

**BANDO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA FORNITURA DI UN SOFTWARE
DI GESTIONE DEI DATI TRASMESSI AI DISTRETTI SANITARI DAI MEDICI DI
ASSISTENZA PRIMARIA AI SENSI DELLA NORMATIVA REGIONALE VIGENTE (DCA
149/2014) - CIG ZE814B95D3**

1. Oggetto della manifestazione di interesse

L'Asl di Salerno intende acquisire un programma informatico per il controllo e la gestione dei dati che vengono consegnati ai distretti dai Medici di Assistenza primaria secondo i tracciati record di cui all'allegato B 1) scheda di fragilità; 2) scheda diabetologica; 3) scheda ipertensione; 4) scheda malattie respiratorie.

Ciò avverrà mediante il criterio di aggiudicazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa ai sensi dell'art. 125 del D.Lgs n. 163/2006 e ss.mm.ii., e del Regolamento sulle spese in economia dell'Economato Centrale.

In base ai principi di trasparenza, rotazione, concorrenza, non discriminazione, imparzialità, la presente preventiva indagine di mercato è rivolta ad acquisire manifestazioni di interesse da parte di operatori economici - come individuati dall'art. 34, del D.Lgs. 163/06 e s.m.i. - in possesso dei requisiti generali e speciali idonei a fornire quanto richiesto. L'indagine costituisce sollecitazione a presentare una manifestazione di interesse e non un invito ad offrire né, tantomeno, rappresenta un'offerta al pubblico ai sensi dell'art. 1336 c.c. Pertanto, l'ASL di Salerno potrà interrompere o sospendere la procedura senza che i soggetti interessati possano avanzare nei confronti dell'ASL stessa alcuna pretesa a titolo risarcitorio o di indennizzo.

2. Ente promotore

ASL Salerno, con sede in Salerno alla via Nizza n. 146. - Responsabile Unico del Procedimento per la gestione della gara la sig.ra Rosaria Longanella Responsabile Ufficio Economato Distretto 66 - Salerno.

3. Obiettivo della manifestazione di interesse

Più in dettaglio la fornitura riguarda un software di controllo e gestione dei dati forniti ai Distretti sanitari dai Medici di Assistenza Primaria secondo quanto previsto dal vigente AIR/2013 e smi.

Tale software dovrà avere le caratteristiche di seguito indicate e dovrà essere conforme a quanto previsto dalla normativa vigente.

- 1) Controllo dei dati forniti dai MAP attraverso la verifica della congruità e della completezza dei tracciati, sia per ciò che concerne la lunghezza di ogni singolo record, sia per ciò che concerne il tipo di caratteri ammissibili in ogni campo dei record stessi (secondo le specifiche indicate nei tracciati);
- 2) Elaborazione di un attestato riepilogativo per il singolo Medico relativamente alle caratteristiche dei dati presentati ed alla remunerazione economica spettante;
- 3) Creazione di un database distrettuale per le problematiche di cui ai differenti tracciati record con possibilità di elaborazione di reportistica personalizzata;
- 4) La gestione informatica delle procedure di cui ai punti precedenti dovrà essere possibile sia via web che da terminale in postazioni fisse, con possibilità di parametrizzazione diversificata in relazione a specifiche esigenze organizzative e individuali;
- 5) Possibilità di importazione telematica dei dati ed interfaccia con dati di altri settori dell'ASL, nello specifico della procedura anagrafe sanitaria e di pagamento delle categorie convenzionate;
- 6) Importazione e trasferimento di dati da e verso altre piattaforme informatiche e salvataggio in formati richiesti;
- 7) Estrazione di dati a fini statistici e per altre attività di report verso la Regione Campania.

