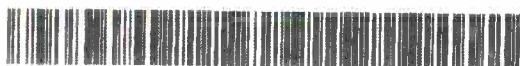




IL DIRETTORE GENERALE SANITÀ E
POLITICHE SOCIALI
TIZIANO CARRADORI

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA
PG.2013. 0225249
del 17/09/2013



CIRCOLARE N. 15

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori Amministrativi
Ai Direttori di Distretto
Ai Direttori dei Dipartimenti delle Cure Primarie
Ai Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica
Ai Responsabili dei Programmi
di screening dei tumori del colon-retto
Ai responsabili del Sistema Informativo Aziendale
Ai responsabili del Sistema Informatico
delle Aziende Sanitarie -Regione Emilia Romagna
LORO SEDI

OGGETTO: Modifiche riguardanti la trasmissione e il ritorno del flusso informativo regionale relativo al programma di screening per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori del colon-retto. Anno 2014

In riferimento al flusso informativo per la raccolta dei dati per la valutazione del programma regionale di screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del colon-retto mediante tracciato record individuale, attivato con circolare regionale n° 21 del 21/12/2005 e successivamente modificato a seguito verifiche sulla gestione ordinaria della rilevazione, nonché ad aggiornamenti che si sono resi indispensabili, anche allo scopo di adeguarsi alla rilevazione nazionale (DWH), attualmente in fase di sperimentazione, si è proceduto ad alcune modifiche del tracciato stesso, condivise con i responsabili del programma e i referenti del flusso.

Tali modifiche, necessarie periodicamente, per adeguare questo strumento ai cambiamenti nei processi, nei programmi e negli interventi che fanno parte del percorso dello screening servono ad arricchirlo anche se già ora esso ha consentito, positivamente ed efficacemente, di valutare l'attività del programma di screening dei tumori del colon-retto secondo gli indicatori di attività standard anche per rispondere agli obblighi informativi nei confronti delle singole realtà aziendali e dell'Osservatorio Nazionale Screening.

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

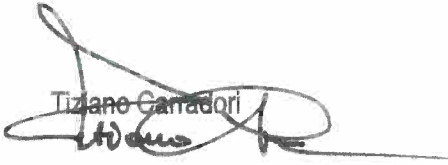
tel 051.527.7161/7162
fax 051.527.7056

dgsan@regione.emilia-romagna.it
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

Va sottolineato che lo stesso strumento ha consentito di poter verificare ed approfondire aspetti della qualità e dell'impatto degli stessi oltre gli indicatori ricordati e di poter impostare programmi di studio su singoli aspetti dell'intervento, riguardanti tutto il percorso integrato, che hanno portato a sensibili miglioramenti della qualità del programma nel suo complesso.

Le modifiche apportate sono evidenziate nel tracciato allegato, parte integrante della presente circolare, insieme a specifiche tecniche, tempi e modalità di trasmissione che vengono inviate alla Vostra attenzione.

Cordiali saluti

Tiziano Carradori


All. 1

SERVIZIO SISTEMA INFORMATIVO SANITÀ
E POLITICHE SOCIALILA RESPONSABILE
ELEONORA VERDINI

SERVIZIO SANITÀ PUBBLICA

IL RESPONSABILE
Emanuela Bedeschi

Allegato tecnico

FLUSSO INFORMATIVO DELLO SCREENING DEL COLON RETTO

INTRODUZIONE

Il presente allegato tecnico è valido a partire dal 1° gennaio 2014.

Le informazioni devono essere trasmesse dalle Aziende USL al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali dell'Assessorato Politiche per la salute della Regione Emilia Romagna, secondo le caratteristiche e le modalità descritte nei seguenti punti:

- Ambito di applicazione
- Contenuti e codifica delle variabili
- Tracciato record e controlli
- Modalità per l'invio dei dati e scadenze
- Ritorno informativo

La rilevazione si caratterizza con periodicità quadrimestrale ed è costituita da 8 tabelle con separazione dei dati anagrafici e sanitari per motivi di riservatezza ai sensi della legge n. 196 del 30 giugno 2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali":

A: Archivio popolazione (dati dell'assistito).

B: Archivio degli inviti (dati sull'invito)

C: Archivio di 1° livello (dati inerenti il FOBT)

D: Archivio di 2° livello colonscopia (dati sulla colonscopia)

E: Archivio di 2° livello clisma opaco/colonscopia virtuale (dati sul clisma opaco/colonscopia virtuale)

F: Archivio lesioni colonscopia (dati sulle lesioni riscontrate tramite la colonscopia)

G: Archivio lesioni clisma opaco/colonscopia virtuale (dati sulle lesioni riscontrate tramite il clisma opaco/colonscopia virtuale)

H: Archivio di 3° livello (contenente le informazioni sugli interventi effettuati).

AMBITO DI APPLICAZIONE

Oggetto della rilevazione del flusso è lo screening di tumori del colon retto reso ai singoli pazienti inseriti nella popolazione bersaglio, residenti e domiciliati di età compresa tra i 50 e i 69 anni, a cui verranno aggiunti tutti i familiari di 1° grado dei pazienti affetti da carcinoma coloretale e i pazienti stessi se non già chiamati tramite il programma di screening. In grigio sono evidenziate le modifiche.

CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

A: Archivio della popolazione

ID_AZIENDA (livello di controllo SCARTANTE)

Codice dell'azienda USL responsabile dello screening.

