritto l'assistito	AN	3	OBB	Obbligatorietà Se COM_RES = 021xxx allora 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico Altrimenti esistenza del codice regione sull'elenco delle regioni definito dal DM 17/09/1986 e successive modifiche

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
17	COD_SANI Codice sanitario individuale - Libretto	AN	16	NBB	Se TIPO_ID = 2, 4, 9, Z Obbligatorietà Per gli iscritti al Servizio Sanitario Provinciale il codice è rappresentato dal libretto sanitario limitatamente alle cifre del numero racchiuso dai due slash (simbolo “/”) escludendo le ultime due cifre che rappresentano la data di nascita. Se il paziente non è iscritto al Servizio Sanitario Provinciale e viene ricoverato presso un ospedale pubblico, il codice sanitario viene determinato da una procedura di calcolo automatica che attribuisce un codice univoco al paziente in base alle informazioni anagrafiche. Nel caso di pazienti che richiedono di poter beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, verrà generato un codice fittizio.
18	N_TEAM Numero identificazione TEAM dell’assistito	AN	20	NBB	Se TIPO_ID = 4 Obbligatorietà Inserire il campo nr. 6 della TEAM Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato
19	COD_IST Codice istituzione competente TEAM	AN	15	NBB	Se TIPO_ID = 4 Obbligatorietà Inserire il campo nr. 8 della TEAM Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato
20	DEN_IST Acronimo istituzione competente TEAM	AN	30		
21	ST_ESTERO Stato che rilascia la tessere TEAM	AN	2	NBB	Se TIPO_ID = 4 Obbligatorietà Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato
22	TIPO_TEAM Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN	4		Se TIPO_ID = 4 E111 o E106 Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
23	DATA_SCAD Data Scadenza TEAM	DATA	8	NBB	Se TIPO_ID = 4 Obbligatorietà DATA_SCAD ≥ DNASCITA DATA_SCAD ≥ DATA_AC Se il campo di una delle date non obbligatori è vuoto non controllare Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato
24	C_CITT Cittadinanza dell'assistito	AN	3	OBB	Obbligatorietà Esistenza del codice nel Codice del Ministero degli Interni 998 = sconosciuta o anonimo 999 = apolidi
25	Genere Genere dell'assistito	N	1	OBB	Obbligatorietà 1 = maschio 2 = femmina 3 = Non specificato
26	DNASCITA Data di nascita dell'assistito	DATA	8	OBB	Obbligatorietà Verifica della correttezza della data nel formato ggmmaaaa DNASCITA ≤ Data di sistema DNASCITA ≤ DATA Se il campo di una delle date non obbligatorie è vuoto non controllare
27	STATO_CIVILE Stato civile dell'assistito	N	1	OBB	Obbligatorietà 1. Nubile/ Celibe 2. Coniugato/a 3. Separato/a 4. Divorziato/a 5. Vedovo/a 6. Unito/a civilmente 7. Già in unione civile (in decesso del partner) 8. Già in unione civile (per scioglimento unione) 9. Non rilevato 99. Dato mancante

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
28	PROF Condizione Professionale	N	1	OBB	Obbligatorietà 1. Studente/essa 2. In cerca di prima occupazione 3. Occupato/a 4. Casalingo/a 5. Disoccupato/a 6. Altra condizione (pensionato/a, inabile, ecc.) 7. Non dichiarato/non noto 9. Dato mancante
29	TITOLO_STUDIO Titolo di studio	N	1	OBB	Obbligatorietà 1. Nessun titolo (meno di 5 anni di studio) 2. Licenza elementare (5 anni di studio) 3. Diploma di scuola media inferiore (8 anni di studio) 4. Diploma di scuola media superiore (Qualifica professionale / Maturità) (13 anni di studio) 5. Diploma universitario o laurea breve 6. Laurea o superiore (17 o più anni di studio) 7. Non dichiarato 9. Dato mancante
30	SOGG_RIC Soggetto richiedente	N	2	OBB	Obbligatorietà 1. Accesso spontaneo 2. Programmato in precedente accesso 3. MMG/PLS 4. Ostetricia-ginecologia ospedale 5. Servizi sociali/centri per le famiglie 6. Screening 7. Tribunale 8. Altri servizi sanitari/socio-sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Pronto Soccorso, etc.) 9. Associazioni del terzo settore 10. Altro 11. Non noto

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
31	CO_STS11 Codice struttura erogatrice STS11	AN	6	OBB	Obbligatorietà Verifica presenza nei codici ministeriali STS11 (vedi allegato 7 tab 2)
32	DATA Data della prestazione	DATA	8	OBB	Obbligatorietà Formato ggmmaaaa. DATA ≤ Data di sistema
33	PREC_PART Eventuale precedente partecipazione ad evento di gruppo	N	1	FAC	1. Corso accompagnamento alla nascita 2. Educazione alla sessualità e alla affettività 3. Promozione della salute 4. Nessuna partecipazione 5. Altro
34	SERVIZIO Indica il tipo di servizio richiesto nell'ambito del CF	N	1	OBB	Obbligatorietà 0. Ordinario 1. Spazio giovani 2. Spazio donne e bambini immigrati 3. Spazio mamme 4. Altro servizio dedicato
35	TS_COD_ID Informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell'assistito recuperata a seguito della chiamata al servizio di validazione esposto dal sistema TS al MEF	N	2	OBB	Obbligatorietà 0 = codice fiscale 1 = codice STP 2 = codice ENI 3 = codice TEAM 4 = codice numerico provvisorio a 11 cifre; 97 = codice STP non presente in anagrafe 98 = assistito richiedente l'anonimato 99 = codice non presente o sconosciuto
36	ID_CICLO Identificativo Ciclo	N	7	NBB	obbligatorio se previsti più incontri (vedi prestazioni Allegato 7 tab 8 ciclo SI) Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero se Numero incontri totali previsti è maggiore di 1.

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
37	PROG_PREST Progressivo prestazione	N	2	OBB	Numerico > 0 Univoco nell'ambito dell'accesso (ID_ACCESSO)
38	AREA_ATTIVITA Area attività	AN	1	OBB	Obbligatorietà Vedere tabella codifica aree prestazioni.
39	SOTTOAREA Sottoarea	AN	4	OBB	Obbligatorietà Vedere tabella codifica sottoaree prestazioni.
40	MANDATO Mandato unità giudiziaria	N	1	OBB	Obbligatorietà 1. Presente 2. Assente 9. Dato mancante
41	DIAGNOSI Diagnosi rilevata	AN	6	FAC	Valorizzare secondo i codici ICD-9 CM della classificazione internazionale delle malattie con un minimo di 3 caratteri e un massimo di 6, nei seguenti modi: "XXX"; "XXX.X"; "XXXX"; "XXX.XX"; "XXXXX".
42	SUPPORTO Supporto sociale	N	1	FAC	1. Presenza 2. Presenza parziale e/o temporanea 3. Non presenza
43	PREST Tipo prestazione	AN	3	OBB	Obbligatorietà vedere tabella codifica tipologia prestazioni (allegato 7 tab 5) e matrice controlli (allegato 7 tab 5)
44	NR_INCONTRI Numero di incontri totali previsti	N	3	OBB	Obbligatorietà 1 se la prestazione è erogata in un unico incontro, altrimenti scrivere il numero di incontri previsti.
45	DATA_PRENOT Data di prenotazione	AN	8	OBB	Obbligatorietà Formato ggmmaaaa Se dato mancante indicare 99999999. Se prestazione non soggetta a prenotazione 88888888. Data di sistema- 730GG (2 ANNI) ≤ DATA_PRENOTAZIONE ≤ Data di sistema

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
46	D_INIZIO_CICLO Data di inizio ciclo prestazioni	AN	8	OBB	Obbligatorietà Formato ggmmaaaa se numero incontri >1. Se dato mancante indicare 99999999. Se prestazione non appartiene a ciclo 88888888. Data di sistema- 730GG (2 ANNI) ≤ D_INIZIO_CICLO ≤ Data di sistema D_INIZIO_CICLO ≤ D_FINE_CICLO
47	D_FINE_CICLO Data presunta fine del ciclo prestazioni	AN	8	OBB	Obbligatorietà Formato ggmmaaaa se numero incontri >1. Se dato mancante indicare 99999999. Se prestazione non appartiene a ciclo 88888888. D_FINE_CICLO ≥ DATA
48	SEDE Sede prestazione	N	1	OBB	Obbligatorietà 1. Consultorio 2. Domicilio 3. Scuola 4. Istituti penitenziari 7. Altro 8. Casa di riposo
49	MED_CULT Mediazione culturale	N	1	FAC	1. Si 2. No
50	MULTIPROF Prestazione/azione multiprofessionalità	N	1	OBB	1. Prestazione/azione con erogazione mono-professionale 2. Prestazione/azione con erogazione multi-professionale

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB- BLIGO	
51	PERSONALE_1 Personale coinvolto 1	N	2	OBB	1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB- BLIGO	
52	PERSONALE_2 Personale coinvolto 2	N	2	NBB	Compilare se sono coinvolti più operatori (se MULTIPROF =2). 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 9. Dato mancante 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB- BLIGO	
53	PERSONALE_3 Personale coinvolto 3	N	2	NBB	Obbligatorio se MULTIPROF =2 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 9. Dato mancante 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB- BLIGO	
54	PERSONALE_4 Personale coinvolto 4	N	2	NBB	Obbligatorio se MULTIPROF =2 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 9. Dato mancante 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
55	TERZI_1 Terzi coinvolti: 1° soggetto	N	2	OBB	1. Nessuno 2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3. Servizi sociali 4. Scuola 5. Servizi prima infanzia 6. Tribunale/organismi giudiziari 7. Famiglia 8. Centri per la famiglia 9. Associazioni del terzo settore 10. MMG/PLS 11. Medico specialista 12. Centri anti-violenza 13. Consultori privati 14. Enti locali 15. Altro 99. Dato mancante

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
56	TERZI_2 Terzi coinvolti: 2° soggetto	N	2	OBB	1. Nessuno 2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3. Servizi sociali 4. Scuola 5. Servizi prima infanzia 6. Tribunale/organismi giudiziari 7. Famiglia 8. Centri per la famiglia 9. Associazioni del terzo settore 10. MMG/PLS 11. Medico specialista 12. Centri anti-violenza 13. Consultori privati 14. Enti locali 15. Altro 99. Dato mancante

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
57	TERZI_3 Terzi coinvolti: 3° soggetto	N	2	OBB	1. Nessuno 2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3. Servizi sociali 4. Scuola 5. Servizi prima infanzia 6. Tribunale/organi giudiziari 7. Famiglia 8. Centri per la famiglia 9. Associazioni del terzo settore 10. MMG/PLS 11. Medico specialista 12. Centri anti-violenza 13. Consultori privati 14. Enti locali 15. Altro 99. Dato mancante
58	COD_PRES_CONS Codice Prestazione Consultorio	AN	10	OBB fino al 28.2.25	Obbligatorietà Verifica valore compreso nel nomenclatore provinciale consultori (vedi allegato 7 tab 1) e associazione campo AREA e SOTTOAREA (vedi allegato 7 tab 7)
59	NUM_PRES Numero di Prestazioni	N	3	OBB	$1 \leq N \leq 999$
60	IMP_TARI Importo Tariffa	N	8	OBB	Obbligatorietà $0,00 \leq N \leq 99999,99$

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
61	TIPO_FINANZ Tipo finanziamento	AN	1	OBB <i>fino al 28.2.25</i>	1=per seduta 2= per evento (vedi colonna allegato 7 tab 7)
62	PROGETTO Progetto	AN	2	FAC (VUO-TO dal 01.06.25)	1= AFAM-P1 2= AFAM-P2 3= AFAM-P3 4= LEA 5= RETECONS 6= SOST 7= SUPPGEN 8= VIOL 9=AMBGIN
63	PROGETTO_DESCR Progetto descrizione	AN	100	FAC (VUO-TO dal 01.06.25)	
64	NAT_PRES Natura della Prestazione	AN	1	OBB	Obbligatorietà <i>fino al 28.2.25</i> 1=So 2=So/Sa 3=Sa
65	PRES_SPA Prestazione SPA	AN	1		1 = prestazione di specialistica 2 = prestazione del consultorio
66	COD_PRES_SPA Codice Prestazione SPA	AN	10		Se PRES_SPA =1 verifica valore compreso nel nomenclatore provinciale della SPA

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
67	MOD_ERO Modalità di erogazione	AN	1	OBB	1 = in presenza 2 = in telemedicina 3 = a domicilio 4= al telefono
68	COD_PRES_NEW Codice Prestazione New	AN	10	OBB dal 1.3.25	Indicare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario provinciale per i consultori familiari (deliberazione della Giunta provinciale n.133 del 18/02/25). Si veda allegato 7 tab.8.
77	INVITO Invito	AN	1	OBB	Obbligatorietà 1=SI 2=no

Nota:

I campi con tracciato alfanumerico (AN) vanno sempre allineati a sinistra e riempiti con spazi a destra.

I campi con tracciato numerico (N) vanno sempre allineati a destra e riempiti con zero.

I campi data di questo archivio sono di tipo GGMMAAAA; se mancanti, valorizzati con spazio.

Le variabili evidenziate in verde sono definite variabili chiave per l'unione dei tracciati.