Il presente provvedimento è stato pubblicato
all'albo pretorio in data **27 OTT. 2015**

Dr.ssa *Eliana* AMBROSIO

4. Requisiti di ammissibilità dei partecipanti alla manifestazione di interesse

Gli operatori economici devono essere in possesso dei requisiti minimi indicati nell'allegato "Modello: Manifestazione di interesse". I soggetti con sede in altri Stati sono ammessi alle condizioni previste dall'art. 47 del sopra citato D.Lgs 163/06 e s.m.i. e dall'art. 107 del D.P.R. 207/2012 e s.m.i., mediante la produzione di documentazione equipollente secondo le normative vigenti nei rispettivi Stati. In ogni caso, i documenti presentati dovranno essere redatti in lingua italiana o in quella originale purché accompagnati da traduzione asseverata.

Gli operatori economici interessati a manifestare il proprio interesse possono presentare manifestazione di interesse con la documentazione sotto richiesta ed in possesso dei requisiti:

1. di idoneità di cui all'art. 38 del D.Lgs.163/2006;
2. di capacità economica finanziaria ai sensi dell'art.41 comma 1 lett.b) D.Lgs.n.163/2006;
3. di capacità professionale ai sensi dell'art.42 comma 1 lett. a) del D.Lgs.163/2006; in particolare l'operatore deve indicare l'elenco dei principali servizi analoghi effettuati nell'ultimo triennio (2012/2013/2014);
4. di essere in regola secondo la vigente normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro (D.lgs 81/08).

I requisiti devono essere posseduti ed oggetto di dichiarazione che deve essere resa secondo il modello Allegato A.

5. Valore del Servizio - Valutazione ed aggiudicazione

La valutazione delle istanze di partecipazione sarà effettuata da una Commissione composta da personale dell'ASL Salerno, che verrà nominata subito dopo la scadenza del presente bando.

Il valore stimato per l'esecuzione del servizio dovrà essere contenuto al di sotto della soglia di € 15.000,00 oltre IVA.

L'eventuale aggiudicazione del servizio sarà effettuata con affidamento diretto ai sensi dell'art.125 del D.Lgs.163/2006, comma 11 ultimo capoverso.

L'operatore con cui convenzionarsi sarà individuato ad insindacabile giudizio dell'Amministrazione, tenendo conto dei seguenti criteri (in ordine di priorità):

1. esperienza documentata nel settore sviluppo software, come da dichiarazione resa nell'allegato A – punti max 60 (sessanta) di cui max 30 (trenta) punti per gli anni di esperienza nel settore sviluppo software gestione database e max 30 (trenta) punti per lo sviluppo di software di gestione e controllo dati sanitari;
2. prezzo offerto – punti max 40.

In caso di parità di punteggio si procederà mediante sorteggio.

6. Modalità di elaborazione e di presentazione della proposta-offerta

L'Amministrazione si riserva tramite sopralluoghi presso altre AA.SS.LL. di valutare i risultati di forniture analoghe, praticità di utilizzo del software, esperienze e giudizi dei colleghi di analoghi uffici che utilizzano il software offerto.

I soggetti interessati e in possesso dei requisiti dovranno far pervenire la propria manifestazione di interesse entro e non oltre le ore 12:00 del quindicesimo giorno dalla pubblicazione del bando sul sito web istituzionale (l'orario è riferito a quelle manifestazioni di interesse che verranno consegnate a mano presso il protocollo generale e a quelle pervenute per posta, corriere ecc.). La manifestazione dovrà essere presentata e redatta sul modulo predisposto (allegato A del presente Avviso di seguito riportato). **Sulla busta dovrà essere indicata la seguente dicitura: "Manifestazione di interesse per l'affidamento diretto della fornitura di un software di gestione dei dati trasmessi ai Distretti sanitari dai Medici di assistenza primaria"**

La proposta deve essere indirizzata a: ASL di SALERNO - Direttore Distretto Sanitario 66 di Salerno – via Vernieri - Salerno e fatta pervenire con:

- raccomandata a mezzo posta ordinaria o corriere espresso;

– consegna a mano al Protocollo Distretto 66 – Salerno via Vernieri 4° piano nei seguenti giorni e orari: dal lunedì al venerdì ore 8.30-13.00; il lunedì ore 15.30-17.00. Farà fede la data del timbro del protocollo del Distretto 66 – Salerno.