ID_RECORD (livello di controllo SCARTANTE)

Identificativo univoco per azienda USL, che unisce il record nelle varie tabelle.

L'ID_RECORD assegnato rimarrà invariato per tutti gli invii successivi.

CODICE FISCALE ASSISTITO (livello di controllo SCARTANTE)

Non deve essere mai calcolato mediante l'utilizzo di programmi informatici ma attribuito dal Ministero Economia e Finanze (DLgs 326/2003 art.50) ovvero quello riportato nella tessera sanitaria;

Il dato è sempre obbligatorio per i residenti Italia.

Per i cittadini temporaneamente presenti: nel campo deve essere indicato il **codice STP**, in sostituzione del codice fiscale.

COGNOME E NOME ASSISTITO (livello di controllo SCARTANTE)

Devono essere indicati il cognome e nome dell'assistito.

SESSO DELL'ASSISTITO (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi:

1 = Maschio

2 = Femmina

DATA DI NASCITA DELL'ASSISTITO (livello di controllo SCARTANTE)

Formato GGMMAAAA

COMUNE DI NASCITA DELL'ASSISTITO (livello di controllo SCARTANTE)

Per i nati in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre presente nel file TCOMNOS disponibile nel sito internet nella sezione dedicata allo SCR all'indirizzo <http://www.saluter.it/sisepts/sanita/scr/tabelle-di-riferimento>

Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (file TCOMNOS)

Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se il codice non esiste.

COMUNE DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO (livello di controllo SCARTANTE)

Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

Vedi comune di nascita.

CITTADINANZA DELL'ASSISTITO (livello di controllo SCARTANTE)

Utilizzare il codice a 3 cifre presente nel file TCOMNOS disponibile sul sito internet nella sezione dedicata allo SCR all'indirizzo

<http://www.saluter.it/sisepts/sanita/scr/tabelle-di-riferimento>

Per i cittadini Italiani codificare con 100, mentre per gli apolidi con 999.

DATA DI ENTRATA in popolazione obiettivo (livello di controllo SCARTANTE)

Formato GGMMAAAA

E' la data in cui la persona entra a far parte della popolazione bersaglio, corrisponderà al compimento dei 50 anni oppure nel caso di immigrazione o nuovo assistito o familiarità alla data in cui il programma ne viene a conoscenza.

DATA DI USCITA in popolazione obiettivo (livello di controllo SCARTANTE)

Formato GGMMAAAA

E' la data in cui la persona ha compiuto 70 anni ed esce dal programma (esclusi coloro che sono in follow up) o la data del decesso o la data di emigrazione o, per approssimazione, il momento in cui il programma viene a sapere che la persona non è più assistita.

ESCLUSIONE PRIMA DELL'INVITO (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi:

00 = non escluso

01 = escl. per diagnosi di ca colorettaie NON documentabile

02 = escl. per diagnosi di ca colorettaie documentabile

03 = colonscopia completa NON documentabile eseguita negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening

04 = colonscopia completa documentabile eseguita negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening
05 = clisma opaco a doppio contrasto documentabile eseguito negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening
06 = clisma opaco a doppio contrasto NON documentabile eseguito negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening
07 = rifiuto scritto a partecipare
08 = altro, esclusione definitiva dall'invito
09 = altro, esclusione temporanea dall'invito
10= colonscopia completa o clisma opaco o colonscopia virtuale eseguiti nel programma di screening
11=Test per la ricerca del sangue occulto nelle feci eseguito negli ultimi 2 anni NON nel programma di screening
12= colonscopia virtuale documentabile eseguita negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening
13= colonscopia virtuale NON documentabile eseguito negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening

Nel caso di colonscopia e/o clisma opaco o colonscopia virtuale eseguiti IN screening il campo va compilato con la modalità 10

DATA DI ESCLUSIONE (livello di controllo SCARTANTE)

Formato GGMMAAAA

INGRESSO NELL'ARCHIVIO (livello di controllo SCARTANTE)

Per qualunque persona entrata nel programma di prevenzione del tumore del colon retto (screening, familiarità o patologia) dovrà essere compilato l'archivio di popolazione. Questa variabile è di estrema importanza per monitorare i diversi tipi di accesso.

Screening: qualunque persona che rientra nella popolazione bersaglio (età 50-69)

Familiarità: tutti i parenti di 1° grado di una persona affetta da carcinoma coloretale, indipendentemente dall'età.

Patologia: tutte le persone affette da carcinoma coloretale insorto in età inferiore ai 70 anni e non incluse nella popolazione bersaglio dello screening.

Mantenere sempre il motivo di 1° ingresso nell'archivio.

Valori ammessi:

1 = screening

2 = familiarità

3 = patologia

ID_AZIENDA del familiare affetto (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Va compilato nel caso di INGRESSO IN ARCHIVIO = 2 (familiarità).

Dovrà contenere l'ID_AZIENDA del familiare con diagnosi di carcinoma a seguito della quale è entrata in archivio la persona di cui sopra.

ID_RECORD del familiare affetto (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Va compilato nel caso di INGRESSO IN ARCHIVIO = 2 (familiarità).

Dovrà contenere l>ID_RECORD del familiare con diagnosi di carcinoma a seguito della quale è entrata in archivio la persona di cui sopra.

GRADO DI PARENTELA CON IL FAMILIARE AFFETTO (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Va compilato nel caso di INGRESSO IN ARCHIVIO = 2 (familiarità).

