AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL

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 16.03.2026

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 99
ALLEGATO 5: STRUTTURA XML 104
ALLEGATO 6: TERMINI DI INVIO 109
ALLEGATO 7: TABELLE DI DOMINIO 110
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) 110
Tab 2: Elenco Consultori Familiari della Provincia di Bolzano per codici STS11: DA AGGIORNARE CON NUOVE STRUTTURE APPENA DEFINITE 115
Tab 3: Codifica aree 116
Tab 4: Codifica aree e sotto-aree prestazioni 117
Tab 5: codifica tipologie prestazioni 119
Tab 6: Matrice di controllo per le tipologie di aree di prestazioni 121
Tab 7. Elenco delle prestazioni contenute nel nomenclatore tariffario sperimentale dei consultori familiari e transcodifica con vecchi codici e associazione a area e sottoarea 122
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 146

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
2.8	12.03.2026	Modifica campo REG_RES
2.9	30.09.2026	Aggiunta campi allegato 3 Correzione come campo pres_spa

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:
a) caratteristiche dell'assistito all'accesso al consultorio;
b) codice individuale dell'assistito;
c) 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 SICOF 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 calco-

lo 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 vengo 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 estera[1]) 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 (coppie, 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~~ ISTAT delle Nazioni. Inserire il codice 999 se il dato è mancante.
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 = 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.*~~

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 (coppie, 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'assiti-to/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 del 26.11.2024, n. 1070).
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_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. 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 integrazioni. ~~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**	**~~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.
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/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

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/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
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*	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	**PRES_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 D_INIZIO_INIZIATIVA≥DATA_INCONTRO

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 monoprofessionale 2. Prestazione/azione con erogazione multiprofessionale

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/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
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/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

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/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*	Verifica valore compreso nel nomenclatore provinciale consultori (vedi allegato 7 tab. 1)
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 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** *fino al 28.2.25*	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 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 (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**	**~~5~~7**	**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 Sanita-rio/Azienda Sanitaria di resi-denza 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 Sanita-rio/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 Sanita-rio/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 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**	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/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

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/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

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 ≤ N ≤ 999
60	**IMP_TARI** Importo Tariffa	**N**	**8**	**OBB**	Obbligatorietà 0,00 ≤ N ≤ 99999,99

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
61	**TIPO_FINANZ** Tipo finanziamento	**AN**	**1**	**OBB** *fino al 28.2.25*	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** *fino al 28.2.25* 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
68	**ID_INIZIATIVA** Identificativo Iniziativa	**N**	**7**	**OBB**	**Il campo deve essere valorizzato con un numero progressivo intero** se prestazione di gruppo

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
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 Sanita-rio/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.
40	**MANDATO** Mandato unità giudiziaria	**N**	**1**	**OBB**	**Obbligatorietà** 1. Presente 2. Assente 9. Dato mancante

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
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**	
76	**NR_FEMMINE** N° utenti femmine	**N**	**3**	**FAC**	

Nr.	DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE			CONTROLLI
		TIPO VAR	LUNG	TIPO OB-BLIGO	
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/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

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/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

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**	**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 ≤ 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 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**	**Identificatico 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	**PRES_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**
85	**STATUS_MDS**	Accoglimento del record negli archivi del NSIS	**AN**	**1**	**Variabile di controllo con incrocio altre banche dati**		
86	**DATA_SPED_MDS**	Data dell'invio del record al NSIS	**D**	**10**	**Variabile di controllo con incrocio altre banche dati**		

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:
PRES_SPA =2

1. TRACCIATO SICOF_CONTATTO

ID	Nome Campo	Obbligatorietà	Tipo	Lunghez-za	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	~~5~~ 7	ID_ACC	
4	Identificativo Nucleo	NBB	N	~~5~~ 7	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	Lunghez-za	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	Convertire Codice ISTAT in codice Alpha3
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 SICOF_ PREGRP