L'ASL declina ogni responsabilità relativa a disguidi postali o di qualunque altra natura che dovessero impedire il recapito entro il termine stabilito;

7. Esito della manifestazione di interesse

Il soggetto primo classificato della manifestazione di interesse acquisisce il diritto a stipulare specifica convenzione con l'ASL Salerno, che verrà approvata con successivo atto.

8. Quesiti per richiesta chiarimenti e sopralluoghi

Eventuali quesiti potranno essere rivolti direttamente al Responsabile del Procedimento: sig.ra Rosaria Longanella tel. 089 694352 fax 089 221975 e-mail ds66.direzione@aslsalerno.it.

9. Tutela dei dati personali

Con riferimento al trattamento dei dati personali come definito e normato dal “codice in materia di protezione dei dati personali” approvato con D.Lgs. n. 196/2003, con la partecipazione alla manifestazione di interesse il concorrente:

- esprime il proprio assenso al trattamento dei dati personali, nei modi e nei termini di cui al citato D.Lgs. n. 196/2003, da parte dell'ASL Salerno;
- dichiara di essere conscio che i dati conferiti saranno accessibili a chiunque vi abbia interesse per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti ai sensi della legge n. 241/1990 e s.m.i.;
- dichiara di essere a conoscenza che i dati conferiti potranno essere cancellati solo ed esclusivamente in conformità con la vigente normativa regolamentante la tenuta;
- dichiara di essere stato reso edotto che il titolare del trattamento dei dati è l'ASL Salerno, fermo restando che, ove per fini istituzionali ovvero connessi al procedimento, i dati vengano comunicati a soggetti terzi, l'Ente non potrà essere ritenuto responsabile dell'utilizzo e/o della diffusione dei dati da parte di detti soggetti.

10. Pubblicazione del bando

Il presente bando viene pubblicato all'Albo Pretorio e sul sito internet dell'ASL Salerno all'indirizzo www.aslsalerno.it.

L'Amministrazione si riserva, eventualmente, di dare diffusione al presente bando anche con ulteriori forme ritenute opportune per favorire la sua massima conoscenza tra i potenziali soggetti interessati.

11. Norme finali

La partecipazione alla manifestazione di interesse implica l'accettazione da parte dei concorrenti di tutte le condizioni e le modalità stabilite negli atti della medesima manifestazione. Per quanto non espressamente previsto dal presente bando si fa riferimento alle norme dettate dalla legislazione in materia.

L'ASL Salerno si riserva di verificare la veridicità delle autodichiarazioni rese dall'aggiudicatario.

I candidati che, in qualsiasi forma, presentano domanda di partecipazione alla procedura, non possono presentarne altra né da solo né congiunta. La violazione di detta prescrizione comporta l'esclusione dalla procedura dei candidati stessi e di tutti quelli collegati.

Il presente bando di manifestazione di interesse costituisce un invito a manifestare interesse, e non un invito ad offrire, né un'offerta al pubblico ai sensi dell'art. 1336 del Codice Civile. La manifestazione di interesse non comporta per l'ASL Salerno alcun obbligo nei confronti dei soggetti partecipanti.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
AVV. ANTONIO POSTIGLIONE

ALLEGATO A e B



ALL'ASL DI SALERNO
Direttore distretto 66 - Salerno
Via Nizza , 146
84124 Salerno

OGGETTO: INDAGINE DI MERCATO PER L'AFFIDAMENTO DIRETTO DELLA FORNITURA
DI UN SOFTWARE DI GESTIONE DEI DATI TRASMESSI AI DISTRETTI SANITARI DAI
MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA AI SENSI DELLA NORMATIVA REGIONALE VIGENTE
(DCA 149/2014) - CIG ZE814B95D3