Tracciato 3:

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
1	TIPO Tipo	AN	1	OBB	Obbligatorietà I= INSERIMENTO V=VARIAZIONE C= CANCELLAZIONE

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
68	ID_INIZIATIVA Identificativo Iniziativa	N	7	OBB	Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero se prestazione di gruppo
69	ID_INCONTRO Identificativo Incontro	N	7	OBB	Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero se prestazione di gruppo
14	REG_ERO Regione in cui viene erogata la prestazione	AN	3	OBB	Obbligatorietà Codice = 041
15	ASL_ERO Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria in cui viene erogata la prestazione	AN	3	OBB	Obbligatorietà Vedi tabella di transcodifica allegato n. 7 tab.2 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico Altrimenti esistenza del codice regione sull'elenco delle regioni definito dal DM 17/09/1986 e successive modifiche
31	CO_STS11 Codice struttura erogatrice STS11	AN	6	OBB	Obbligatorietà Verifica presenza nei codici ministeriali STS11 (vedi allegato 7)
32	DATA_INCONTRO Data dell'incontro	DATA	8	OBB	Obbligatorietà Formato ggmmaaaa
38	AREA_ATTIVITA Area attività	AN	1	OBB	Obbligatorietà Vedere tabella codifica aree prestazioni.
39	SOTTOAREA Sottoarea	AN	4	OBB	Obbligatorietà Vedere tabella codifica sottoaree prestazioni.

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
40	MANDATO Mandato unità giudiziaria	N	1	OBB	Obbligatorietà 1. Presente 2. Assente 9. Dato mancante
43	PREST Tipo prestazione	AN	3	OBB	Obbligatorietà vedere tabella codifica tipologia prestazioni (allegato 7 tab 5) e matrice controlli (allegato 7 tab 5)
44	NR_INCONTRI Numero di incontri totali previsti	N	3	OBB	Obbligatorietà 1 se la prestazione è erogata in un unico incontro, altrimenti scrivere il numero di incontri previsti.
70	D_INIZIO_INIZIATIVA Data di inizio ciclo prestazioni	DATA	8	OBB	Formato ggmmaaaa
71	D_FINE_INIZIATIVA Data di fine ciclo prestazioni	DATA	8	OBB	Formato ggmmaaaa
72	NR_UTENTI N° utenti coinvolti	N	3	OBB	N>=1
73	NR_STRANIERI N° utenti con cittadinanza straniera	N	3	FAC	
74	NR_MINORENNI N° utenti minorenni	N	3	FAC	
75	NR_MASCHI N° utenti maschi	N	3	FAC	

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB- BLIGO	
76	NR_FEMMINE N° utenti femmine	N	3	FAC	
48	SEDE Sede prestazione	N	1	OBB	Obbligatorietà 1. Consultorio 2. Domicilio 3. Scuola 4. Istituti penitenziari 7. Altro 8. Casa di riposo
49	MED_CULT Mediazione culturale	N	1	FAC	1. Si 2. No
50	MULTIPROF Prestazione/azione multipro- fessionalità	N	1	OBB	1. Prestazione/azione con erogazione mono-professionale 2. Prestazione/azione con erogazione multi-professionale

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB- BLIGO	
51	PERSONALE_1 Personale coinvolto 1	N	2	OBB	1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB- BLIGO	
52	PERSONALE_2 Personale coinvolto 2	N	2	NBB	Obbligatorio se MULTIPROF =2 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 9. Dato mancante 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB- BLIGO	
53	PERSONALE_3 Personale coinvolto 3	N	2	NBB	Obbligatorio se MULTIPROF =2 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 9. Dato mancante 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB- BLIGO	
54	PERSONALE_4 Personale coinvolto 4	N	2	NBB	Obbligatorio se MULTIPROF =2 1. Ostetrica/o 2. Ginecologo/a 3. Psicologo/a 4. Assistente sociale 5. Infermiere/a 6. Pediatra 7. Assistente sanitario/a 8. Altro 9. Dato mancante 10. Pedagogista 11. Consulente familiare 12. Educatore socio-pedagogico 13. Psicomotricista 14. Psichiatra 15. Senologo 16. Medico 17. Nutrizionista 18. Dietista 19. Fisioterapista 20. Avvocato 21. Terapista 22. Educatore 23. Psicoterapeuta

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
55	TERZI_1 Terzi coinvolti: 1° soggetto	N	2	OBB	1. Nessuno 2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3. Servizi sociali 4. Scuola 5. Servizi prima infanzia 6. Tribunale/organismi giudiziari 7. Famiglia 8. Centri per la famiglia 9. Associazioni del terzo settore 10. MMG/PLS 11. Medico specialista 12. Centri anti-violenza 13. Consultori privati 14. Enti locali 15. Altro 99. Dato mancante

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
56	TERZI_2 Terzi coinvolti: 2° soggetto	N	2	OBB	1. Nessuno 2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3. Servizi sociali 4. Scuola 5. Servizi prima infanzia 6. Tribunale/organismi giudiziari 7. Famiglia 8. Centri per la famiglia 9. Associazioni del terzo settore 10. MMG/PLS 11. Medico specialista 12. Centri anti-violenza 13. Consultori privati 14. Enti locali 15. Altro 99. Dato mancante

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
57	TERZI_3 Terzi coinvolti: 3° soggetto	N	2	OBB	1. Nessuno 2. Altri servizi sanitari (es. SerD, Salute Mentale, Casa della Salute, Ospedale/Ambulatorio etc.) 3. Servizi sociali 4. Scuola 5. Servizi prima infanzia 6. Tribunale/organismi giudiziari 7. Famiglia 8. Centri per la famiglia 9. Associazioni del terzo settore 10. MMG/PLS 11. Medico specialista 12. Centri anti-violenza 13. Consultori privati 14. Enti locali 15. Altro 99. Dato mancante
58	COD_PRES_CONS Codice Prestazione Consultorio	AN	10	OBB	Obbligatorietà fino al 28.2.25 Verifica valore compreso nel nomenclatore provinciale consultori (vedi allegato 7 tab 1) e associazione campo AREA e SOTTOAREA (vedi allegato 7 tab 7)
59	NUM_PRES Numero di Prestazioni	N	3	OBB	$1 \leq N \leq 999$
60	IMP_TARI Importo Tariffa	N	8	OBB	Obbligatorietà $0,00 \leq N \leq 99999,99$
61	TIPO_FINANZ Tipo finanziamento	AN	1	OBB fino al 28.2.2 5	1=per seduta 2= per evento (vedi colonna allegato 7 tab.7)

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB- BLIGO	
62	PROGETTO Progetto	AN	2	FAC (VUO- TO dal 01.06. 25)	1= AFAM-P1 2= AFAM-P2 3= AFAM-P3 4= LEA 5= RETECONS 6= SOST 7= SUPPGEN 8= VIOL 9=AMBGIN
63	PROGETTO_DESCR Progetto descrizione	AN	100	FAC (VUO- TO dal 01.06. 25)	
64	NAT_PRES Natura della Prestazione	AN	1	OBB	Obbligatorietà fino al 28.2.25 1=So 2=So/Sa 3=Sa
65	PRES_SPA Prestazione SPA	AN	1	OBB	Obbligatorietà 1 = prestazione di specialistica 2 = prestazione del consultorio
66	COD_PRES_SPA Codice Prestazione SPA	AN	10	OBB	Se PRES_SPA =1 verifica valore compreso nel nomenclatore provinciale della SPA.
67	MOD_ERO Modalità di erogazione	AN	1	OBB	1 = in presenza 2 = in telemedicina 3 = a domicilio 4=al telefono

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB- BLIGO	
68	COD_PRES_NEW Codice Prestazione New	AN	10	OBB	OBB dal 1.3.25 Indicare il codice della prestazione secondo il nomenclatore tariffario provinciale per i consultori familiari (deliberazione della Giunta provinciale n.133 del 18/02/25). Si veda allegato 7 tab.8.
77	INVITO Invito	AN	1	OBB	Obbligatorietà 1=SI 2=no

ALLEGATO 3: TRACCIATO RECORD SIAG PER L'OSSERVATORIO PER LA SALUTE

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Tracciato 1	Tracciato 2	Tracciato 3
1	CO_STS11	Codice Consultorio di erogazione	AN	6	x	x	x
2	DATA	Data della prestazione	DATA (GG/MM/AAAA)	8	x	x	x
3	MATR_SAN	Codice identificativo univoco assistito (anonimizzato)	AN	32	x		
	DATA_NASCITA	DATA di nascita	DATA (GG/MM/AAAA)	8	x		
4	ID_ACC	Identificativo Accesso	N	5 7	x	x	
5	ID_NUCLEO	Identificativo Nucleo	N	5 7	x	x	
6	ID_CICLO	Identificativo ciclo	N	7		x	
7	GENERE	Genere	N	1	x		
8	AREA_ATTIVITA	Area attività	AN	1		x	x
9	SOTTOAREA	Sottoarea	AN	4		x	x
10	PREST	Tipo prestazione	AN	3		x	x
11	COD_PRES_CONS	Codice Prestazione Consultorio	AN	10		x	x
12	NUM_PRES	Numero di Prestazioni	N	3		x	x
13	REG_RES	Regione di residente	AN	3	x		
14	COM_NASC	Comune di nascita	AN	6	x		
15	COM_RES	Comune di residente	AN	6	x		
16	ASL_RES	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di Residenza	AN	3	x		
17	REG_ERO	Regione di erogazione	AN	3	x	x	x
18	ASL_ERO	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di erogazione	AN	3	x	x	x
19	ASL_ASS	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di assistenza	AN	3	x	x	x
	COD_SANI	Codice sanitario individuale	AN	20	x		
20	N_TEAM	Numero identificazione TEAM dell'assistito	AN	20	x		
21	COD_IST	Codice istituzione competente TEAM	AN	15	x		
22	DEN_IST	Acronimo istituzione competente TEAM	AN	30	x		
23	ST_ESTERO	Stato che rilascia la tessera TEAM	AN	2	x		
24	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN	4	x		

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Tracciato 1	Tracciato 2	Tracciato 3
25	DATA_SCAD	Data Scadenza TEAM	DATA (GG/MM/AAAA)	8	x		
26	C_CITT	Cittadinanza dell'assistito	AN	3	X		
27	STATO_CIVILE	Stato civile dell'assistito	N	2	x		
28	PROF	Condizione Professionale	N	1	x		
29	TITOLO_STUDIO	Titolo di studio	N	1	x		
30	SOGG_RIC	Soggetto richiedente	N	2	x		
31	TIPO	Tipo	AN	1	x	x	x
32	TIPO_ID	Tipo identificativo assistito	AN	1	x		
33	PREC_PART	Eventuale precedente partecipazione ad evento di gruppo	N	1	x		
34	SERVIZIO	Indica il tipo di servizio richiesto nell'ambito del CF.	N	1	x		
35	TS_COD_ID	Informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell'assistito recuperata a seguito della chiamata al servizio di validazione esposto dal sistema TS al MEF.	N	2	x		
36							
37							
38	MANDATO	Mandato unità giudiziaria	N	1		x	x
39	DIAGNOSI	Diagnosi rilevata	AN	6		x	
40	SUPPORTO	Supporto sociale	N	1		x	
41							
42	NR_INCONTRI	Numero di incontri totali previsti	N	3		x	x
43	DATA_PRENOT	Data di prenotazione	DATA (GG/MM/AAAA)	8		x	
44	D_INIZIO_CICLO	Data di inizio ciclo prestazioni	DATA (GG/MM/AAAA)	8		x	
45	D_FINE_CICLO	Data presunta fine del ciclo prestazioni	DATA (GG/MM/AAAA)	8		x	
46	SEDE	Sede prestazione	N	1		x	x
47	MED_CULT	Mediazione culturale	N	1		x	x

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Tracciato 1	Tracciato 2	Tracciato 3
48	MULTIPROF	Prestazione/azione multiprofessionalità	N	1		x	x
49	PERSONALE_1	Personale coinvolto 1	N	2		x	x
50	PERSONALE_2	Personale coinvolto 2	N	2		x	x
51	PERSONALE_3	Personale coinvolto 3	N	2		x	x
52	PERSONALE_4	Personale coinvolto 4	N	2		x	x
53	TERZI_1	Terzi coinvolti: 1° soggetto	N	2		x	x
54	TERZI_2	Terzi coinvolti: 2° soggetto	N	2		x	x
55	TERZI_3	Terzi coinvolti: 3° soggetto	N	2		x	x
56	IMP_TARI	Importo Tariffa	N	8		x	x
57	TIPO_FINANZ	Tipo finanziamento	AN	1		x	x
58	PROGETTO	Progetto	AN	2		x	x
59	PROGETTO_DESCR	Progetto descrizione	AN	100		x	x
60	NAT_PRES	Natura della Prestazione	AN	1		x	x
61	PREST_SPA	Prestazione SPA	AN	1		x	x
62	COD_PRES_SPA	Codice Prestazione SPA	AN	10		x	x
63	MOD_ERO	Modalità di erogazione	AN	1		x	x
64	ID_INIZIATIVA	Identificativo Iniziativa	N	7			x
65	ID_INCONTRO	Identificativo Incontro	N	7			x
66	D_INIZIO_INIZIATIVA	Data di inizio ciclo prestazioni	DATA (GG/MM/AAAA	8			x
67	D_FINE_INIZIATIVA	Data presunta fine del ciclo prestazioni	DATA (GG/MM/AAAA	8			x
68	NR_UTENTI	N° utenti coinvolti	N	3			x
69	NR_STRANIERI	N° utenti con cittadinanza straniera	N	3			x
70	NR_MINORENNI	N° utenti minorenni	N	3			x
71	NR_MASCHI	N° utenti maschi	N	3			x
72	NR_FEMMINE	N° utenti femmine	N	3			x