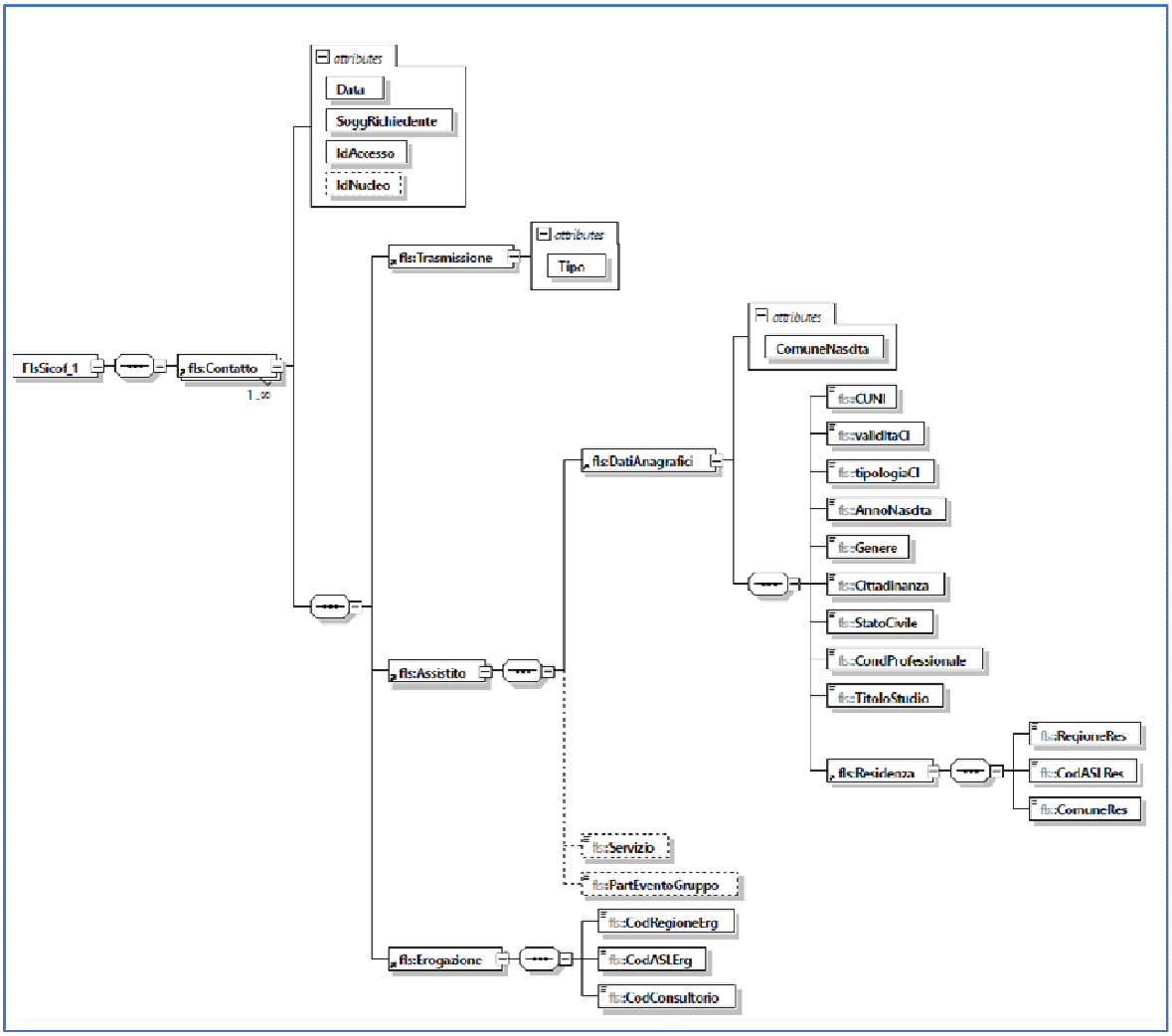
ID MdS	Nome Campo	Obbligatorietà	Tipo	Lunghezza	Nome Campo PROV	Transcodifica
1	Regione di erogazione	OBB	AN	3	REG_ERO	
2	ASL di erogazione	OBB	AN	3	ASL_ERO	101 = 201 102 = 201 103 = 201 104 = 201
3	Codice Consultorio di erogazione	OBB	AN	6	CO_STS11	
4	ASL di erogazione	OBB	AN	3	ASL_ERO	101 = 201 102 = 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
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	