Il sottoscritto _____ (nato a _____ il
_____ e residente in _____ via
_____ n. _____) in qualità di legale rappresentante o procuratore
legale (allegare in questo caso atto di procura in originale)
di _____ denominata
_____, con sede legale in
_____ via
n. _____ telefono _____, n. fax _____ indirizzo e-
mail _____

codice fiscale _____ partita
IVA _____

e sede operativa (indicare solo se diversa da quella legale) in _____ via
_____ n. _____ nr. Telefono _____ nr. Fax _____

indirizzo e-mail _____ ai sensi degli
articoli 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del
medesimo DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

A) di essere iscritta nel Registro delle Imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e
Agricoltura di _____ n° iscrizione _____ data _____ e fornisce i dati
sottostanti rilevabili da detta iscrizione:

_____ (indicare nominativo - con data di nascita,
residenza e qualifica - dei titolari, soci, direttori tecnici, soci accomandatari e tutti i soggetti muniti di
poteri di rappresentanza, compresi procuratori, institori, ecc...).

B) Di possedere i requisiti di ordine generale di cui all'art. 38 del D.Lgs. 12.4.2006 n.163;

C) Di aver preso cognizione e di accettare la natura della gestione nonché di tutte le circostanze
generali e particolari che possono influire sulla sua esecuzione;

D) Di aver preso conoscenza e di aver tenuto conto nella formulazione dell'offerta delle condizioni
contrattuali e dei connessi oneri nonché degli obblighi e degli oneri relativi alle disposizioni in materia
di sicurezza sui luoghi di lavoro (D.l.s 81/08), di assicurazione, di condizioni di lavoro, di previdenza e
assistenza in vigore;

E) Di avere preso conoscenza di tutte le circostanze generali, particolari e locali, nessuna esclusa ed
eccettuata, che possono avere influito o influire sia sulla esecuzione della gestione, sia sulla
determinazione della propria offerta e di giudicare, pertanto, remunerativa l'offerta economica
presentata;

F) Di essere iscritto all'Albo di _____ nell'anno _____ al n. _____

DICHIARA INOLTRE

- 1) Di essere in possesso della capacità economica finanziaria ai sensi dell'art. 41 comma 1 lett.b) del D.Lgs.n.163/2006;
- 2) Di essere in possesso della capacità professionale ai sensi dell'art. 42 comma 1 lett. a) e lett. e) del D.Lgs.n.163/2006 e di cui all'avviso . In particolare l'operatore deve aver svolto con buon esito dell'ultimo triennio (2010/2011/2012) servizi analoghi a quelli oggetto della fornitura.
Indicare destinatari del servizio, oggetto, date di svolgimento, importo complessivo del servizio:

Indicare i titoli professionali e gli eventuali attestati in ordine all'esperienza maturata in servizi analoghi, dei prestatori del servizio e dei soggetti concretamente responsabili della prestazione:

DICHIARA ALTRESI'

- 1) di avere attualmente un organico medio annuo di n. _____ dipendenti (compresi impiegati amministrativi, tecnici e operai);
- 2) che per le lavorazioni da eseguire per l'ASL di Salerno sarà impegnato un organico complessivo di n. _____ unità lavorative di cui dipendenti _____;
- 3) che al personale dipendente è applicato il seguente C.C.N.L. _____;
- 4) che l'associazione è in regola con gli obblighi di natura contributiva ed assicurativa nei confronti dei propri dipendenti e che è titolare delle seguenti posizioni:
 - Codice cliente INAIL _____ sede di _____
 - Matricola INPS _____ sede di _____
- 5) che l'impresa è in possesso dei requisiti di idoneità tecnico professionale di cui all'art.26 del D.Lgs. 9.4.2008 n.81 (come integrato dal D. Lgs. 3.8.2009 n.106) ed all'art.16 della L.R. 13.7.2007 n. 38 con successive modifiche ed integrazioni.

SOLO IN CASO DI PARTECIPAZIONE COME MANDATARIO DI ATI TRA IMPRESE:

- Di impegnarsi a costituirsi in Associazione Temporanea di imprese (ATI) obbligandosi a quanto indicato all'art. 37 comma 8 del codice degli appalti.