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Tracciato 1	Tracciato 2	Tracciato 3
73	ASS_SESSO	Sesso dell'assistito	AN	1	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati		
74	ASS_DATA_NA	Data di nascita dell'assistito	DATA (GG/MM/AAAA)	8	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati		
75	ASS_CITT	Cittadinanza dell'assistito	AN	3	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati		
76	ASS_COM_RES	Comune in cui il soggetto è residente	AN	6	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati		
77	ASS_REG_RES	Regione in cui il soggetto è residente	AN	3	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati		
78	ETA_ANNO	Età Assistito (anno di analisi – anno di nascita)	N	3	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati		
79	ETA_PRES	Età Assistito (anno di erogazione della prestazione – anno di nascita)	N	3	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati		
80	ANNO_RIF	Anno di riferimento	N	4	Ricodifica da DATA		
81	MESE_RIF	Mese di riferimento	N	2	Ricodifica da DATA		
82	DATA_CARICAM	Data caricamento	DATA (GG/MM/AAAA)	8	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati		
83	COD_PRES_NEW	Codice Prestazione New	AN	10	da Allegato 7 tab 8		
84	INVITO	Invito	AN	1		x	x

NB. Il tracciato 1 e 2 andranno a creare la bancadati SICOF_PRESTAZ

Il tracciato 3 formerà la bancadati contenente le prestazioni di gruppo senza anagrafica SICOF_GRUPPI

ALLEGATO 4: TRACCIATI INVIO DATI AL MINISTERO DELLA SALUTE

Criteri di selezione:

PREST_SPA =2

1. TRACCIATO SICOF_CONTACTO

ID	Nome Campo	Obbligatorietà	Tipo	Lunghezza	Nome Campo PROV	Transcodifica
1	Servizio	OBB	N	1	Servizio	
2	Eventuale precedente partecipazione ad evento di gruppo	FAC	N	1	PREC_PART	
3	Identificativo Accesso	OBB	N	57	ID_ACC	
4	Identificativo Nucleo	NBB	N	57	ID_NUCLEO	
5	Soggetto richiedente	OBB	N	2	SOGG_RIC	
6	Data	OBB	D	10	Data	Formato aaaa-mm-gg
7	Identificativo Assistito CUNI	OBB	AN	88	CUNI	da generare
8	Validità codice Identificativo	OBB	N	1	VAL_COD_ID	
9	Tipologia codice Identificativo	OBB	N	2	TIPO_ID	da generare
10	Comune di nascita	NBB	AN	6	COM_NASC	
11	Cittadinanza	OBB	AN	2	C_CITT	Codici Alpha2 ZZ = apolidi XX = sconosciuto o anonimo
12	Genere	OBB	N	1	Genere	
13	Anno di nascita	OBB	N	4	DATA_NASCITA	da generare
14	Stato civile	OBB	N	2	Stato_civile	
15	Condizione Professionale	OBB	N	1	PROF	
16	Titolo di studio	OBB	N	1	Titolo_studio	
17	Regione di erogazione	OBB	AN	3	REG_ERO	

ID	Nome Campo	Obbligatorietà	Tipo	Lunghezza	Nome Campo PROV	Transcodifica
18	ASL di erogazione	OBB	AN	3	ASL_ERO	101 = 201 102 = 201 103 = 201 104 = 201
19	Codice Consultorio di erogazione	OBB	AN	6	CO_STS11	
20	Regione di residenza	OBB	AN	3	REG_RES	
21	Comune di residenza	OBB	AN	6	COM_RES	Se COM_RES = 999+codice ISTAT allora 999+ Codici Alpha3
22	ASL di residenza	OBB	AN	3	ASL_RES	Se COM_RES = 021xxx allora 101 = 201 102 = 201 103 = 201 104 = 201
23	Tipo	OBB	A	1	Tipo	

2.TRACCIATO SICOF_ PREIND

ID	Nome Campo	Obbligatorietà	Tipo	Lunghezza	Nome Campo PROV	Transcodifica
1	Identificativo Accesso	NBB	N	5 7	ID_ACC	Vuoto se ID_NUCLEO valorizzato
2	Identificativo Nucleo	NBB	N	5 7	ID_NUCLEO	
3	Identificativo Ciclo	NBB	N	7	ID_CICLO	
4	ASL di erogazione	OBB	AN	3	ASL_ERO	101 = 201 102 = 201 103 = 201 104 = 201
5	Codice Consultorio di erogazione	OBB	AN	6	CO_STS11	
6	Data	OBB	D	10	DATA	Formato aaaa-mm-gg
7	Mandato unità giudiziaria	OBB	N	1	MANDATO	
8	Regione di erogazione	OBB	AN	3	REG_ERO	

ID	Nome Campo	Obbligatorietà	Tipo	Lunghezza	Nome Campo PROV	Transcodifica
9	Progressivo prestazione	OBB	N	2	PROG_PREST	
10	Area attività	OBB	A	1	AREA_ATTIVITA	
11	Sottoarea	OBB	AN	4	SOTTOAREA	
12	Tipo prestazione	OBB	N	3	PREST	
13	Numero di incontri totali previsti	OBB	N	3	NR_INCONTRI	
14	Data di prenotazione		D	10	DATA_PRENOT	Formato aaaa-mm-gg
15	Data di inizio ciclo prestazioni		D		D_INIZIO_CICLO	Formato aaaa-mm-gg
16	Data presunta fine del ciclo prestazioni		D		D_FINE_CICLO	Formato aaaa-mm-gg
17	Sede prestazione	OBB	N	1	SEDE	Se SEDE =8 allora impostare = 7 (altro)
18	Mediazione culturale	FAC	N	1	MED_CULT	
19	Prestazione/azione multiprofessionalità	OBB	N	1	MULTIPROF	
20	Personale coinvolto 1	OBB	N	1	PERSONALE_1	Se PERSONALE_1 = da 10 a 23 allora impostare = 8 (altro)
21	Personale coinvolto 2	NBB	N	1	PERSONALE_2	solo se diverso da PERSONALE_1. Se PERSONALE_2 = da 10 a 23 allora impostare = 8 (altro)
22	Personale coinvolto 3	NBB	N	1	PERSONALE_3	solo se diverso da PERSONALE_1, PERSONALE_2 Se PERSONALE_1 o PERSONALE_2 = da 10 a 23 allora impostare = 8 (altro)
23	Personale coinvolto 4	NBB	N	1	PERSONALE_4	solo se diverso da PERSONALE_1, PERSONALE_2, PERSONALE_3 Se PERSONALE_1, PERSONALE_2, PERSONALE_3 = da 10 a 23 allora impostare = 8 (altro)
24	Terzi coinvolti: 1° soggetto	OBB	N	2	TERZI_1	
25	Terzi coinvolti: 2° soggetto	OBB	N	2	TERZI_2	
26	Terzi coinvolti: 3° soggetto	OBB	N	2	TERZI_3	
27	Tipo	OBB	A	1	TIPO	
28	Diagnosi rilevata	FAC	AN	6	DIAGNOSI	
29	Supporto sociale	FAC	N	1	SUPPORTO	

3.TRACCIATO SICOV_PREGRP

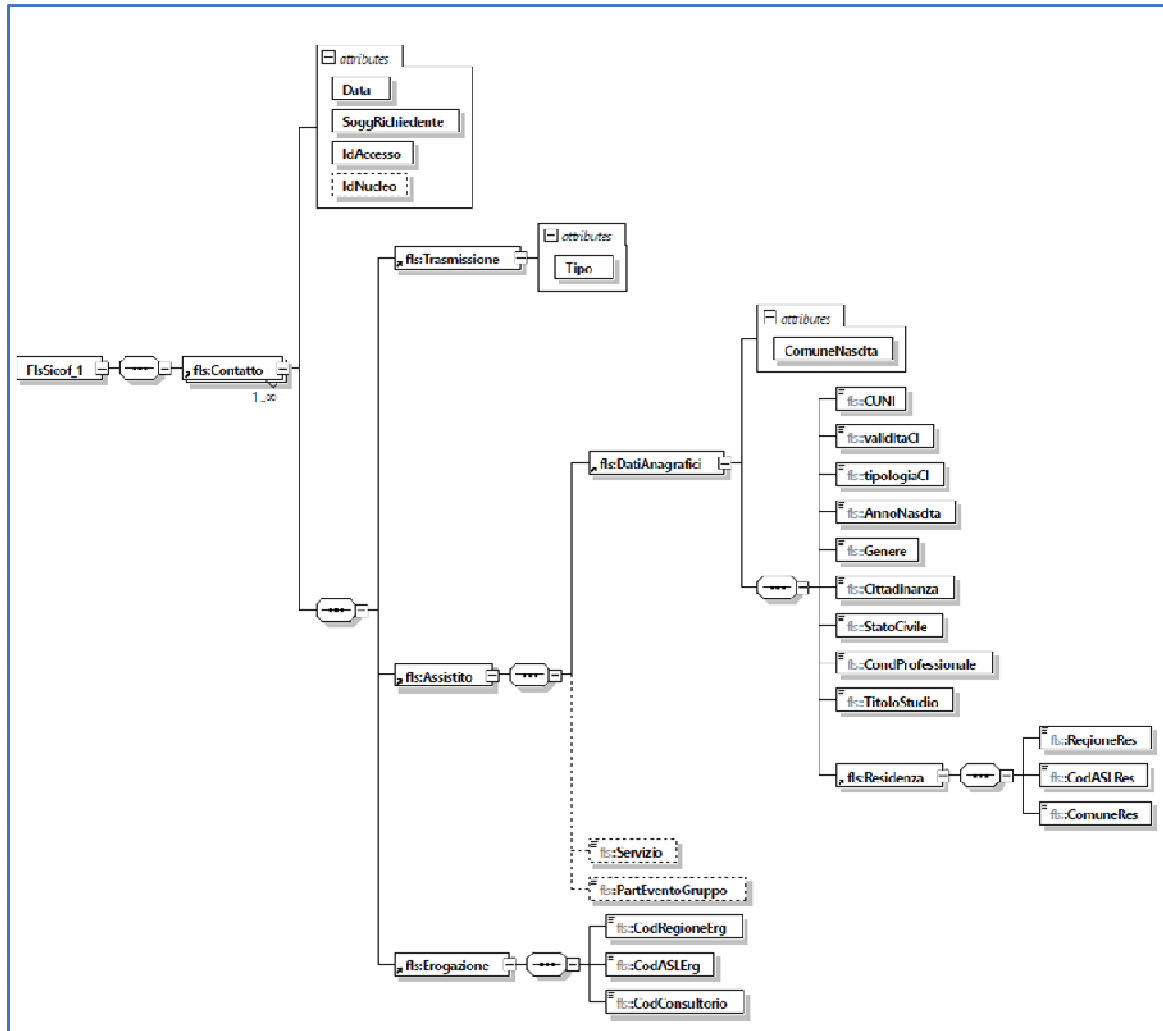
ID MdS	Nome Campo	Obbligatorietà	Tipo	Lunghezza	Nome Campo PROV	Transcodifica
1	Regione di erogazione	OBB	AN	3	REG_ERO	
2	ASL di erogazione	OBB	AN	3	ASL_ERO	101 = 201 102 = 201 103 = 201 104 = 201
3	Codice Consultorio di erogazione	OBB	AN	6	CO_STS11	
4	ASL di erogazione	OBB	AN	3	ASL_ERO	101 = 201 102 = 201 103 = 201 104 = 201
5	Codice Consultorio di erogazione	OBB	AN	6	CO_STS11	
6	Identificativo Iniziativa	OBB	N	7		
7	Identificativo Incontro	OBB	N	7		
8	Data incontro	OBB	D	10	DATA	Formato aaaa-mm-gg
9	Mandato unità giudiziaria	OBB	N	1	MANDATO	
10	Area attività	OBB	A	1	AREA_ATTIVITA	
11	Sottoarea	OBB	AN	4	SOTTOAREA	
12	Tipo prestazione	OBB	N	3	PREST	
13	Numero di incontri totali previsti	OBB	N	3	NR_INCONTRI	
14	Data di inizio iniziativa	OBB	D	10	D_INIZIO_	Formato aaaa-mm-gg
15	Data presunta fine iniziativa	OBB	D	10	D_FINE_	Formato aaaa-mm-gg