ID MdS	Nome Campo	Obbligatorietà	Tipo	Lunghezza	Nome Campo PROV	Transcodifica
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>
```

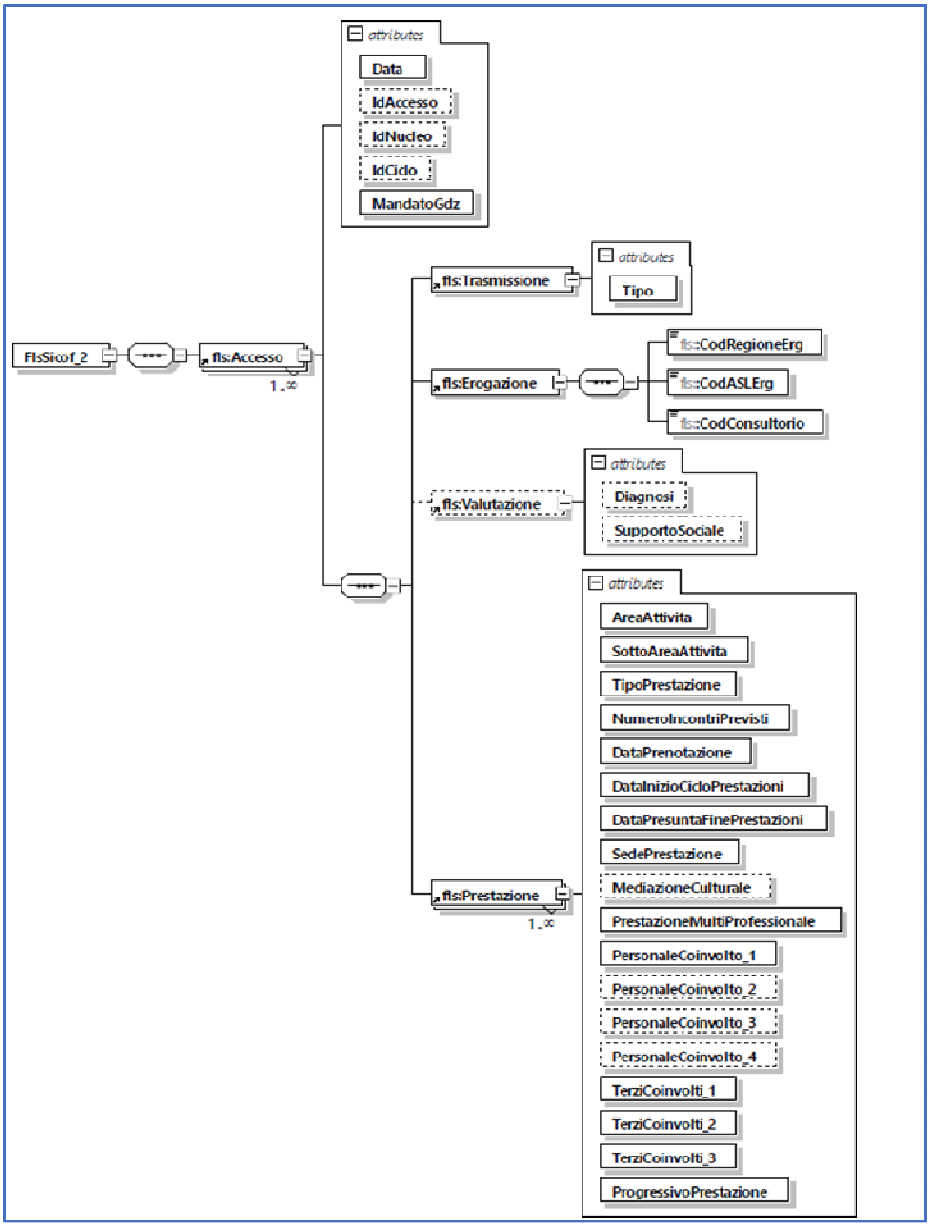


TRACCIATO SICOF_PREIND XML (ESEMPIO)

<?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-