DICHIARA INFINE

DI OFFRIRE, rispetto all'importo di euro _____ (importo base annuale della fornitura, IL SEGUENTE PREZZO:

_____ (in cifre)
_____ (in lettere)

Incluso iva al _____ %

A tal fine dichiara :

- 1) che l'offerta tiene conto degli oneri diretti relativi al personale impiegato, contributi, oneri differiti, spese generali, costi per la sicurezza, copertura assicurativa, spostamenti, attività di progettazione e programmazione, e quant'altro richiesto per la gestione del servizio.
- 2) Inoltre dichiara che il prezzo offerto garantisce il rispetto dei costi contrattuali previsti dalla normativa di settore per il personale impiegato.

E chiede che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della fornitura in esame sia trasmessa mediante posta elettronica con indirizzo e-mail _____ o, in subordine, via fax al numero _____;

Dichiara inoltre:

- di impegnarsi all'osservanza delle disposizioni di cui all'art. 3 della L. 13.08.2010 n. 136 s.m.i. recante le norme sulla tracciabilità dei flussi finanziari;
- di essere informato, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che titolare del trattamento per l'esercizio dei suoi diritti è l'Asl di Salerno.



Data _____ Firma _____
(unire documento di riconoscimento del firmatario)


SCHEDA ANAGRAFICA

DESCRIZIONE CAMPO	TIPO	LUNGHEZZA	DA POSIZ.	A POSIZ.	RICHIESTO	Note
Regione di riferimento	AN	3	1	3	OBB	Riempire con "150"
Azienda ASL inviante	AN	3	4	6	OBB	Riempire con "204"
Codice fiscale Medico	AN	16	7	22	OBB	
Distretto di appartenenza del Medico	AN	5	23	27	OBB	Codice Distretto ASL
Cognome dell'assistito	AN	40	28	67	OBB	
Nome dell'assistito	AN	40	68	107	OBB	
Data di nascita dell'assistito	N	8	108	115	OBB	GGMMAAAA
Sesso dell'assistito	N	1	116	116	OBB	1 = Maschio, 2 = Femmina
Istat Comune di Nascita Assistito	N	6	117	122	OBB	
Codice fiscale assistito o codice STP o ENI	AN	16	123	138	OBB	
Campo vuoto	AN	93	139	231	OSP	
Istat Comune di Residenza Assistito	AN	6	232	237	OBB	
Indirizzo di Residenza	AN	50	238	287	OBB	
* Periodo di Riferimento	N	6	288	293	OBB	AAAAMM
* Codice medico prescrittore	AN	6	294	299	OBB	999999
* Numero Scheda	Numerico	8	300	307	OBB	Inserire un progressivo, gestito dal medico, univoco per l'anno di riferimento