Dovrà contenere il grado di parentela con il familiare con diagnosi di carcinoma a seguito della quale è entrata in archivio la persona di cui sopra.

Valori ammessi:

1= padre / madre

2= figlio / figlia

3= fratello / sorella

B: Archivio inviti

Va compilato nel caso in cui sia stato mandato un invito o si sia cercato di contattare un familiare, ovvero nel caso in cui INGRESSO IN ARCHIVIO = 1 (screening) oppure 2 (familiarità).

ID_AZIENDA (livello di controllo SCARTANTE)

Codice dell'azienda USL responsabile dello screening.

ID_RECORD (livello di controllo SCARTANTE)

Identificativo univoco per azienda USL, che unisce il record nelle varie tabelle.

L'ID_RECORD assegnato rimarrà invariato per tutti gli invii successivi.

Deve essere indicato il medesimo valore dell'archivio di popolazione.

ID_INVITO (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilato nel caso in cui è stato mandato almeno un invito o si sia cercato di contattare un familiare.

E' il codice identificativo dell'invito/contatto. E' un codice differente per tutti gli inviti effettuati dall'azienda.

Se in seguito ad un invito inesitato per indirizzo sbagliato ne viene mandato un altro all'indirizzo corretto questo non determina un nuovo ID_INVITO, quindi la data d'invio precedente deve essere sovrascritta dalla nuova data.

Lo stesso vale nel caso di un sollecito dopo un invito inesitato per indirizzo errato.

MODALITA' D'ACCESSO (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi:

1 = screening

2 = familiarità

9 = altro

DATA INVITO (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilata nel caso esista l'invito.

Formato GGMMAAAA

ESCLUSIONE DOPO L'INVITO (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi:

00 = non escluso

01 = escl. per precedente diagnosi di ca colorettales NON documentabile

02 = escl. per precedente diagnosi di ca colorettales documentabile

03 = colonscopia completa NON documentabile eseguita negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening

04 = colonscopia completa documentabile eseguita negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening

05 = clisma opaco a doppio contrasto documentabile eseguito negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening

06 = clisma opaco a doppio contrasto NON documentabile eseguito negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening

07 = rifiuto scritto a partecipare

08 = altro, esclusione definitiva dall'invito

09 = altro, esclusione temporanea dall'invito

10 = colonscopia completa o clisma opaco o colonscopia virtuale eseguiti nel programma di screening

11 = Test per la ricerca del sangue occulto nelle feci eseguito negli ultimi 2 anni NON nel programma di screening

12 = colonscopia virtuale documentabile eseguita negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening

13 = colonscopia virtuale NON documentabile eseguita negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening

Tra le esclusioni definitive dopo l'invito, modalità "altro, esclusione definitiva dall'invito", possono essere comprese quelle dovute a decesso, termine dell'assistenza o casi particolari quali malattie gravi che non rendono opportuno lo screening.

Tra le esclusioni temporanee dopo l'invito, modalità "altro, esclusione temporanea dall'invito", possono essere comprese le persone temporaneamente all'estero o gli impossibilitati ad aderire allo screening (esempio: ricoverati).

DATA ESCLUSIONE INVITO (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilata quando il campo "esclusione dopo l'invito" ha un valore diverso dalla modalità 00 = non escluso.

Formato GGMMAAAA

DATA EVENTUALE SOLLECITO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Va compilato solo nel caso in cui si sia mandato un sollecito, o, per i familiari, sia stato effettuato un secondo tentativo di invito a partecipare al programma.

Formato GGMMAAAA

ESITO INVITO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Valori ammessi:

00 = invito ricevuto (non è ritornato al mittente)

01 = emigrazione

02 = decesso

03 = indirizzo sbagliato

04 = sconosciuto all'indirizzo

05 = causa non rilevata o sconosciuta

09 = altro

Va compilato con la modalità 00 = invito ricevuto nel caso in cui l'invito e/o il sollecito non siano ritornati al mittente. Per i familiari va compilato con 00 solo se il familiare è stato contattato (al primo contatto oppure al sollecito inteso come secondo tentativo).

C: Archivio di 1° livello

Va compilato nel caso in cui sia stato dato un FOBT, ovvero nel caso in cui la modalità di accesso nell'archivio inviti sia: = 1 (screening) oppure 2 (familiarità).

ID_AZIENDA (livello di controllo SCARTANTE)

Codice dell'azienda USL responsabile dello screening.

ID_RECORD (livello di controllo SCARTANTE)

Identificativo univoco per azienda USL, che unisce il record nelle varie tabelle.

L'ID_RECORD assegnato rimarrà invariato per tutti gli invii successivi.

Deve essere indicato il medesimo valore dell'archivio di popolazione.

ID_I LIVELLO (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilato per ogni FOBT consegnato.

Anche per ogni nuovo FOBT consegnato alla medesima persona compilare un ID_I LIVELLO differente.

Codice identificativo del test FOBT. E' un codice differente per tutti i test consegnati dall'azienda.

ID_INVITO (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilato nel caso in cui è stato mandato almeno un invito e deve essere il medesimo valore dell'archivio inviti.

E' il codice identificativo dell'invito che ha determinato la consegna di quel FOBT. E' un codice differente per tutti gli inviti effettuati dall'azienda.

DATA CONSEGNA FOBT (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Formato GGMMAAAA

MODALITA' CONSEGNA FOBT (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilata la modalità di consegna del test.