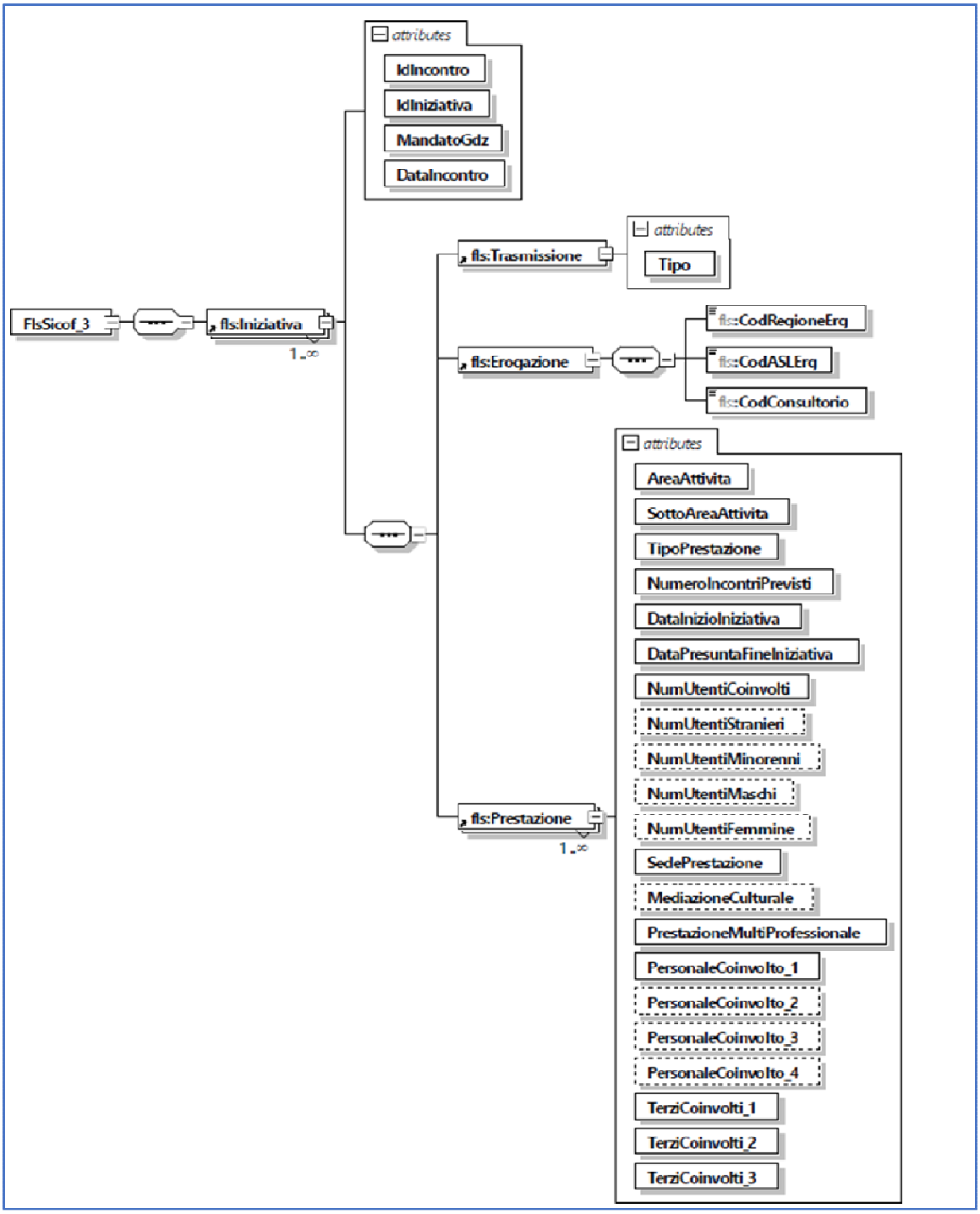
Coinvolto_3="9" PersonaleCoinvolto_4="9" TerziCoinvolti_1="99" TerziCoinvolti_2="99" TerziCoinvolti_3="1" ProgressivoPrestazione="99"/>
</Accesso>

</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>
```