ID Mds	Nome Campo	Obbligatorietà	Tipo	Lunghezza	Nome Campo PROV	Transcodifica
16	N° utenti coinvolti	OBB	N	3	NR_UTENTI	
17	N° utenti con cittadinanza straniera	FAC	N	3	NR_STRANIERI	
18	N° utenti minorenni	FAC	N	3	NR_MINORENNI	
19	N° utenti maschi	FAC	N	3	NR_MASCHI	
20	N° utenti femmine	FAC	N	3	NR_FEMMINE	
21	Sede prestazione	OBB	N	1	SEDE	Se SEDE =8 allora impostare = 7 (altro)
22	Mediazione culturale	FAC	N	1	MED_CULT	
23	Prestazione/azione multiprofessionalità	OBB	N	1	MULTIPROF	
24	Personale coinvolto 1	OBB	N	1	PERSONALE_1	Se PERSONALE_1 = da 10 a 22 allora impostare = 8 (altro)
25	Personale coinvolto 2	NBB	N	1	PERSONALE_2	solo se diverso da PERSONALE_1. Se PERSONALE_2 = da 10 a 23 allora impostare = 8 (altro)
26	Personale coinvolto 3	NBB	N	1	PERSONALE_3	solo se diverso da PERSONALE_1, PERSONALE_2 Se PERSONALE_1 o PERSONALE_2 = da 10 a 23 allora impostare = 8 (altro)
27	Personale coinvolto 4	NBB	N	1	PERSONALE_4	solo se diverso da PERSONALE_1, PERSONALE_2, PERSONALE_3 Se PERSONALE_1, PERSONALE_2, PERSONALE_3 = da 10 a 23 allora impostare = 8 (altro)
28	Terzi coinvolti: 1° soggetto	OBB	N	2	TERZI_1	
29	Terzi coinvolti: 2° soggetto	OBB	N	2	TERZI_2	
30	Terzi coinvolti: 3° soggetto	OBB	N	2	TERZI_3	
31	Tipo	OBB	A	1	TIPO	

ALLEGATO 5: STRUTTURA XML

TRACCIATO SICOF_CONTATTO XML (ESEMPIO)

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<FlsSicof_1 xmlns="http://flussi.mds.it/FlsSicof_1">
<Contatto Data="2023-12-31" SoggRichiedente="1" IdAccesso="99999" IdNucleo="99999">
<Trasmissione Tipo="I"/>
<Assistito>
<DatiAnagrafici ComuneNascita="999999">
<CU-
NI>aY4aaVM6y+TM1H3RG/yO1GB1QI4ovxiGwVz/aNQUDMo=P8/Phk5d/7AM0WqSufI5EXgNvu10LYwRHKTzIIvHn8s=</CUNI>
<validitaCI>0</validitaCI>
<tipologiaCI>3</tipologiaCI>
<AnnoNascita>1999</AnnoNascita>
<Genere>1</Genere>
<Cittadinanza>IT</Cittadinanza>
<StatoCivile>1</StatoCivile>
<CondProfessionale>1</CondProfessionale>
<TitoloStudio>1</TitoloStudio>
<Residenza>
<RegioneRes>010</RegioneRes>
<CodASLRes>001</CodASLRes>
<ComuneRes>999999</ComuneRes>
</Residenza>
</DatiAnagrafici>
<Servizio>4</Servizio>
<PartEventoGruppo>4</PartEventoGruppo>
</Assistito>
<Erogazione>
<CodRegioneErg>010</CodRegioneErg>
<CodASLErg>010</CodASLErg>
<CodConsultorio>010034</CodConsultorio>
</Erogazione>
</Contatto>
</FlsSicof_1>
```



TRACCIATO SICO_F_PREIND XML (ESEMPIO)

```

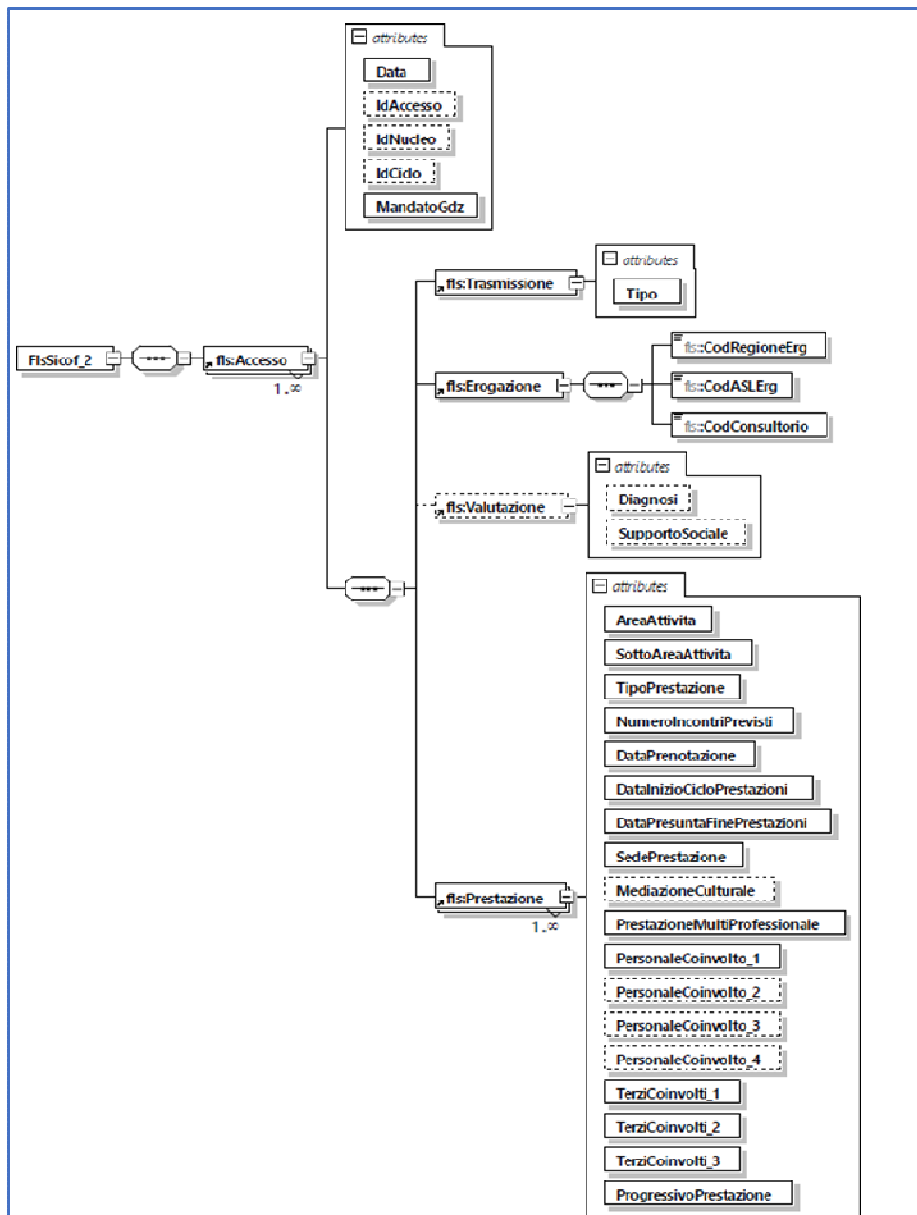
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<FlsSicof_2 xmlns="http://flussi.mds.it/FlsSicof_2">
  <Accesso Data="1900-01-01" IdAccesso="99" IdNucleo="9999999" IdCiclo="9999999" MandatoGdz="9">
    <Trasmissione Tipo="I"/>
    <Erogazione>
      <CodRegioneErg>010</CodRegioneErg>
      <CodASLErg>100</CodASLErg>
      <CodConsultorio>010034</CodConsultorio>
    </Erogazione>
    <Valutazione Diagnosi="010.01" SupportoSociale="1"/>
    <Prestazione AreaAttivita="A" SottoAreaAttivita="9999" TipoPrestazione="010" NumeroIncontriPrevisti="1" DataPrenotazione="9999999999" DataInizioCicloPrestazioni="2024-01-01" DataPresuntaFinePrestazioni="2024-01-31" SedePrestazione="1" MediazioneCulturale="1" PrestazioneMultiProfessionale="1" PersonaleCoinvolto_1="1" PersonaleCoinvolto_2="1" PersonaleCoinvolto_3="1" PersonaleCoinvolto_4="1" TerziCoinvolti_1="1" TerziCoinvolti_2="1" TerziCoinvolti_3="1" ProgressivoPrestazione="1"/>
    <Prestazione AreaAttivita="F" SottoAreaAttivita="F.01" TipoPrestazione="020" NumeroIncontriPrevisti="1" DataPrenotazione="8888888888" DataInizioCicloPrestazioni="2024-01-01" DataPresuntaFinePrestazioni="2024-02-01" SedePrestazione="1" MediazioneCulturale="1" PrestazioneMultiProfessionale="1" PersonaleCoinvolto_1="8" PersonaleCoinvolto_2="9" Personale-
  
```

```

Coinvolto_3="9" PersonaleCoinvolto_4="9" TerziCoinvolti_1="99" TerziCoinvolti_2="99" TerziCoinvolti_3="1" ProgressivoPre-
stazione="99"/>
</Accesso>

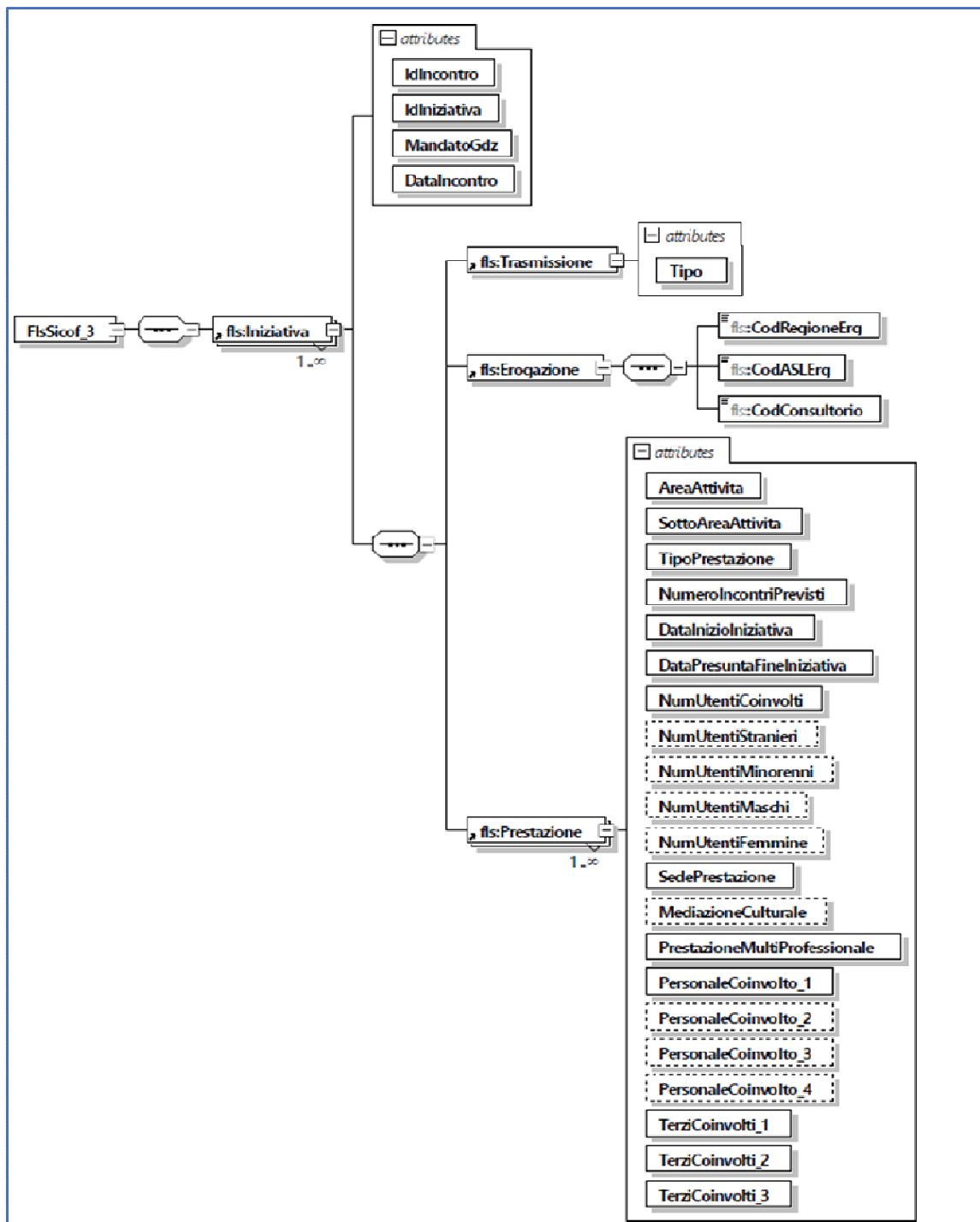
</FlsSicof_2>

```



TRACCIATO SICOF_PREGRP XML (ESEMPIO)

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<FlsSicof_3 xmlns="http://flussi.mds.it/FlsSicof_3">
  <Iniziativa IdIncontro="1" IdIniziativa="1" MandatoGdz="1" DataIncontro="2023-10-01">
    <Trasmissione Tipo="I"/>
    <Erogazione>
      <CodRegioneErg>010</CodRegioneErg>
      <CodASLErg>201</CodASLErg>
      <CodConsultorio>010034</CodConsultorio>
    </Erogazione>
    <Prestazione AreaAttivita="a" SottoAreaAttivita="9999" TipoPrestazione="100"
      NumeroIncontriPrevisti="5" DataInizioIniziativa="2023-10-01" DataPresuntaFineIniziativa="2023-12-01" NumUtentiCoinvol-
      ti="100" NumUtentiStranieri="10" NumUtentiMinorenni="30" NumUtentiMaschi="50" NumUtentiFemmine="50" SedePresta-
      zione="1" MediazioneCulturale="1" PrestazioneMultiProfessionale="1" PersonaleCoinvolto_1="1" PersonaleCoinvolto_2="1"
      PersonaleCoinvolto_3="1" PersonaleCoinvolto_4="1" TerziCoinvolti_1="1" TerziCoinvolti_2="1" TerziCoinvolti_3="1"/>
    </Iniziativa >
    <Iniziativa IdIncontro="2" IdIniziativa="1" MandatoGdz="1" DataIncontro="2023-10-01">
      <Trasmissione Tipo="I"/>
      <Erogazione>
        <CodRegioneErg>010</CodRegioneErg>
        <CodASLErg>201</CodASLErg>
        <CodConsultorio>010034</CodConsultorio>
      </Erogazione>
      <Prestazione AreaAttivita="a" SottoAreaAttivita="9999" TipoPrestazione="101"
        NumeroIncontriPrevisti="99" DataInizioIniziativa="2023-10-01" DataPresuntaFineIniziativa="2024-10-01" NumUtentiCoinvol-
        ti="100" NumUtentiStranieri="10" NumUtentiMinorenni="30" NumUtentiMaschi="50" NumUtentiFemmine="50" SedePresta-
        zione="1" MediazioneCulturale="1" PrestazioneMultiProfessionale="1" PersonaleCoinvolto_1="1" PersonaleCoinvolto_2="1"
        PersonaleCoinvolto_3="9" PersonaleCoinvolto_4="1" TerziCoinvolti_1="9" TerziCoinvolti_2="99" TerziCoinvolti_3="1"/>
      </Iniziativa >
    </FlsSicof_3>
```