Valori ammessi:

01 = farmacia

02 = sedi poliambulatoriali di distretto

03 = sede distribuzione farmaci

04 = MMG

05 = domicilio

06 = posta

09 = altro

RICONSEGNA FOBT (livello di controllo SCARTANTE)

Va indicato se al momento della rilevazione il FOBT è stato riconsegnato per la lettura.

DATA RICONSEGNA FOBT (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Va compilato nel caso in cui sia stato riconsegnato il FOBT.

Formato GGMMAAAA

DATA REFERTAZIONE LABORATORIO (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilato nel caso in cui sia stato riconsegnato il FOBT.

Formato GGMMAAAA

ESITO FOBT (latex test) (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilato nel caso in cui sia stato riconsegnato il FOBT.

Valori ammessi:

01=negativo

02=positivo

03=non eseguito

04=non valutabile

Va compilato con la modalità 03= non eseguito quando non risulta traccia di feci sul kit.

QUANTITA' HB (ng/ml) (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilato nel caso in cui sia stato riconsegnato il FOBT.

Va messo il valore esatto della quantità di emoglobina rilevata dal laboratorio, anche se poi il cut off di positività rimarrà uguale per tutti.

DATA LETTERA REFERTO NEG/POS (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Va compilato nel caso in cui sia stato riconsegnato il FOBT ed esista una lettera del referto.

Va compilato inserendo o la data di spedizione della lettera o la data della comunicazione telefonica dell'esito.

Formato GGMMAAAA

D: Archivio di 2° livello Colonscopia

Va compilato nel caso in cui sia stata fatta o consigliata una colonscopia. Se la modalità d'accesso è "screening" il campo "esito FOBT (latex test)" relativo all'archivio FOBT deve avere la modalità 02= positivo.

ID_AZIENDA *(livello di controllo SCARTANTE)*

Codice dell'azienda USL responsabile dello screening.

ID_RECORD *(livello di controllo SCARTANTE)*

Identificativo univoco per azienda USL, che unisce il record nelle varie tabelle.

L'ID_RECORD assegnato rimarrà invariato per tutti gli invii successivi.

Deve essere indicato il medesimo valore dell'archivio di popolazione.

ID_II LIVELLO COLONSCOPIA *(livello di controllo SCARTANTE)*

Va compilato nel caso in cui sia stata consigliata una colonscopia.

Codice identificativo della colonscopia. E' un codice differente per tutte le colonscopie effettuate dall'azienda.

ID_I LIVELLO *(livello di controllo SCARTANTE)*

Va compilato nel caso in cui sia stato consegnato il FOBT.

Codice identificativo del test FOBT. E' un codice differente per tutti i test consegnati dall'azienda.

Deve essere indicato il medesimo valore dell'archivio di 1° livello. Tutte le colonscopie di follow up, oppure ripetute per motivi di visione/pulizia o altro, avranno la stessa ID_I LIVELLO che ha determinato la prima colonscopia.

MODALITA' D'ACCESSO *(livello di controllo SCARTANTE)*

Valori ammessi:

01 = screening: FOBT positivo

02 = CLISMA OPACO/COLONSCOPIA VIRTUALE positivo

03 = familiarità

04 = Follow Up (comprende early recall)

05 = ripetizione esame

06 = procedura terapeutica

07 = patologia

09 = altro

La modalità 05 = ripetizione esame è riferita a tutti i casi in cui si è ritenuto necessario dover ripetere l'esame (intolleranza paziente...).

La modalità 06 = procedura terapeutica si riferisce ai casi in cui si è già effettuata una prima colonscopia e questa seconda serve per completare la procedura terapeutica (polipectomia).

La modalità 03= familiarità si utilizzerà anche nel caso in cui la colonscopia venga effettuata al familiare che non vi accede in prima battuta ma dopo un FOBT positivo.

DATA PRIMA DISPONIBILITA' PER COLONSCOPIA *(livello di controllo SEGNALAZIONE)*

Va compilata con la prima data disponibile per effettuare una colonscopia. Serve a calcolare i tempi offerti dal programma di screening, senza considerare rinvii personali che alterino l'indicatore dei tempi.

Formato GGMMAAAA

MOTIVO DI NON ADESIONE O RINVIO *(livello di controllo SCARTANTE)*

Va compilato in tutti i casi in cui la colonscopia sia stata rinviata, rifiutata, eseguita fuori screening, non ancora eseguita o non

eseguita per gli altri motivi riportati. E' un campo di fondamentale importanza perché permetterà di analizzare l'adesione al secondo livello.

Valori ammessi:

01 = in attesa di eseguire colonscopia

02 = rifiuto II livello

03 = rifiuto colonscopia

04 = rinvio per motivi tecnici/organizzativi

05 = rinvio per motivi personali

06 = si rivolge ad altra struttura

07= endoscopia recente "validata"
08= non eseguibile per motivi di salute
09 = altro

Nel caso in cui la persona sia disponibile ad effettuare il clisma opaco o la colonscopia virtuale al posto della colonscopia si utilizzerà la modalità 03 = "rifiuto colonscopia".

Ogni qualvolta la persona decida di rinviare la colonscopia rispetto alla prima data disponibile verrà utilizzata la modalità 05 = "rinvio per motivi personali". Quando poi verrà effettuata si aggiungeranno gli altri campi mancanti, data di esecuzione ..., lasciando invariati i motivi del rinvio rispetto alla prima data disponibile.