attributes
IdIncontro
IdIniziativa
MandatoGdz
DataIncontro
FlsSicof_3
fls:Iniziativa
1..∞
fls:Trasmissione
attributes
Tipo
fls:Erogazione
fls:CodRegioneErg
fls:CodASLErg
fls:CodConsultorio
attributes
AreaAttivita
SottoAreaAttivita
TipoPrestazione
NumeroIncontriPrevisti
DataInizioIniziativa
DataPresuntaFineIniziativa
NumUtentiCoinvolti
NumUtentiStranieri
NumUtentiMinorenni
NumUtentiMaschi
NumUtentiFemmine
SedePrestazione
MediazioneCulturale
PrestazioneMultiProfessionale
PersonaleCoinvolto_1
PersonaleCoinvolto_2
PersonaleCoinvolto_3
PersonaleCoinvolto_4
TerziCoinvolti_1
TerziCoinvolti_2
TerziCoinvolti_3
fls:Prestazione
1..∞

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 sul campo:
  - *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.***

Semestre 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	Sotto-area	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), Consulenza ginecologica (800.63), Consulenza sanitaria breve del ginecologo (800.631), Consulenza 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 COPPIA/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 COPPIA/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 INTRAU-TERINO	A	A.03	52	NO	0	seduta
M	**800.69**	**210.55**	RIEDUCAZIONE PELVICA - Se-duta 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 AL-LA 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 FER-TILE - 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 - Se-duta 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 - Se-duta 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 sedu-ta. 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 preparto. 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	
	800674			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 consultori familiari e transcodifica con vecchi codici e associazione a area e sottoarea (VALIDA DAL 1.3.25)

COD_PRES	DESCRIZIONE PRESTAZIONE CONSULTORIO	AREA	SOTTO AREA	CODICE PRESTAZIONE SICOF	CICLO	SEDUTE PER CICLO	FIGURA PROFESSIONALE	TARIFFA
210.01	PRIMO ACCESSO AL CONSULTORIO	tutte	tutte	010	N	0	Tutte le figure professionali	31,20
210.02	VISITA GUIDATA NEL CONSULTORIO - Per seduta	C	C.02	010	N	0	Tutte le figure professionali	83,10
210.03	INCONTRI O COLLOQUI CON ALTRI SOGGETTI DELLA RETE	F	F.01 F.02 F.03 F.04	999	N	0	Tutte le figure professionali	47,65

210.04	CONSULENZA DELL'ASSISTEN-TE 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	PEDAGOGI-STA	51,20
210.06	CONSULENZA SOCIALE SU AL-TRE PROBLE-MATICHE - Per seduta. Incluso: aggiornamento della cartella clinica	B	B.06 B.13	020	N	0	CONSULENTE FAMILIARE / EDUCATORE SOCIO-PEDAGOGICO / PSICOMO-TRICISTA	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 COMPLESSA AI SOGGETTI DELLA RETE	F	F.01 F.02 F.03 F.04	063 093 999	NO	0	Tutte le figure professionali	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 / OSTERTICA / 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 / PEDAGOGISTA / PSICOLOGO / PSICOTERAPEUTA / TERAPISTA / NUTRIZIONISTA / 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 / PSICOTERAPEUTA / TERAPISTA / 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 / PEDAGOGISTA / PSICOLOGO / PSICOTERAPEUTA / ASSISTENTE SOCIALE / AVVOCATO	58,00
210.55	EDUCAZIONE ALIMENTARE -	A B C	A.08 B.12 C.02 C.05	100	S	fino a 10	PSICOLOGO / PSICOTERAPEUTA / OSTETRICA / TERAPISTA / NUTRIZIONISTA / DIETISTA / MEDICO	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 / PSICOTERAPEUTA / 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 / PSICOTERA-PEUTA / OSTETRICA / TERAPISTA / PEDAGOGI-STA / EDUCA-TORE	52,70
210.58	CORSI RESI-DENZIALI	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 / PSICOTERA-PEUTA / OSTETRICA / TERAPISTA / PEDAGOGI-STA / EDUCA-TORE	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 / PSICOTERA-PEUTA / 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*