ALLEGATO 6: TERMINI DI INVIO

Il controllo di coerenza dei dati sarà effettuato su:

- Tracciato 1 (Contatto) - il controllo sarà effettuato sul campo:
 - Contatto "Data",
la data specificata dovrà essere compresa nel periodo di riferimento delle informazioni.
- Tracciato 2 (Prestazione individuale) - il controllo verrà fatto sui campi:
 - Accesso: "Data",
la data specificata dovrà essere compresa nel periodo di riferimento delle informazioni;
- Tracciato 3 (Prestazioni grandi gruppi e salute di Comunità) - il controllo verrà fatto sui campi:
 - Accesso: "Data Incontro",
la data specificata dovrà essere compresa nel periodo di riferimento delle informazioni;

Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi dei seguenti eventi:

- Contatto,
- Prestazione individuale,
- Prestazioni grandi gruppi e salute di Comunità

Il periodo di riferimento (**semestre**) dichiarato nel sistema GAF (Gestione Accoglienza Flussi) dovrà essere coerente con l'anno-**semestre** di rilevazione dei dati inviati.

Secondo quanto indicato nel D.M. del 7 agosto 2023,,le informazioni devono essere rilevate al verificarsi degli eventi e trasmesse al NSIS, con cadenza **semestrale entro i quarantacinque giorni successivi al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.**

Mese di erogazione delle prestazioni	Data scadenza invio definitivo CED → SIAG	Dati messi a disposizione SIAG → OpS	Periodo di trasmissione NSIS	Termine invio modifiche NSIS
I Semestre	Entro il 1. luglio	Entro il 15 luglio	entro il 15 agosto	15 settembre
II Semestre	Entro il 1.gennaio (anno successivo)	Entro il 15 gennaio (anno successivo)	entro il 14 febbraio (anno successivo)	15 marzo (anno successivo)

ALLEGATO 7: TABELLE DI DOMINIO**Tab.1: Elenco delle prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario dei consultori familiari (deliberazione della Giunta provinciale n.1572 del 08/06/09 e successive modifiche) fino al 28.2.25**

Codice	Descrizione Prestazione Consultorio	tariffa	Natura della prestazione	Ciclo SI/NO
800.10	ACCOGLIENZA/ COLLOQUIO INFORMATIVO	€ 3,58	SO	NO
800.11	PRIMO COLLOQUIO INDIVIDUALE, ALLA COPPIA ED ALLA FAMIGLIA	€ 24,30	SO	NO
800.12	LAVORO DI RETE	€ 47,65	SO/SA	NO
800.19	CONSULENZA SOCIALE	€ 38,72	SO	NO
800.20	CONSULENZA	€ 38,72	SO	NO
800.21	CONSULENZA SOCIALE SU ALTRE PROBLEMATICHE	€ 34,31	SO	NO
800.22	CONSULENZA PEDAGOGICA	€ 61,59	SO	NO
800.23	CONSULENZA SANITARIA	€ 28,35	SA	NO
800.24	CONSULENZA LEGALE	€ 61,59	SO	NO
800.25	VISITA PSICHIATRICA	€ 92,39	SA	NO
800.251	COLLOQUIO PSICHIATRICO	€ 61,59	SA	NO
800.26	VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA	€ 73,86	SA	NO
800.27	CONSULENZA PSICOLOGICA INDIVIDUALE	€ 73,86	SA	SI
800.28	CONSULENZA PSICOLOGICA FAMILIARE/COPPIA	€ 81,25	SA	SI
800.29	CONSULENZA PSICOLOGICA DI GRUPPO	€ 88,63	SA	SI
800.30	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	€ 73,86	SA	SI
800.31	PSICOTERAPIA DI COPPIA/FAMILIARE	€ 81,25	SA	SI
800.32	PSICOTERAPIA DI COPPIA/FAMILIARE	€ 121,87	SA	NO

800.33	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	€ 176,31	SA	SI
800.34	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	€ 264,47	SA	NO
800.40	VALUTAZIONE PSICOLOGICA IN CASO DI ADOZIONE	€ 1.236,03	SA	SI
800.40.1	VALUTAZIONE PSICOLOGICA IN CASO DI ADOZIONE	€ 329,61	SA	SI
800.40.2	VALUTAZIONE PSICOLOGICA IN CASO DI ADOZIONE	€ 659,22	SA	NO
800.40.3	VALUTAZIONE PSICOLOGICA IN CASO DI ADOZIONE	€ 988,83	SA	NO
800.401	PREPARAZIONE COPPIE ASPIRANTI ALL'ADOZIONE	€ 146,05	SA	NO
800.402	ASSISTENZA POST-ADOZIONE	€ 88,63	SA	NO
800.41	VALUTAZIONE PSICOLOGICA PER SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA	€ 580,16	SA	SI
800.41.1	VALUTAZIONE PSICOLOGICA PER SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA	€ 133,88	SA	NO
800.41.2	VALUTAZIONE PSICOLOGICA PER SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA	€ 267,77	SA	NO
800.41.3	VALUTAZIONE PSICOLOGICA PER SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA	€ 401,65	SA	NO
800.42	VALUTAZIONE E SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA	€ 916,71	SO	NO
800.42.1	VALUTAZIONE E SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA	€ 246,81	SO	NO
800.42.2	VALUTAZIONE E SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA	€ 493,61	SO	NO
800.42.3	VALUTAZIONE E SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA	€ 669,90	SO	NO
800.50	MEDIAZIONE FAMILIARE	€ 139,53	SO	SI
800.51	MEDIAZIONE FAMILIARE	€ 209,29	SO	NO
800.60	VISITA GINECOLOGICA	€ 27,52	SA	NO
800.61	VISITA DELL'OSTETRICA	€ 28,35	SA	NO
800.62	VISITA SENOLOGICA	€ 12,27	SA	NO
800.63	CONSULENZA GINECOLOGICA	€ 28,35	SA	NO

800.631	CONSULENZA SANITARIA BREVE DEL GINECOLOGO	€ 7,39	SA	NO
800.632	CERTIFICAZIONE INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (IVG)	€ 7,39	SA	NO
800.64	CONSULENZA DELL' OSTETRICA	€ 28,35	SA	NO
800.65	EDUCAZIONE ALL'AUTOPALPAZIONE DEL SENO	€ 19,66	SA	NO
800.651	EDUCAZIONE ALL'AUTOPALPAZIONE DEL SENO	€ 152,00	SA	NO
800.66	ECOGRAFIA OSTETRICA	€ 36,93	SA	NO
800.661	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	€ 36,93	SA	NO
800.662	COLPOSCOPIA	€ 25,49	SA	NO
800.663	RILEVAZIONE DEL BATTITO CARDIACO FETALE CON METODO DOPPLER	€ 9,89	SA	NO
800.664	ECOGRAFIA SENOLOGICA monolaterale	€ 36,93	SA	NO
800.665	ECOGRAFIA SENOLOGICA bilaterale	€ 36,93	SA	NO
800.67	PRELIEVO MICROBIOLOGICO PER TAMPONE VAGINALE	€ 6,19	SA	NO
800.671	PRELIEVO CITOLOGICO PER PAP TEST	€ 6,19	SA	NO
800.672	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - Biopsia di una o più sedi	€ 32,52	SA	NO
800.673	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI	€ 35,50	SA	NO
800.674	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI	€ 23,59	SA	NO
800.675	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE	€ 23,59	SA	NO
800.676	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	€ 29,54	SA	NO
800.677	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO - Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, Diatermocoagulazione di erosione della portio	€ 44,32	SA	NO
800.68	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO	€ 30,74	SA	NO
800.681	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO	€ 23,11	SA	NO

800.69	RIEDUCAZIONE PELVICA	€ 39,31	SA	SI
800.691	RIEDUCAZIONE PELVICA	€ 152,01	SA	SI
800.70	CORSO DI PREPARAZIONE ALLA NASCITA	€ 157,60	SA	SI
800.71	CORSO POST-PARTUM	€ 77,20	SA	SI
800.72	VISITA GUIDATA NEL CONSULTORIO	€ 152,61	SO/SA	NO
800.73	INCONTRO NELLE SCUOLE	€ 190,00	SO/SA	NO
800.74	INCONTRO SULLA MENOPAUSA	€ 104,12	SA	SI
800.75	INCONTRO DI GRUPPO NON ALTRIMENTI SPECIFICATO (NAS)	€ 152,00	SO/SA	SI
800.76	INCONTRO DI AUTO-MUTUO-AIUTO	€ 78,86	SO	NO
800.77	MEDIAZIONE CULTURALE	€ 34,31	SO	NO
800.78	CORSI RESIDENZIALI	€ 315,46	SO/SA	NO
800.79	CORSI RESIDENZIALI	€ 630,91	SO/SA	NO
800.671.1	PRELIEVO CITOLOGICO PER PAP TEST - SU INVITO	€ 6,91	SA	NO
800.27.1	CONSULENZA PSICOLOGICA INDIVIDUALE NELLA CASA DI RIPOSO	€ 73,86	SA	NO
210.72	INCONTRI DI SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ	€49,40	SO/SA	SI
210.73	INCONTRI PER NEONATI E BAMBINI FINO A 3 ANNI	€49,40	SO/SA	SI
210.74	INCONTRI PER BAMBINI	€49,40	SO/SA	SI
210.75	INCONTRI PER ADOLESCENTI	€49,40	SO/SA	SI
210.76	INCONTRI PER ACCOMPAGNAMENTO GENITORI ANZIANI -	€49,40	SO/SA	SI
210.77	INCONTRI DI SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA	€49,40	SO/SA	SI
210.78	EDUCAZIONE ALIMENTARE	€49,40	SO/SA	SI
210.79	INCONTRI PER DONNE	€49,40	SO/SA	SI

210.08	RELAZIONE CLINICA COMPLESSA AI SOGGETTI DELLA RETE	€ 21,10	SO/SA1	NO
210.12	COLLOQUIO CLINICO PSICOLOGICO DI INQUADRAMENTO	€ 61,20	SA	SI

Tab 2: Elenco Consultori Familiari della Provincia di Bolzano per codici STS11: DA AGGIORNARE CON NUOVE STRUTTURE APPENA DEFINITE

Codice struttura STS11	Denominazione struttura	SEDE	Comprensorio Sanitario	ASL_ERO
1T1900	CONSULTORIO FAMILIARE FABE - ORTISEI	ORTISEI	BOLZANO	101
1T5900	CONSULTORIO FAMILIARE P. M. KOLBE - LAIVES	LAIVES	BOLZANO	101
1T6900	CONSULTORIO FAMILIARE MESOCOPS - EGNA	EGNA	BOLZANO	101
1T7900	CONSULTORIO FAMILIARE AIED	BOLZANO	BOLZANO	101
1T7901	CONSULTORIO FAMILIARE P. M. KOLBE - BOLZANO	BOLZANO	BOLZANO	101
1T7902	CONSULTORIO FAMILIARE MESOCOPS - BOLZANO	BOLZANO	BOLZANO	101
1T7903	CONSULTORIO FABE - BOLZANO	BOLZANO	BOLZANO	101
1T7904	CONSULTORIO FAMILIARE ARCA	BOLZANO	BOLZANO	101
2T2900	CONSULTORIO FAMILIARE FABE- SILANDRO	SILANDRO	SILANDRO	102
2T5900	CONSULTORIO FAMILIARE LILITH	MERANO	MERANO	102
2T5901	CONSULTORIO FAMILIARE FABE - MERANO	MERANO	MERANO	102
2T5902	CONSULTORIO FAMILIARE P. M. KOLBE - MERANO	MERANO	MERANO	102
3T2050	CONSULTORIO FAMILIARE P.M.KOLBE - BRESSANONE	BRESSANONE	BRESSANONE	103
3T2051	CONSULTORIO FAMILIARE P. M. KOLBE - VIPITENO	VIPITENO	BRESSANONE	103
4D2106	CONSULTORIO FAMILIARE FABE - BRUNICO	BRUNICO	BRUNICO	104