Quando la colonscopia non viene eseguita attraverso il programma di screening andranno recuperati i dati ed inseriti successivamente, la modalità in questo caso sarà 06 = "si rivolge ad altra struttura".

Nel caso si susseguano due differenti motivi compilare l'ultimo.

Si utilizzerà 07 quando la persona ha recentemente effettuato una colonscopia ritenuta valida dai professionisti ai fini dello screening; inserire la data di esecuzione della colonscopia nel campo successivo.

DATA ESECUZIONE COLONSCOPIA (livello di controllo SCARTANTE)

Formato GGMMAAAA

Inserire la data anche nel caso di colonscopia effettuata presso struttura non di screening (quando recuperabile) e nel caso di "endoscopia recente validata" per la quale non è stata eseguita la colonscopia come era previsto dal programma.

VISIONE/PULIZIA (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilato solo nel caso in cui venga effettuata la colonscopia.

Valori ammessi:

01 = Ottimale
02 = Meno che ottimale
03 = Inadeguato
04 = Impossibile

SEDE RAGGIUNTA CECO (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilato solo nel caso in cui venga effettuata la colonscopia.

Valori ammessi:

1 = sì
2 = no

MOTIVO COLONSCOPIA NON COMPLETA (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Va compilato solo nel caso in cui non sia stato possibile completare la colonscopia, campo "sede raggiunta ceco" = 2 no.

Valori ammessi:

01 = scadente toilette
02 = intolleranza pz
03 = aderenze/diverticoli/tortuosità/ dolico-colon
04 = stenosi
05 = esame mirato a uno specifico segmento
09 = altro

PRESENZA DI LESIONE SOSPETTA PER CCR (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Valori ammessi:

1 = sì
2 = no

NUMERO POLIPI VISUALIZZATI (livello di controllo SCARTANTE)

Va inserito il numero di polipi osservati.

NUMERO POLIPI RECUPERATI (livello di controllo SCARTANTE)

Va inserito il numero di polipi recuperati.

ALTRE ANOMALIE (*livello di controllo SEGNALAZIONE*)

Valori ammessi:

00 = nessuna anomalia
01 = emorroidi
02 = malattia diverticolare
03 = malattia infiammatoria cronica
09 = altro

SUPPORTO FARMACOLOGICO (*livello di controllo SEGNALAZIONE*)

Valori ammessi:

00 = nessun supporto farmacologico
01 = antispastici
02 = benzodiazepine
03 = antispastici e benzodiazepine
04 = meperidina e benzodiazepine
05 = narcosi (presenza dell'anestesista)
09 = altro

COMPLICANZE IMMEDIATE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Nel caso in cui si siano verificate diverse complicanze si inserisce quella ritenuta clinicamente più grave.

Valori ammessi:

00 = nessuna complicanza immediata
01 = vago-vagali
02 = sanguinamento
03 = perforazione
04 = da sedazione
09 = altro

COMPLICANZE TARDIVE (entro 2 settimane) (*livello di controllo SCARTANTE*)

Valori ammessi:

00=nessuna complicanza tardiva
01=sanguinamento
02=perforazione
03= in attesa di valutazione
09=altro

NECESSITA' ASSISTENZA OSPEDALIERA (SDO) (*livello di controllo SCARTANTE*)

Va compilato nel caso vi siano state delle complicanze immediate o tardive a seguito delle quali si sia reso necessario un ricovero.

Valori ammessi:

1 = sì
2 = no

DATA DELLA INDICAZIONE/CONCLUSIONE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Si consiglia di tenere sempre aggiornato questo campo per seguire le persone durante il percorso diagnostico-terapeutico
Formato GGMMAAAA

INDICAZIONI / CONCLUSIONI (*livello di controllo SCARTANTE*)

Si consiglia di tenere sempre aggiornato questo campo per seguire le persone durante il percorso diagnostico-terapeutico.

Valori ammessi:

- 01 = negativo / FOBT dopo 5 anni
- 02= indicata chirurgia
- 03= clisma a doppio contrasto /colonscopia virtuale
- 04= ripetere esame endoscopico
- 05= altra colonscopia per completare procedura terapeutica
- 06= in attesa di istologia
- 07= invio a follow up
- 08= rientro a screening / FOBT dopo 2 anni
- 09= altro

FOLLOW UP A MESI (*livello di controllo SCARTANTE*)

Va compilato nel caso in cui il campo "indicazioni/conclusioni" = 07 invio a follow up.

NUMERO POLIPI ASPORTATI (*livello di controllo SCARTANTE*)

Va inserito il numero di polipi asportati

CLEAN COLON (*livello di controllo SCARTANTE*)

Va compilato considerando anche eventuali altri esami eseguiti, per esempio clisma opaco in caso di colonscopia incompleta.

Valori ammessi:

- 1 = sì
- 2 = no

E: Archivio di 2° livello Clisma opaco o Colonscopia virtuale

Va compilato nel caso in cui sia stato fatto o consigliato un clisma opaco o una colonscopia virtuale. Se la modalità d'accesso è "screening" il campo "esito FOBT (latex test)" relativo all'archivio FOBT deve avere la modalità 02= positivo.

ID_AZIENDA (livello di controllo SCARTANTE)

Codice dell'azienda USL responsabile dello screening.

ID_RECORD (livello di controllo SCARTANTE)

Identificativo univoco per azienda USL, che unisce il record nelle varie tabelle.

L>ID_RECORD assegnato rimarrà invariato per tutti gli invii successivi.

Deve essere indicato il medesimo valore dell'archivio di popolazione.