* Identificativo scheda

SCHEDA DIABETOLOGICA

DESCRIZIONE CAMPO		Tipo	Posizione	Lunghezza	CODICE	NOTE
BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA		N	n. 3 del	12 Gennaio	2015	Indicare 2 per PARTE I  Atti della Regione re;
Fumo		N	n. 3 del	12 Gennaio	2015	Indicare 2 per PARTE I  Atti della Regione re;
Tipo diabete		N	2	1	OBB	Indicare 1 per diabete di tipo 1; 2 per diabete di tipo 2; 3 per diabete secondario ad eziologia nota; 0=non registrato
Gestione		N	3	1	OBB	Indicare: (0=non registrato) 1 se seguito da CAD Pubblico; 2 se seguito da CAD Privato; 3 se seguito da MMG; 4 se seguito da CAD Pubblico-MMG; 5 se seguito da CAD Privato-MMG; 6 se seguito in ASL diversa da Napoli 1
Terapia 1 farmaco		N	4	1	OBB	Indicare: (0=non registrato) 1 se SOLO DIETA; 2 se TERAPIA INSULINICA; 3 se INCRETINE 4 se METF.; 5 se SULF; 6 se GLINIDI; 7 se ACARBOSE; 8 se GLITAZONI; 9 se ASS. PRECOST.
Terapia 2 farmaco		N	5	1	OBB	Indicare: (0=non registrato) 1 se SOLO DIETA; 2 se TERAPIA INSULINICA; 3 se INCRETINE 4 se METF.; 5 se SULF; 6 se GLINIDI; 7 se ACARBOSE; 8 se GLITAZONI; 9 se ASS. PRECOST.
Iperensione Arteriosa		N	6	1	OBB	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente
Dislipidemie		N	6	1	OBB	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente
Cardiopatia Ischemica		N	7	1	OBB	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente
Vasculopatia Cerebrale		N	8	1	OBB	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente
Arteriopatia periferica		N	9	1	OBB	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente
Retinopatia Diabetica		N	10	1	OBB	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente
Nefropatia Diabetica		N	11	1	OBB	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente
Neuropatia Diabetica		N	12	1	OBB	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente
Piede Diabetico		N	13	1	OBB	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente
Distrofie Cutanee		N	14	1	OBB	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente
Statine		N	15	1	OBB	Indicare: missing=non registrato 1 se Assente; 2 se Presente

Antiper	BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA	N	16 n. 3 del	1 12 Gennaio 2015	OBB	Indicare:
						missing=non registrato
						PARTE I  Atti della Regione
Antiaggreganti	N	17	1	OBB	Indicare:	
					missing=non registrato	
					1 se Assente; 2 se Presente	
Altro	AN	18	79	OBB	Campo a testo libero per indicare eventuali problematiche non contemplate.	
Dosaggio HB GLICATA	N	97	4	OBB	Indicare il valore registrato in cartella clinica nel semestre precedente la data di compilazione della scheda (Il valore va indicato con un decimale e la virgola con allineamento a destra es. 10,9 oppure 09,7).	
Data rilevamento Dosaggio HB GLICATA	N	101	8	OBB	Indicare la data di registrazione del dato precedente nel formato ggmmaaaa.	
LDL	N	109	3	OBB	Indicare il valore registrato in cartella clinica nel semestre precedente la data di compilazione della scheda (Il valore va indicato come intero a tre cifre es: 095 oppure 103).	
Data rilevamento LDL	N	112	8	OBB	Indicare la data di registrazione del dato precedente nel formato ggmmaaaa.	
Circ.Addominale in centimetri	N	120	3	OBB	Indicare il valore registrato in cartella clinica nel semestre precedente la data di compilazione della scheda (Il valore va indicato come intero a tre cifre arrotondato senza decimali es: 095 oppure 103).	
Data rilevamento circ add	N	123	8	OBB	Indicare la data di registrazione del dato precedente nel formato ggmmaaaa.	
Data Piano Terapeutico per Presidi	N	131	8	OBB	Indicare la data di rilascio del Piano terapeutico attivo nel formato ggmmaaaa.	
Data revisione Piano Terapeutico	N	139	8	NOBB	Indicare l'ultima data in caso di revisione del Piano terapeutico nel formato ggmmaaaa.	
* Periodo di Riferimento	N	147	6	OBB	AAAAMM	
* Codice medico prescrittore	AN	153	6	OBB	999999	
* Numero Scheda	N	159	8	OBB	Inserire un progressivo gestito dal medico, univoco per l'anno di riferimento.	

Identificativo scheda

SCHEDA FRAGILITA'