Tab 3: Codifica aree

Codice	Macro - Area
A	Salute sessuale
B	Salute riproduttiva
C	Prevenzione e promozione della salute
D	Supporto psicologico
E	Adozione – Affidi
F	Rapporti con le istituzioni

Tab 4: Codifica aree e sotto-aree prestazioni

Codice	Sottoarea
A	Salute sessuale (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: A; B; D; J)
A.01	Contraccezione
A.02	Contraccezione ormonale
A.03	Contraccezione meccanica
A.04	Metodi naturali
A.05	Contraccezione d'emergenza post-coitale
A.06	Ginecologia
A.07	Malattie sessualmente trasmissibili
A.08	Consulenza, supporto e assistenza per problemi in età post fertile
A.09	Seno/Senologia
A.10	Uroginecologia
A.11	Violenza sessuale e di genere
A.12	Andrologia
B	Salute riproduttiva (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: A; C; E; F; G; H; I)
B.01	Malattie sessualmente trasmissibili
B.02	Preconcezionale
B.03	Problemi di fertilità
B.04	Post-aborto spontaneo
B.05	Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)
B.06	Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) – farmacologica
B.07	Post-IVG
B.08	Gravidanza
B.09	Gravidanza – A gestione ostetrica
B.10	Gravidanza – A gestione medica
B.11	Corsi/incontri di accompagnamento alla nascita
B.12	Puerperio
B.13	Salute Psico-fisica del neonato e del bambino
B.14	Allattamento
B.15	Patologia mammaria
B.16	Uroginecologia
C	Prevenzione e promozione della salute (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: D)
C.01	Prevenzione tumori
C.02	Promozione degli stili di vita
C.03	Prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili
C.04	Promozione delle buone pratiche percorso nascita
C.05	Promozione della salute in menopausa
C.06	Promozione salute e determinanti di salute 1000 giorni di vita del bambino/a
C.07	Promozione dell'affettività e della sessualità
C.08	Approccio alla multiculturalità
C.09	Promozione e sostegno dell'allattamento al seno
D	Supporto psicologico (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: K; L; M; N; O; P; R)
D.01	Prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi
D.02	Supporto alla genitorialità

D.03	Problematiche relazionali del singolo della coppia e della famiglia
D.04	Separazioni/divorzi
	Consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia
	Psico-relazionale
D.05	Benessere psicologico e salute mentale nelle fasi di vita della donna
D.06	Prevenzione, individuazione precoce e assistenza - violenza di genere e sessuale
D.07	Supporto psicologico a coppie e minori per affidamento e adozione
D.08	Bullismo/Cyberbullismo
D.09	Altro counseling
E	Adozione - Affidi
E.01	Adozione
E.02	Affido
F	Rapporti con le istituzioni (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: Q)
F.01	Rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.)
F.02	Rapporti con il Giudice Tutelare e adempimenti connessi
F.03	Rapporti con gli Enti istituzionali (es. Comuni, Ambiti e Tribunale Ordinario)
F.04	Rapporti con il Terzo Settore e l'Associazionismo

Tab 5: codifica tipologie prestazioni

Codice	Prestazione
01	Accoglienza/colloquio informativo
010	Accoglienza/colloquio informativo
02	Counseling/consulenza
020	Colloquio/Counseling
021	Consulenza legale
03	Visita medica
030	Visita medica erogata dal consultorio senza prescrizione
031	Visita ostetrica eseguita da ginecologo/a
032	Visita ostetrica eseguita da ostetrica/o
033	Visita ginecologica erogata dal consultorio senza prescrizione
034	Prescrizione di visita medica
035	Bilancio di salute ostetrico
036	Bilancio di salute pediatrico
037	Controllo esami
04	Psicoterapia
040	Seduta di psicoterapia senza prescrizione
05	Prescrizione/offerta/applicazione contraccettivi e farmaci
050	Offerta gratuita contraccettivi
051	Prescrizione contraccettivi
052	Rimozione/Inserimento di Dispositivi Intrauterini (IUD)
053	Applicazione di dispositivi contraccettivi sottocutanei
054	Prescrizione farmaci
055	Somministrazione farmaci
06	Rilascio documenti/certificati (es: IVG)/Consegna della cartella della gravidanza
060	Consegna cartella della gravidanza
061	Rilascio certificato di gravidanza
062	Rilascio certificato per il tribunale
063	Relazioni per il tribunale
064	Rilascio di certificazione IVG
07	Test
070	Prelievo per Pap Test nell'ambito di programmi di screening definiti dal Dipartimento di Prevenzione
071	HPV test nell'ambito di programmi di screening definiti dal DSP
072	Pap test/HPV test su richiesta spontanea o per indicazioni cliniche
08	Esami diagnostici
080	Esecuzione di ecografia ginecologica
081	Esecuzione di ecografia in gravidanza
082	Prescrizione di esami diagnostici
083	Test di diagnostica rapida: esecuzione STICK
09	Relazioni/Valutazione psicologica
090	Valutazione psicologica in caso di adozione
091	Valutazione psicologica per selezione di famiglia affidataria
092	Valutazione psicodiagnostica

093	Relazioni multidisciplinari
10	Offerta attiva
100	Stili di vita
101	Salute riproduttiva
999	Altro
999	Altro

Tab 6: Matrice di controllo per le tipologie di aree di prestazioni

Tipologia di Prestazione	A - Salute sessuale	B - Salute riproduttiva	C - Prevenzione e promozione della salute	D - Supporto psicologico	E - Adozione Affidi	F - Rapporti con le istituzioni
010-Accoglienza/colloquio informativo	X	X	X	X	X	X
020-Colloquio/Counseling	X	X	X	X	X	X
021-Consulenza legale	X	X		X	X	X
030-Visita medica erogata dal consultorio senza prescrizione	X	X	X	X		
031-Visita ostetrica eseguita da ginecologo/a	X	X	X			
032-Visita ostetrica eseguita da ostetrica/o	X	X	X			
033-Visita ginecologica erogata dal consultorio senza prescrizione	X	X	X	X		
034-Prescrizione di visita medica	X	X	X	X	X	X
035-Bilancio di salute ostetrico	X	X	X			
036-Bilancio di salute pediatrico	X	X	X			
037-Controllo esami	X	X	X			
040-Seduta di psicoterapia senza prescrizione				X	X	
050-Offerta gratuita contraccettivi	X	X	X	X		
051-Prescrizione contraccettivi	X	X	X			
052-Rimozione/Inserimento di Dispositivi Intrauterini (IUD)	X	X				
053-Applicazione di dispositivi contraccettivi sottocutanei	X	X				
060-Consegna cartella della gravidanza		X	X			
061-Rilascio certificato di gravidanza	X	X	X	X	X	X
062-Rilascio certificato per il tribunale	X	X	X	X	X	X
063-Relazioni per il tribunale	X	X	X	X	X	X
064-Rilascio di certificazione IVG	X	X	X	X	X	X
070-Prelievo per Pap Test nell'ambito di programmi di screening definiti dal Dipartimento di Prevenzione	X	X	X			
071-HPV test nell'ambito di programmi di screening definiti dal DSP	X	X	X			
072-Pap test/HPV test su richiesta spontanea o per indicazioni cliniche	X	X	X			
080-Esecuzione di ecografia ginecologica	X	X	X			
081-Esecuzione di ecografia in gravidanza		X				
082-Prescrizione di esami diagnostici	X	X	X	X		
083-Test di diagnostica rapida: esecuzione STICK	X	X	X			
090-Valutazione psicologica in caso di adozione				X	X	X
091-Valutazione psicologica per selezione di famiglia affidataria				X	X	X
092-Valutazione psicodiagnostica	X	X	X	X	X	X
093-Relazioni multidisciplinari	X	X	X	X	X	X
100-Stili di vita	X	X	X	X		
101-Salute riproduttiva	X	X	X	X		
999-Altro	X	X	X	X	X	X

Tab 7. Elenco delle prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario sperimentale dei consultori familiari e transcodifica con vecchi codici e associazione a area e sottoarea (VALIDA FINO AL 28.2.25)

Variazioni	Codice vecchio nomenclatore	NUOVO CODICE PRES	Descrizione Prestazione Consultorio	Area	Sottoarea	Codice prestazione	Ciclo?	Sedute per ciclo	Tipo Finanz.
M	800.11	210.01	PRIMO ACCESSO AL CONSULTORIO	tutte	tutte	10	NO	0	seduta
M	800.72	210.02	VISITA GUIDATA NEL CONSULTORIO - Per seduta	C	C.02 C.08	100	NO	0	seduta
M	800.12	210.03	INCONTRI O COLLOQUI CON ALTRI SOGGETTI DELLA RETE SUI CASI CLINICI - Per seduta. Escluso: partecipazione a corsi di formazione, aggiornamento e supervisione, riunioni interne all'equipe del consultorio	F	F.01 F.02 F.03 F.04	999	NO	0	seduta
M	800.19	210.04	CONSULENZA DELL'ASSISTENTE SOCIALE - Per seduta	D E F	D.01 D.02 D.03 D.04 D.06 D.08 D.09 E.01 E.02 F.01 F.02 F.03 F.04	20	NO	0	seduta
M	800.22	210.05	CONSULENZA PEDAGOGICA E SOCIALE - Per seduta	C D E	C.08 D.01 D.02 D.03 D.04 D.06 D.08 D.09 E.01 E.02	20	NO	0	seduta

	800.20	210.051	CONSULENZA SOCIALE SU ALTRE PROBLEMATICHE - Per seduta	C D E	C.08 D.01 D.02 D.03 D.04 D.06 D.08 D.09 E.01 E.02	20	NO	0	seduta
	800.21	210.051	CONSULENZA SOCIALE SU ALTRE PROBLEMATICHE - Per seduta	C D E	C.08 D.01 D.02 D.03 D.04 D.06 D.08 D.09 E.01 E.02	20	NO	0	seduta
M	800.23	210.06	CONSULENZA SANITARIA - Per seduta. Escluso: Visita ginecologica (800.60), Visita dell'ostetrica (800.61), Con- sultenza ginecologica (800.63), Consultenza sanitaria breve del ginecologo (800.631), Consultenza dell'ostetrica (800.64). Per seduta	A B	A.01 A.02 A.03 A.04 A.05 A.06 A.07 A.08 A.09 A.10 A.11 A.12 B.01 B.02 B.03 B.04 B.05 B.06 B.07 B.08 B.09 B.10 B.12 B.13 B.14 B.15 B.16	20	NO	0	seduta

M	800.24	210.07	CONSULENZA LEGALE - Per seduta	D E F	D.01 D.02 D.03 D.04 D.06 D.08 D.09 E.01 E.02 F.01 F.02 F.03 F.04	21	NO	0	seduta
I	210.08	210.08	RELAZIONE CLINICA COMPLESSA AI SOGGETTI DELLA RETE - Escluso: aggiornamento cartella clinica, referti di visite, colloqui ed esami strumentali	F	F.01 F.02 F.03 F.04	63 93 999	NO	0	seduta
M	800.25	210.10	VISITA PSICHIATRICA - Per seduta. Include: aggiornamento della cartella clinica ambulatoriale e refertazione medica	A D	A.11 A.12 D.01 D.05 D.06 D.08 D.09	30	NO	0	seduta
M	800.251	210.11	VISITA DI CONTROLLO DELLO PSICHIATRA - Per seduta. Include: aggiornamento della cartella clinica ambulatoriale e refertazione medica	A D	A.11 A.12 D.01 D.05 D.06 D.08 D.09	30	NO	0	seduta
M	800.26	210.13	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST - Per seduta. Include la valutazione/interpretazione del test	D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	20 92	NO	0	seduta

I	800.27	210.12	COLLOQUIO CLINICO PSICOLOGICO DI INQUADRAMENTO - Per seduta. max 3 sedute. Include: colloquio di restituzione	D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	92	NO	0	seduta
I	800.271	210.12	COLLOQUIO CLINICO PSICOLOGICO DI INQUADRAMENTO - Per seduta. max 3 sedute. Include: colloquio di restituzione	D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	20 92	NO	0	seduta
M	800.27	210.14	CONSULENZA PSICOLOGICA INDIVIDUALE - Per seduta. Ciclo fino a 15 sedute	D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	20	SI	fino a 15	seduta
M	800.28	210.15	CONSULENZA PSICOLOGICA FAMILIARE/COPPIA - Per seduta. Ciclo fino a 15 sedute	D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	20	SI	fino a 15	seduta
M	800.29	210.16	CONSULENZA PSICOLOGICA DI GRUPPO - Per seduta. Ciclo fino a 15 sedute	D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	20	SI	fino a 15	seduta

M	800.30	210.17	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE - Per seduta. Ciclo fino a 15 sedute	D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	40	SI	fino a 15	seduta
M	800.31	210.18	PSICOTERAPIA DI COP- PIA/FAMILIARE - Per seduta. Ciclo fino a 15 sedute	D E	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09 E.01 E.02	40	SI	fino a 15	seduta
	800.32	210.18	PSICOTERAPIA DI COP- PIA/FAMILIARE - Per seduta. Ciclo fino a 15 sedute	D E	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09 E.01 E.02	40	SI	fino a 15	seduta
M	800.33	210.19	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta. Ciclo fino a 15 sedute	D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	40	SI	fino a 15	seduta