ID_II LIVELLO CLISMA OPACO / COLONSCOPIA VIRTUALE (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilato nel caso in cui sia stato consigliato un clisma opaco/colonscopia virtuale.

Codice identificativo del clisma opaco/colonscopia virtuale. E' un codice differente per tutti i clisma opachi/colonscopia virtuale effettuati dall'azienda.

ID_I LIVELLO (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilato nel caso in cui sia stato consegnato il FOBT.

Codice identificativo del test FOBT. E' un codice differente per tutti i test consegnati dall'azienda.

Deve essere indicato il medesimo valore dell'archivio di 1° livello.

DATA PRIMA DISPONIBILITA' PER CLISMA OPACO / COLONSCOPIA VIRTUALE (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Va compilata con la prima data disponibile per effettuare il clisma opaco/colonscopia virtuale. Serve a calcolare i tempi offerti dal programma di screening, senza considerare rinvii personali che alterino l'indicatore dei tempi.

Formato GGMMAAAA

MODALITA' D'ACCESSO (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi:

1 = screening

2 = familiarità

3= patologia

9 = altro

MOTIVO DI NON ADESIONE O RINVIO (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilato in tutti i casi in cui il clisma opaco/colonscopia virtuale sia stato rinviato, rifiutato, eseguito fuori programma di screening o non ancora eseguito. E' un campo di fondamentale importanza perché permetterà di analizzare l'adesione al secondo livello.

Valori ammessi:

01 = in attesa di eseguire clisma opaco/colonscopia virtuale

02 = rifiuto clisma opaco/colonscopia virtuale

03 = rinvio per motivi tecnici/organizzativi

04 = rinvio per motivi personali

05 = si rivolge ad altra struttura

06= non eseguibile per motivi di salute

09 = altro

DATA ESECUZIONE CLISMA OPACO / COLONSCOPIA VIRTUALE (livello di controllo SCARTANTE)

Formato GGMMAAAA

VISIONE/PULIZIA (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilato solo nel caso in cui venga effettuato un clisma opaco/colonscopia virtuale.

Valori ammessi:

01 = Ottimale

02 = Meno che ottimale

03 = Inadeguato

04 = Impossibile

PRESENZA DI LESIONE SOSPETTA PER CCR (*livello di controllo SEGNALAZIONE*)

Valori ammessi:

1 = sì

2 = no

NUMERO POLIPI (*livello di controllo SEGNALAZIONE*)

Va inserito il numero di polipi osservati.

DATA DELLA INDICAZIONE/CONCLUSIONE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Si consiglia di tenere sempre aggiornato questo campo per seguire le persone durante il percorso diagnostico-terapeutico

Formato GGMMAAAA

INDICAZIONI / CONCLUSIONI (*livello di controllo SCARTANTE*)

Si consiglia di tenere sempre aggiornato questo campo per seguire le persone durante il percorso diagnostico-terapeutico.

Valori ammessi:

01 = negativo / FOBT dopo 5 anni

02= indicata chirurgia

03= indicata Colonscopia

04= indicata Rettosigmoidoscopia

09= altro

TIPO ESAME (*livello di controllo SCARTANTE*)

Va inserito se il record è riferito ad un clisma opaco o ad una colonscopia virtuale:

Valori ammessi:

1=clisma opaco

2=colonscopia virtuale

F: Archivio lesioni Colonscopia

Va compilato per ogni lesione individuata tramite la colonscopia, fino ad un massimo di 5.

ID_AZIENDA (livello di controllo SCARTANTE)

Codice dell'azienda USL responsabile dello screening.

ID_RECORD (livello di controllo SCARTANTE)

Identificativo univoco per azienda USL, che unisce il record nelle varie tabelle.

L'ID_RECORD assegnato rimarrà invariato per tutti gli invii successivi.

Deve essere indicato il medesimo valore dell'archivio di popolazione.

ID_II LIVELLO COLONSCOPIA (livello di controllo SCARTANTE)

Codice identificativo della colonscopia che ha determinato la biopsia o polipectomia. E' un codice differente per tutte le coloscopie effettuate dall'azienda.

Deve essere indicato il medesimo valore dell'archivio di 2° livello Colonscopia

ID_LESIONE_COLON (livello di controllo SCARTANTE)

Numero progressivo da 1 a 5 assegnato ad ogni lesione riscontrata. Nel caso di polipectomia multipla verranno compilate le 5 lesioni più severe.

Ad esempio 1.

DESCRIZIONE ENDOSCOPICA LESIONE (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi:

01 = sessile

02 = peduncolato

03 = lesione piatta

04 = lesione stenosante

05=lesione ulcero/vegetante

06=verifica radicalità asportazione

DIMENSIONE LESIONE PATOLOGICA (livello di controllo SCARTANTE)

Inserire la dimensione in mm.

PROCEDURA DIAGNOSTICA LESIONE (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi:

1=biopsia

2=polipectomia con recupero lesione

DATA REFERTO ISTOLOGICO (livello di controllo SCARTANTE)

Formato GGMMAAAA

SEDE LESIONE (livello di controllo SCARTANTE)

Inserire codice ICD-O

TIPO ISTOLOGICO LESIONE (livello di controllo SCARTANTE)

Inserire codice ICD-O

GRADO DI DISPLASIA LESIONE (livello di controllo SCARTANTE)

Inserire codice ICD-O

G: Archivio lesioni Clisma opaco/ Colonscopia virtuale

Va compilato per ogni lesione individuata tramite il clisma opaco/colonscopia virtuale, fino ad un massimo di 3.