Descrizione campo	Tipo	posizione	Lungh.	Codice	Note
Il cittadino vive	N	1	1	OBB	1 - DA SOLO
					2 - PARENTI
					3 - BADANTE
					4 - SERVIZI SOCIALI
					5 - ASSISTITO
					6 - CONVIVENTE
					7 - VICINI
					9 - ALTRO
Fumo	N	2	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Alcol	N	3	1	OBB	1 - SI (SALTUARIO)
					2 - SI (MODERATO)
					3 - SI (ABUSO)
					4 - NO
Attività fisica continuativa	N	4	1	OBB	1 - SI 2 - NO
camminare per almeno 2 Km	N	5	1	OBB	1 - SI 2 - NO
nuotare	N	6	1	OBB	1 - SI 2 - NO
andare in bicicletta	N	7	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Altro	N	8	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Sensorio e comunicazione punteggio totale	N	10	2	OBB	DA 0 A 10 - NULL = 99
Mobilità (indice di Barthel)	N	12	2	OBB	DA 0 A 40 - NULL = 99
Situazione funzionale punteggio di Barthel	N	14	2	OBB	DA 0 A 60 - NULL = 99
Incontinenza urinaria	N	16	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Incontinenza fecale	N	17	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Altezza	N	18	3	OBB	IN CM
Peso	N	21	1	OBB	1 - NORMOPESO
					2 - SOVRAPPESO
					3 - OBESO
malattia cerebrovascolare	N	22	1	OBB	1 - SI 2 - NO
malattia cardiovascolare	N	23	1	OBB	1 - SI 2 - NO
broncopneumopatia cronica	N	24	1	OBB	1 - SI 2 - NO
malattia mentale	N	25	1	OBB	1 - SI 2 - NO
neoplasie	N	26	1	OBB	1 - SI 2 - NO
malattia dismetabolica	N	27	1	OBB	1 - SI 2 - NO
insufficienza renale cronica	N	28	1	OBB	1 - SI 2 - NO
insufficienza epatica	N	29	1	OBB	1 - SI 2 - NO
altra patologia	N	30	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Diuretici	N	31	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Betabloccanti	N	32	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Calcio-antagonisti	N	33	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Anticoagulanti, antiaggreganti	N	34	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Antidiabetici	N	35	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Antidislipidemici	N	36	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Antipsicotici	N	37	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Antidepressivi	N	38	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Antiepilettici	N	39	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Antiparkinsoniani	N	40	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Cortisonici	N	41	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Ormoni Tiroidei	N	42	1	OBB	1 - SI 2 - NO
Assistenza infermieristica	N	43	1	OBB	1 - NON NECESSITA DI ASSISTENZA
					2 - BASSA ASSISTENZA
					3 - ALTA ASSISTENZA
Condizioni sociali	N	44	1	OBB	1 - IDONEE 2 - NON IDONEE

* Periodo di riferimento	N	45	6	OBB	Formato AAAAMM
* Codice regionale prescrittore	N	51	6	OBB	999999
* Numero scheda	N	57	8	OBB	Inserire un progressivo, gestito dal medico univoco per l'anno di riferimento

* Identificativo scheda

DESCRIZIONE CAMPO	Tipo	Posizione	Lunghezza	CODICE	NOTE
Numerico	N	1	4	OBB	numero assistiti del medico
ICD9	AN	5	5	OBB	codice ICD9 revisione min 2002 categoria estesa senza punto sez.D; 99999=non registrato
Fumo	N	10	1	OBB	Indicare 2 per paziente non fumatore; 1 per paziente fumatore; 9 non registrato)
BMI	N	11	2	OBB	valore arrotondato all'unità (99 = non registrato)
PA più elevata registrata nel semestre	N	13	6	OBB	es: 170085 (sistolica prime 3 cifre diastolica seconde 3 cifre) 999999 = non registrato
PA più bassa registrata nel semestre	N	19	6	OBB	es: 170085 (sistolica prime 3 cifre diastolica seconde 3 cifre) 999999 = non registrato
LDL	N	25	3	OBB	Indicare: valore intero; 999 = non registrato
CREATININA	N	28	3	OBB	Indicare: valore con 1 decimale moltiplicato 10 es: 2,4=24 (0 = non registrato)
ECG nell'anno	N	31	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: si) = 1
ACCERTAMENTI	N	32	1	OBB	Indicare: 1 se ha effettuato nei 12 mesi precedenti almeno dosaggio di colesterolemia totale e HDL, trigliceridemia, creatininemia, potassiemia, glicemia, esame urine - 9 = NON EFFETTUATO
RCCV (ISS)	AN	33	3	OBB	indicare solo la parte decimale; in pratica moltiplicando per 1000 il valore percentuale 4,1%=041 (0 = dato non registrato)
RICOVERI NEI 6 Mesi preced.	N	36	1	OBB	Indicare: NUMERO - missing=non registrato
DIURETICO	N	37	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: si) = 1
CALCIOANTAGONISTA	N	38	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: si) = 1
BETABLOCCANTE	N	39	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: si) = 1
ALFABLOCCANTE	N	40	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: si) = 1
ACEINIBITORE	N	41	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: si) = 1
SARTANICO	N	42	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: si) = 1
CLONIDINA	N	43	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: si) = 1
ASS. ACEINIB+DIURETICO	N	44	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: si) = 1
ASS. SARTANICO+DIURETICO	N	45	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: si) = 1
STATINE	N	46	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: si) = 1
acc.cerebrovascolari maggiori nell'anno	N	47	1	OBB	Indicare: (diverso da missing: si) = 1
* Periodo di Riferimento	N	48	6	OBB	AAAAAMM
* Codice medico prescrittore	AN	54	6	OBB	999999
* Numero Scheda	N	60	8	OBB	Inserire un progressivo, gestito dal medico univoco per l'anno di riferimento