	800.34	210.19	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta. Ciclo fino a 15 sedute	A B D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	40	SI	fino a 15	seduta
M	800.40	210.30	VALUTAZIONE PSICOLOGICA IN CASO DI ADOZIONE - Per seduta. Ciclo fino a 16 sedute	D	D.07	90	SI	fino a 16	seduta
	800.40.1	210.30	VALUTAZIONE PSICOLOGICA IN CASO DI ADOZIONE - Per seduta. Ciclo fino a 16 sedute	D	D.07	90	SI	fino a 16	seduta
	800.40.2	210.30	VALUTAZIONE PSICOLOGICA IN CASO DI ADOZIONE - Per seduta. Ciclo fino a 16 sedute	D	D.07	90	SI	fino a 16	seduta
	800.40.3	210.30	VALUTAZIONE PSICOLOGICA IN CASO DI ADOZIONE - Per seduta. Ciclo fino a 16 sedute	D	D.07	90	SI	fino a 16	seduta
M	800.401	210.31	PREPARAZIONE COPPIE ASPIRANTI ALL'ADOZIONE - Per seduta. Ciclo fino a 30 ore	D	D.07	90	SI	fino a 30	seduta
M	800.41	210.32	VALUTAZIONE PSICOLOGICA PER SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA - Per seduta. Ciclo fino a 16 sedute	D	D.07	91	SI	fino a 16	seduta
	800.41.1	210.32	VALUTAZIONE PSICOLOGICA PER SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA - Per seduta. Ciclo fino a 16 sedute	D	D.07	91	SI	fino a 16	seduta
	800.41.2	210.32	VALUTAZIONE PSICOLOGICA PER SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA - Per seduta. Ciclo fino a 16 sedute	D	D.07	91	SI	fino a 16	seduta
	800.41.3	210.32	VALUTAZIONE PSICOLOGICA PER SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA - Per seduta. Ciclo fino a 16 sedute	D	D.07	91	SI	fino a 16	seduta
	800.42	210.321	VALUTAZIONE DELL'ASSISTENTE SOCIALE PER SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA - Per seduta. Ciclo fino a 16 sedute	D	D.07	91	SI	fino a 16	seduta
	800.42.1	210.321	VALUTAZIONE DELL'ASSISTENTE SOCIALE PER SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA - Per seduta. Ciclo fino a 16 sedute	D	D.07	91	SI	fino a 16	seduta

	800.42.2	210.321	VALUTAZIONE DELL'ASSISTENTE SOCIALE PER SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA - Per seduta. Ciclo fino a 16 sedute	D	D.07	91	SI	fino a 16	seduta
	800.42.3	210.321	VALUTAZIONE DELL'ASSISTENTE SOCIALE PER SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA - Per seduta. Ciclo fino a 16 sedute	D	D.07	91	SI	fino a 16	seduta
M	800.50	210.33	MEDIAZIONE FAMILIARE - Per seduta. Ciclo fino a 12 sedute	D	D.03 D.04	20	SI	fino a 12	seduta
	800.51	210.33	MEDIAZIONE FAMILIARE - Per seduta. Ciclo fino a 12 sedute	D	D.03 D.04	20	SI	fino a 12	seduta
M	800.60	210.40	VISITA GINECOLOGICA - Per seduta. Include: compilazione della cartella ginecologica. Escluso: Consulenza ginecologica (800.63), Consulenza sanitaria (800.23)	A B C	A.01 A.02 A.03 A.06 A.10 A.11 B.01 B.02 B.03 B.04 B.06 B.07 B.10 B.15 B.16 C.01 C.03 C.05	33	NO	0	seduta
I	800.60	210.41	VISITA OSTETRICA - Per seduta. Include: compilazione della cartella ginecologica. Escluso: Consulenza ginecologica (800.63), Consulenza sanitaria (800.23)	B	B.08 B.10	31	NO	0	seduta
M	800.61	210.42	VISITA DELL'OSTETRICA - Per seduta. Escluso: Consulenza dell'ostetrica (800.64), Consulenza sanitaria (800.23)	A B	A.06 A.11 B.04 B.09 B.12 B.13 B.14 B.16	32 35 36	NO	0	seduta
M	800.62	210.43	VISITA SENOLOGICA - Per seduta. Include eventuale ecografia senologica	A B C	A.09 B.15 C.01	30	NO	0	seduta

M	800.63	210.44	CONSULENZA GINECOLOGICA - Per seduta. Escluso: Visita ginecologica (800.60), Consulenza sanitaria (800.23)	A B C	A.01 A.02 A.03 A.04 A.05 A.06 A.07 A.08 A.09 A.10 A.11 B.01 B.02 B.03 B.04 B.05 B.06 B.07 B.08 B.09 B.10 B.12 B.14 B.15 B.16 C.01 C.02 C.03 C.05 C.07	20	NO	0	seduta
M	800.631	210.45	CONSULENZA SANITARIA BREVE DEL GINECOLOGO	A B C	A.01 A.06 A.07 A.08 A.10 B.01 B.02 B.03 B.04 B.06 B.07 B.08 C.01 C.05 C.07 34 37 51 60 (solo con B e C) 82 (50, 54 e 55 non ancora erogabili da parte dei consultori)		NO	0	seduta
M	800.632	210.46	CERTIFICAZIONE INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (IVG) - Per seduta. Escluso: Consulenza sanitaria (800.23)	B	B.05 B.06	64	NO	0	seduta

M	800.64	210.47	CONSULENZA DELL' OSTETRICA - Per seduta. Incluso: compilazione della cartella clinica. Escluso: Visita dell'ostetrica (800.61), Consulenza sanitaria (800.23)	A B C	A.01 A.02 A.03 A.04 A.05 A.07 A.08 A.09 A.10 A.11 B.01 B.02 B.03 B.06 B.07 B.08 B.12 B.13 B.14 B.15 B.16 C.01 C.02 C.03 C.04 C.06	020 034 035	NO	0	seduta
M	800.651	210.48	INCONTRO PER EDUCAZIONE ALL'AUTOPALPAZIONE DEL SENO - Seduta di gruppo. Per seduta	C	C.01	100	NO	0	seduta
M	800.66	210.49	ECOGRAFIA OSTETRICA - Per seduta	B	B.08 B.09 B.10	81	NO	0	seduta
M	800.661	210.50	ECOGRAFIA GINECOLOGICA - Per seduta	A B C	A.06 A.11 B.02 B.03 B.04 B.05 B.06 B.07 B.16 C.01	80	NO	0	seduta
M	800.67	210.51	PRELIEVO MICROBIOLOGICO PER TAMPONE VAGINALE	A B	A.06 A.10 B.08 B.10 B.16	999	NO	0	seduta
M	800.671	210.52	PRELIEVO CITOLOGICO PER PAP TEST	C	C.01 C.03	70 71 72	NO	0	seduta

	800.671.1	210.52	PRELIEVO CITOLOGICO PER PAP TEST	C	C.01 C.03	70 71 72	NO	0	seduta
M	800.68	210.53	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO	A	A.02 A.03	52 53	NO	0	seduta
M	800.681	210.54	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO	A	A.03	52	NO	0	seduta
M	800.69	210.55	RIEDUCAZIONE PELVICA - Seduta individuale. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	A B	A.10 B.16	100	SI	fino a 10	seduta
M	800.691	210.56	RIEDUCAZIONE PELVICA - Seduta di gruppo. Per seduta. Ciclo fino a 12 sedute	A B	A.10 B.16	100	SI	fino a 12	seduta
M	800.70	210.57	CORSO DI PREPARAZIONE ALLA NASCITA - Intero corso. Ciclo di 18 ore	B	B.11	101	SI	18 ore	Evento
M	800.71	210.58	CORSO POST-PARTUM - Per seduta o intero trattamento. Ciclo di 6 sedute	C	B.12 C.06	100	SI	6	evento
M	800.73	210.70	INCONTRO NELLE SCUOLE - Per seduta	C	tutte	100	NO	0	seduta
M	800.74	210.71	INCONTRO IN ETA' POST FERTILE - Seduta di gruppo. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	C D	C.02 C.05 C.07 D.05 D.09	100	SI	fino a 10	seduta
M	800.751	210.72	INCONTRI DI SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ - Seduta di gruppo. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	D	D.02 D.03 D.04	100	SI	fino a 10	seduta
M	800.75	210.73	INCONTRI PER NEONATI E BAMBINI FINO A 3 ANNI - Seduta di gruppo. Per seduta. Escluso: Corso Post-partum. Ciclo fino a 10 sedute	B C	B.13 C.02 C.06	100	SI	fino a 10	seduta
I	800.75	210.74	INCONTRI PER BAMBINI - Seduta di gruppo. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	B D	B.13 D.01 D.06 D.08	100	SI	fino a 10	seduta
M	800.75	210.75	INCONTRI PER ADOLESCENTI - Seduta di gruppo. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	C D	C.02 C.03 C.07 C.08 D.01 D.02 D.03 D.04 D.06 D.08	100	SI	fino a 10	seduta

M	800.75	210.76	INCONTRI PER ACCOMPAGNAMENTO GENITORI ANZIANI - Seduta di gruppo. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	D	D.03 D.09	100	SI	fino a 10	seduta
M	800.75	210.77	INCONTRI DI SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA - Seduta di gruppo. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	D	D.03 D.04 D.06 D.09	100	SI	fino a 10	seduta
I	800.75	210.78	EDUCAZIONE ALIMENTARE - Seduta di gruppo. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	A B C	A.08 B.12 C.02 C.05	100	SI	fino a 10	seduta
I	800.75	210.79	INCONTRI PER DONNE - Seduta di gruppo. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	A C D	A.01 C.03 C.07 C.08 D.05	100	SI	fino a 10	seduta
I	800.75	210.80	INCONTRI DI MEDITAZIONE E RILASSAMENTO - Seduta di gruppo. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	D	D.09	100	SI	fino a 10	seduta
M	800.78	210.81	CORSI RESIDENZIALI Seduta di gruppo - Per seduta di 4 ore. Escluso: corso preparato. Ciclo fino a 4 sedute	A B C D	A.08 B.11 C tutte D tutte	100	SI	max 4	seduta
	800.79			A B C D	A.08 B.11 C tutte D tutte	100			seduta
E	800.10			tutte	tutte	10	NO	0	
	800.65			C	C.01	20	NO	0	
E	800.402			E	E.01	90	NO	0	
E	800.662			A	A.06	999	NO	0	
E	800.663			B	B.08	999	NO	0	
E	800.664			A B C	A.09 B.15 C.01	999	NO	0	
E	800.665			A B C	A.09 B.15 C.01	999	NO	0	
E	800.672			A	A.06	999	NO	0	
E	800.673			A	A.06	999	NO	0	
	800.674			A	A.06	999	NO	0	
E	800.675			A	A.06	999	NO	0	
E	800.676			A	A.06	999	NO	0	
E	800.677			A	A.06	999	NO	0	

E	800.76			tutte D	tutte D.09	100	NO	0	
E	800.77			tutte	tutte	999	NO	0	

**Tab 8. Elenco delle prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario sperimentale dei consul-
tori familiari e transcodifica con vecchi codici e associazione a area e sottoarea (VALIDA DAL
1.3.25)**

COD_PRES	DESCRIZIO- NE PRESTA- ZIONE CON- SULTORIO	ARE A	SOTTO AREA	CODICE PRESTA- ZIONE SICOF	CI- CLO	SEDUTE PER CI- CLO	FIGURA PROFES- SIONALE	TA- RIFFA
210.01	PRIMO ACCES- SO AL CONSUL- TORIO	tutte	tutte	010	N	0	Tutte le figu- re professio- nali	31,20
210.02	VISITA GUIDA- TA NEL CON- SULTORIO - Per seduta	C	C.02	010	N	0	Tutte le figu- re professio- nali	83,10
210.03	INCONTRI O COLLOQUI CON ALTRI SOGGET- TI DELLA RETE	F	F.01 F.02 F.03 F.04	999	N	0	Tutte le figu- re professio- nali	47,65

210.04	CONSULENZA DELL'ASSISTENTE SOCIALE -	D E F	D.01 D.02 D.03 D.04 D.06 D.08 D.09 E.01 E.02 F.01 F.02 F.03 F.04	020	N	0	ASSISTENTE SOCIALE	42,70
210.05	CONSULENZA PEDAGOGICA -	C D E	C.08 D.01 D.02 D.03 D.04 D.06 D.08 D.09 E.01 E.02	020	N	0	PEDAGOGISTA	51,20
210.06	CONSULENZA SOCIALE SU ALTRE PROBLEMATICHE - Per seduta. Incluso: aggiornamento della cartella clinica	B	B.06 B.13	020	N	0	CONSULENTE FAMILIARE / EDUCATORE SOCIO-PEDAGOGICO / PSICOMOTRICISTA	37,40