ID_AZIENDA *(livello di controllo SCARTANTE)*

Codice dell'azienda USL responsabile dello screening.

ID_RECORD *(livello di controllo SCARTANTE)*

Identificativo univoco per azienda USL, che unisce il record nelle varie tabelle.

L'ID_RECORD assegnato rimarrà invariato per tutti gli invii successivi.

Deve essere indicato il medesimo valore dell'archivio di popolazione.

ID_IL LIVELLO CLISMA OPACO/ COLONSCOPIA VIRTUALE *(livello di controllo SCARTANTE)*

Codice identificativo del clisma opaco/colonscopia virtuale. E' un codice differente per tutti i clisma opachi/colonscopia virtuale effettuati dall'azienda. Deve essere indicato il medesimo valore dell'archivio di 2° livello Clisma opaco/colonscopia virtuale.

ID_LESIONE CLISMA / COLONSCOPIA VIRTUALE *(livello di controllo SCARTANTE)*

Numero progressivo da 1 a 3 assegnato ad ogni lesione riscontrata. Nel caso di lesioni multiple verranno compilate le 3 più severe.

Ad esempio 1.

SEDE LESIONE *(livello di controllo SCARTANTE)*

Valori ammessi:

01 = non registrato

02 = retto

03 = sigma

04 = colon discendente

05 = flessura splenica

06 = colon trasverso

07 = flessura epatica

08 = colon ascendente

09 = ceco

DIMENSIONE LESIONE *(livello di controllo SCARTANTE)*

Inserire la dimensione in mm.

H: Archivio di 3° livello

Va compilato per ogni intervento chirurgico consigliato, ovvero quando nell' archivio di secondo livello (Colonscopia e Clisma opaco) il campo " indicazioni/conclusioni" = 2 indicata chirurgia. O per patologia, per i casi di tumore del colon-retto che non sono screen-detected, ma che sono casi indice per l'intervento sui familiari.

ID_AZIENDA (livello di controllo SCARTANTE)

Codice dell'azienda USL responsabile dello screening.

ID_RECORD (livello di controllo SCARTANTE)

Identificativo univoco per azienda USL, che unisce il record nelle varie tabelle.

L'ID_RECORD assegnato rimarrà invariato per tutti gli invii successivi.

Deve essere indicato il medesimo valore dell'archivio di popolazione.

ID_III_LIVELLO (livello di controllo SCARTANTE)

Codice identificativo degli interventi chirurgici consigliati. E' un codice differente per tutti gli interventi chirurgici consigliati nel programma aziendale.

ID_I_LIVELLO (livello di controllo SCARTANTE)

Va compilato nel caso in cui sia stato eseguito il FOBT su invito che ha determinato il successivo percorso fino al consiglio di intervento.

Codice identificativo del test FOBT. E' un codice differente per tutti i test consegnati dall'azienda.

Deve essere indicato il medesimo valore dell'archivio di 1° livello.

MODALITA' D'ACCESSO (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi:

1 = screening

2 = familiarità

3= patologia

DATA PRENOTAZIONE (richiesta intervento) (livello di controllo SCARTANTE)

Formato GGMMAAAA

Se l'ingresso nell'archivio avviene per patologia il campo può non essere compilato, in tutti gli altri casi la compilazione è obbligatoria.

MOTIVO DI NON ADESIONE O RINVIO (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi:

01 = rifiuto/ non adesione

02 = si rivolge ad altra struttura

03 = rinvio per motivi tecnici/organizzativi

04 = rinvio per motivi personali

09 = altro

DATA INTERVENTO (livello di controllo SCARTANTE)

Formato GGMMAAAA

DATA REFERTO ISTOLOGICO (livello di controllo SCARTANTE)

Formato GGMMAAAA

SEDE LESIONE (livello di controllo SCARTANTE)

Inserire codice ICD-O

DIAGNOSI ISTOLOGICA LESIONE (livello di controllo SCARTANTE)

Inserire codice ICD-O

pT (livello di controllo SCARTANTE) dal 01/01/2014 attenersi alla classificazione TNM VII edizione

Valori ammessi:

T0, yT0
TIS, yT1
TX, yTX, cTX
T1, yT1, cT1
T2, yT2, cT2
T3, yT3, cT3
T4, yT4, cT4, T4a, T4b, y4a, y4b, c4a, c4b

Nota: Inserire y4a e y4b se il paziente ha ricevuto chemio a/o radioterapia preoperatorie.
Inserire c4a e c4b se la stadiazione è di tipo clinico

pN (livello di controllo SCARTANTE) dal 01/01/2014 attenersi alla classificazione TNM VII edizione

Valori ammessi:

N0
Nx
N1
1a
1b
1c
N2
2a
2b
N3
Si utilizza N3 per i casi con sede c21 (ano e canale anale)

pM (livello di controllo SCARTANTE) dal 01/01/2014 attenersi alla classificazione TNM VII edizione

Valori ammessi:

M0
M1
1a
1b
Mx

NUMERO LINFONODI ESAMINATI (livello di controllo SCARTANTE)

Inserire il numero di linfonodi esaminati.

NUMERO LINFONODI METASTATICI (livello di controllo SCARTANTE)

Inserire il numero di linfonodi metastatici individuati.