* Identificativo scheda

SCHEDA MALATTIE RESPIRATORIE (ICD-9 cod. 464.XX - 465.XX - 493.XX)

DESCRIZIONE CAMPO	TIPO	Posizione	Lunghezza	CODICE	NOTE
Assistiti	N	1	4	OBB	numero assistiti del medico
ICD9	AN	5	5	OBB	codice ICD9 revisione min 2002 categoria estesa senza punto sez.D; 0=non registrato
familiarita	N	10	1	OBB	registr.dato familiarità per asma rinite allergica, dermatite atopica. Indicare 1 se è stata registrata una familiarità positiva, 2 se è registrata una familiarità negativa; 0=missing
spirometria	N	11	1	OBB	Indicare 1 se è stata effettuata una spirometria nei 6 mesi precedenti la compilazione della scheda
registrazione FEV/PEF	N	12	1	OBB	indicare 1 se è stato registrato il dato FEV1 e PEF; 0=missing
Livello	N	13	1	OBB	livello di gravità di asma secondo linea guida GINA (indicare 1 - 2 - 3 - 4) 0=missing
ricoveri	N	14	2	OBB	indicare il numero di ricoveri nei 6 mesi precedenti la compilazione della scheda per malattie respiratorie
riacutizzazioni	N	16	2	OBB	N. di riacutizzazioni nel semestre precedente la compilazione della scheda
terapia	N	18	1	OBB	indicare 1 se in terapia con B2 agonisti al bisogno
					indicare 2 se in terapia solo con B2 agonisti long acting
					indicare 2 se in terapia con B2 agonisti al bisogno + Glucocorticoidi inalatori come farmaci di fondo
					indicare 3 se in terapia con Glucocorticoidi inalatori + B2 agonisti long acting
					indicare 4 se in terapia con B2 agonisti + atileucotrienici
					indicare 5 se in terapia con B2agonisti+ antileucotrienici + glucocorticoidi
					indicare 6 se ha fatto almeno un ciclo di antibioticotrapia nei 6 mesi precedenti la compilazione della scheda
					indicare 7 se ha effettuato terapia con cortisonici per os
					indicare 8 se ha effettuato terapia aereosolica
indicare 9 se ha effettuato terapia con IBUPROFENE					
Decesso	N	19	1	OBB	indicare 1 se deceduto nel semestre precedente 0=missing
* Periodo di Riferimento	N	20	6	OBB	AAAAAM
* Codice medico prescrittore	AN	26	6	OBB	999999
* Numero Scheda	N	32	8	OBB	Inserire un progressivo gestito dal medico, univoco per l'anno di riferimento

* Identificativo scheda