210.07	CONSULENZA SANITARIA -	A B	A.01 A.02 A.03 A.04 A.05 A.06 A.07 A.08 A.09 A.10 A.11 A.12 B.01 B.02 B.03 B.04 B.05 B.06 B.07 B.08 B.09 B.12 B.13 B.14 B.15 B.16	020	N	0	ASSISTENTE SANITARIO / INFERMIERE / INFERMIERE PEDIATRICO / TERAPISTA	39,80
210.08	CONSULENZA LEGALE - Per seduta. Incluso: aggiornamento della cartella clinica	D E F	D.01 D.02 D.03 D.04 D.06 D.08 D.09 E.01 E.02 F.01 F.02 F.03 F.04	021	N	0	AVVOCATO	73,20
210.09	RELAZIONE CLINICA COM- PLESSA AI SOGGETTI DEL- LA RETE	F	F.01 F.02 F.03 F.04	063 093 999	NO	0	Tutte le figu- re professio- nali	20,80

210.10	VISITA PSI- CHIATRICA -	A D	A.11 A.12 D.01 D.05 D.06 D.08 D.09	030	N	0	PSICHIATRA	74,20
210.11	VISITA DI CON- TROLLO DELLO PSICHIATRA	A D	A.11 A.12 D.01 D.05 D.06 D.08 D.09	030	N	0	PSICHIATRA	44,50
210.12	COLLOQUIO CLINICO PSICO- LOGICO DI IN- QUADRAMEN- TO -	D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	092	N	0	PSICOLOGO / PSICOTERA- PEUTA	61,00
210.13	CONSULENZA PSICOLOGICA INDIVIDUALE -	B D	B.06 D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	020	S	fino a 8	PSICOLOGO / PSICOTERA- PEUTA	61,00
210.14	CONSULENZA PSICOLOGICA FAMILIA- RE/COPPIA -	D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	020	S	fino a 8	PSICOLOGO / PSICOTERA- PEUTA	61,00

210.15	CONSULENZA PSICOLOGICA DI GRUPPO -	D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	020	S	fino a 8	PSICOLOGO / PSICOTERA- PEUTA	64,00
210.16	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE -	D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	040	S	fino a 8	PSICOTERA- PEUTA	64,60
210.17	PSICOTERAPIA DI COP- PIA/FAMILIARE	D E	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09 E.01 E.02	040	S	fino a 8	PSICOTERA- PEUTA	64,60
210.18	PSICOTERAPIA DI GRUPPO -	D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	040	S	fino a 8	PSICOTERA- PEUTA	101,80
210.19	VALUTAZIONE PSICOLOGICA IN CASO DI ADOZIONE -	D	D.07	090	S	fino a 16	PSICOLOGO / PSICOTERA- PEUTA	61,00
210.20	VALUTAZIONE PSICOLOGICA PER SELEZIONE DI FAMIGLIA AFFIDATARIA -	D	D.07	091	S	fino a 16	PSICOLOGO / PSICOTERA- PEUTA	61,00

210.21	MEDIAZIONE FAMILIARE -	D	D.03 D.04	020	S	fino a 10	ASSISTENTE SOCIALE / AVVOCATO / PEDAGOGI- STA / PSICO- TERAPEUTA	115,90
210.22	VISITA GINECO- LOGICA -	A B C	A.01 A.02 A.03 A.06 A.07 A.10 A.11 B.01 B.02 B.03 B.04 B.05 B.06 B.07 B.15 B.16 C.01 C.03 C.05	033	N	0	MEDICO GI- NECOLOGO	29,70
210.23	VISITA OSTE- TRICA -	B	B.08 B.10	031	N	0	MEDICO GI- NECOLOGO	37,10
210.24	VISITA DELL'O- STETRICA - Per seduta. Incluso: compilazione della cartella clinica. Escluso: Consulenza sa- nitaria (210.07).	A B	A.06 A.11 B.04 B.09 B.12 B.13 B.14 B.16	032 035	N	0	OSTETRICA	21,30

210.25	VISITA SENO- LOGICA	A B C	A.09 B.15 C.01	030	N	0	MEDICO GI- NECOLOGO / SENOLOGO	22,30
210.26	CONSULENZA GINECOLOGICA	A B C	A.01 A.02 A.03 A.04 A.05 A.06 A.07 A.08 A.09 A.10 A.11 B.01 B.02 B.03 B.04 B.05 B.06 B.07 B.08 B.09 B.10 B.12 B.14 B.15 B.16 C.01 C.02 C.03 C.05 C.07	020	N	0	MEDICO GI- NECOLOGO	66,80
210.27	CONSULENZA SANITARIA BREVE DEL GI- NECOLOGO -	A B C	A.01 A.06 A.07 A.08 A.10 B.01 B.02 B.03 B.04 B.06 B.07 B.08 C.01 C.05 C.07	034 037 050 051 054 055 060 (solo con B o C) 082 083	N	0	MEDICO GI- NECOLOGO	22,30

210.28	CERTIFICAZIONE INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (IVG)	B	B.05 B.06	064	N	0	MEDICO GINECOLOGO	22,30
210.29	CONSULENZA DELL' OSTETRICA SEMPLICE -)	A B C	A.01 A.02 A.03 A.04 A.05 A.07 A.08 A.09 A.10 A.11 B.01 B.02 B.03 B.06 B.07 B.08 B.12 B.13 B.14 B.15 B.16 C.01 C.02 C.03 C.04 C.06	020 035	N	0	OSTETRICA	21,30
210.30	CONSULENZA DELL' OSTETRICA COMPLESSA	A B C	A.09 B.12 B.13 B.14 C.02 C.04 C.06	020 035	N	0	OSTETRICA	32,00
210.31	CONSULENZA ALLATTAMENTO APPROFONDITA CON OSSERVAZIONE DI UNA POPPATA - Per seduta	B	B.14	020			OSTETRICA / ASSISTENTE SANITARIO / INFERMIERE PEDIATRICO	29,90
210.32	EDUCAZIONE ALL'AUTOPALPAZIONE DEL SENO -	C	C.01	020	N	0	OSTETRICA / INFERMIERE	10,70

210.33	ECOGRAFIA OSTETRICA -	B	B.08 B.10	081	N	0	MEDICO GINECOLOGO	37,10
210.34	ECOGRAFIA GINECOLOGICA -	A B C	A.06 A.10 B.02 B.03 B.04 B.05 B.06 B.07 B.16 C.01	080	N	0	MEDICO GINECOLOGO	37,10
210.35	PRELIEVO MICROBIOLOGICO PER TAMPONE VAGINALE	A B	A.06 A.10 B.08 B.09 B.10 B.16	999	N	0	MEDICO GINECOLOGO / OSTETRICA	11,00
210.36	PRELIEVO CITOLOGICO PER PAP TEST o HPV TEST	C	C.01 C.03	070 071 072	N	0	MEDICO GINECOLOGO / OSTETRICA	11,00
210.37	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO	A	A.03 A.02	052 053 (solo per i pubblici)	N	0	MEDICO GINECOLOGO	29,70
210.38	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO	A	A.03	052	N	0	MEDICO GINECOLOGO	22,30
210.39	RIEDUCAZIONE PELVICA -.	A B	A.10 B.16	100	S	fino a 10	FISIOTERAPISTA / OSTETRICA	32,00

210.40	RIEDUCAZIONE PELVICA	A B	A.10 B.16	100	S	fino a 10	FISIOTERAPISTA / OSTETRICA	44,80
210.41	CORSO DI PREPARAZIONE ALLA NASCITA -	B	B.11	101	S	20,5 ore	ASSISTENTE SANITARIO / INFERMIERE PEDIATRICO / OSTETRICA / PEDAGOGISTA / PEDIATRA / FISIOTERAPISTA / PSICOLOGO	27,00
210.42	CORSO POST-PARTUM -	B C	B.12 C.06	100	S	6	ASSISTENTE SANITARIO / INFERMIERE PEDIATRICO / OSTETRICA / PEDAGOGISTA / PSICOLOGO / PSICOMOTRICISTA / TERAPISTA	89,50
210.43	CONSULENZA DI PRONTO SOCCORSO EMOZIONALE -	C	C.06	999	N	0	OSTETRICA, INFERMIERE, ASSISTENTE SANITARIO, PSICOLOGO	66,30
210.44	APPLICAZIONI MANUALI IN GRAVIDANZA E NEL POST-PARTUM -	B	B.09 B.12	999	N	0	OSTETRICA / FISIOTERAPISTA	32,00
210.45	TELEFONATA SIGNIFICATIVA	D	D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.08 D.09	020	N	0	PSICOLOGO / PSICOTERAPEUTA / PEDAGOGISTA / CONSULENTE FAMILIARE / ASSISTENTE SOCIALE / OSTETRICA	31,70
210.46	INCONTRO NELLE SCUOLE - Per seduta. La tariffa comprende l'organizzazione e la gestione dell'incontro	C	C.02 C.03 C.07 C.08	100	N	0	Tutte le figure professionali (tranne lo psicologo / psicoterapeuta)	83,10

210.47	INTERVENTO DELLO PSICOLOGO NELLE SCUOLE -	D	D.01 D.03 D.04 D.05 D.06 D.08 D.09	100	N	0	PSICOLOGO / PSICOTERAPEUTA	122,00
210.48	INCONTRI IN ETA' POST FERTILE -	C D	A.08 C.02 C.05 C.07 D.05 D.09	100	S	fino a 10	MEDICO GINECOLOGO / PSICOLOGO / PSICOTERAPEUTA / TERAPISTA	66,60
210.49	INCONTRI DI SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ -	D	D.02 D.03 D.04	100	S	fino a 10	ASSISTENTE SOCIALE / AVVOCATO / EDUCATORE / OSTETRICA / PEDAGOGISTA / PEDIATRA / PSICOLOGO / PSICOTERAPEUTA / TERAPISTA	59,00
210.50	INCONTRI PER NEONATI E BAMBINI FINO A 3 ANNI -	B C	B.13 C.02 C.06	100	S	fino a 10	FISIOTERAPISTA / OSTETRICA / PSICOLOGO / PSICOMOTRICISTA / PSICOTERAPEUTA / PEDIATRA / PEDAGOGISTA / ASSISTENTE SOCIALE	56,80
210.51	INCONTRI PER BAMBINI -	B C D	B.13 C.02 D.01 D.04 D.06 D.08	100	S	fino a 10	EDUCATORE / PEDAGOGISTA / PSICOLOGO / PSICOTERAPEUTA / TERAPISTA / ASSISTENTE SOCIALE / OSTETRICA / PSICOMOTRICISTA / MEDICO	55,50

210.52	INCONTRI PER ADOLESCENTI -	C D	C.02 C.03 C.07 C.08 D.01 D.02 D.03 D.04 D.06 D.08	100	S	fino a 10	EDUCATORE / PEDAGOGI- STA / PSICO- LOGO / PSI- COTERAPEU- TA / TERAPI- STA / NUTRI- ZIONISTA / ASSISTENTE SOCIALE / AVVOCATO / MEDICO	59,00
210.53	INCONTRI PER ACCOMPAGNAMENTO GENITORI ANZIANI	D	D.03 D.09	100	S	fino a 10	EDUCATORE / PSICOLOGO / PSICOTERA- PEUTA / TE- RAPISTA / ASSISTENTE SOCIALE / MEDICO	59,30
210.54	INCONTRI DI SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA -	D	D.03 D.04 D.06 D.09	100	S	fino a 10	EDUCATORE / PEDAGOGI- STA / PSICO- LOGO / PSI- COTERAPEU- TA / ASSI- STENTE SO- CIALE / AV- VOCATO	58,00
210.55	EDUCAZIONE ALIMENTARE -	A B C	A.08 B.12 C.02 C.05	100	S	fino a 10	PSICOLOGO / PSICOTERA- PEUTA / OSTETRICA / TERAPISTA / NUTRIZIONI- STA / DIETI- STA / MEDI- CO	59,30
210.56	INCONTRI PER DONNE -	A B C D	A.01 A.11 B.03 B.08 C.02 C.03 C.07 C.08 D.05	100	S	fino a 10	PSICOLOGO / PSICOTERA- PEUTA / OSTETRICA / TERAPISTA / ASSISTENTE SOCIALE / MEDICO	59,30

210.57	INCONTRI DI RILASSAMENTO E GESTIONE DEL RESPIRO -	D	D.09	100	S	fino a 10	PSICOLOGO / PSICOTERAPEUTA / OSTETRICA / TERAPISTA / PEDAGOGISTA / EDUCATORE	52,70
210.58	CORSI RESIDENZIALI	A B C D	A.08 B.11 C.01 C.02 C.03 C.04 C.05 C.06 C.07 C.08 C.09 D.01 D.02 D.03 D.04 D.05 D.06 D.07 D.08 D.09	100	S	massimo 4	PSICOLOGO / PSICOTERAPEUTA / OSTETRICA / TERAPISTA / PEDAGOGISTA / EDUCATORE	210,90
210.59	INCONTRI PER ADULTI E APERTI A TUTTI	C D	C.07 C.08 D.09	100	S	fino a 10	PSICOLOGO / PSICOTERAPEUTA / OSTETRICA / TERAPISTA / MEDICO	62,20

ALLEGATO 8: BIBLIOGRAFIA

- Decreto Ministeriale 07/08/2023, *“Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza riabilitativa (SIAR) – PNRR M6C2 Investimento 1.3.2. Sub investimento 1.3.2.2.1”*;
- Ministero della Salute (Agosto 2023), *“SICOF - Specifiche funzionali del sistema informativo consultori familiari - versione 1.0*
- Ministero della Salute (Ottobre 2023), *“SICOF - Specifiche funzionali del sistema informativo consultori familiari - versione 2.0*