CLASSIFICAZIONE DI DUKES (livello di controllo SCARTANTE) da compilare fino al 31/12/2013

Valori ammessi:

A
B
B1
B2
B3
C
C1
C2
C3
D

Si utilizza B se non si è in grado di distinguere in B1 o B2. Si utilizza D in presenza di metastasi a distanza.

GRADO DI DISPLASIA LESIONE (livello di controllo SCARTANTE)

Inserire codice ICD-O

STADIO (livello di controllo SCARTANTE) da inserire dal 01/01/2014 per i pazienti con diagnosi di cancro esclusi i casi con diagnosi di: **carcinoide, linfoma, sarcoma e melanoma**

Inserire lo Stadio TNM VII edizione (2009)

Valori ammessi:

0
I
II
IIA
IIB
IIC
III
IIIA
IIIB
IIIC
IV
IVA
IVB

TIPO D'INTERVENTO CHIRURGICO (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi:

01=RESEZIONE SEGMENTARIA
02=EMICOLECTOMIA
03=RESEZIONE DEL RETTO
04=AMPUTAZIONE DEL RETTO
05=INTERVENTO PALLIATIVO
06=COLECTOMIA
09=ALTRO

GRADING (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi:

1=ben differenziato
2=moderatamente differenziato
3=scarsamente differenziato
4=indifferenziato
9=ignoto

DIMENSIONE DELLA LESIONE (solo per lesione benigna) (livello di controllo SCARTANTE)

Inserire la dimensione in mm.

TERAPIA NEOADIUVANTE (livello di controllo SCARTANTE)

Valori ammessi:

1= No
2=radioterapia
3=chemioterapia
4=entrambe

TRACCIATO RECORD

I contenuti delle colonne sono:

Posizione

Posizione del primo carattere del campo nell'ambito del tracciato

Nome Campo

Termine ufficiale che identifica il campo

Tipo

Definisce il formato del campo:

AN = alfanumerico

N = numerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio". I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero"; le posizioni non utilizzate devono comunque essere impostate con il valore "zero".

Lunghezza

Numero dei caratteri del campo

Grado di obbligatorietà (Vincolo)

Codice che identifica l'obbligatorietà o meno del campo.

OBBV : Campo obbligatorio e vincolante

OBB : Campo obbligatorio in determinate circostanze

FAC : Campo facoltativo

Livello di controllo SCARTANTE o SEGNALAZIONE: la dicitura che è stata aggiunta nella spiegazione dei campi indica se il tipo di controllo è scartante in riferimento all'inserimento in banca dati regionale del record, oppure se è oggetto di una segnalazione non scartante nel file "statistiche scarti"

Il verificarsi di una mancata o errata informazione con "livello di controllo scartante" negli archivi, genererà uno scarto di tutto il blocco di record che appartiene a quella scheda il quale verrà restituito all'azienda di competenza che apporterà le correzioni necessarie e provvederà al rinvio.

FILE A: ARCHIVIO DI POPOLAZIONE

Pos	Campo	Tipo e lungh.	CODIFICA	VINCOLO
1	ID_AZIENDA	AN 3	Codice dell'Azienda inviante	OBBV
4	ID_RECORD	AN 20	Codice identificativo del programma di screening.	OBBV
24	CODICE FISCALE	AN 16	Codice identificativo dell'utente: codice fiscale dell'utente (legge 412/91 Min. Fin.) o codice STP per gli stranieri temporaneamente residenti in Italia.	OBBV
40	COGNOME	AN 30	Tutto maiuscolo.	OBBV
70	NOME	AN 20	Tutto maiuscolo.	OBBV
90	SESSO	AN 1	1=maschio 2=femmina	OBBV
91	DATA NASCITA	N 8	GGMMAAAA	OBBV
99	COMUNE NASCITA o stato di nascita se straniero	AN 6	Classificazione TCOMNOS. Per i nati in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS). Per i nati all'estero codificare: 999+codice a 3 cifre dei paesi esteri(file TCOMNOS). Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se non esiste nel file TCOMNOS.	OBBV
105	COMUNE RESIDENZA	AN 6	Classificazione TCOMNOS. Per i residenti in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS). Per i residenti all'estero codificare: 999+codice a 3 cifre dei paesi esteri(file TCOMNOS).	OBBV
111	CITTADINANZA	AN3	Codice a 3 cifre (file TCOMNOS). Per i cittadini italiani codificare 100. Per gli apolidi codificare 999.	OBBV
114	DATA DI ENTRATA in popolazione obiettivo	N 8	GGMMAAAA	OBBV
122	DATA DI USCITA dalla popolazione obiettivo	N 8	GGMMAAAA	OBB
130	Esclusione prima dell'invito	AN 2	00 = non escluso 01 = escl. per diagnosi di ca coloratale NON documentabile 02 = escl. per diagnosi di ca coloratale documentabile 03 = colonscopia completa NON documentabile eseguita negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening 04 = colonscopia completa documentabile eseguita negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening 05 = clisma opaco a doppio contrasto documentabile eseguito negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening 06 = clisma opaco a doppio contrasto NON documentabile eseguito negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening 07 = rifiuto scritto a partecipare 08 = altro, esclusione definitiva dall'invito 09 = altro, esclusione temporanea dall'invito 10= colonscopia completa o clisma opaco o colonscopia virtuale eseguiti nel programma di screening 11=Test per la ricerca del sangue occulto nelle feci eseguito negli ultimi 2 anni NON nel programma di screening 12= colonscopia virtuale documentabile eseguita negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening 13= colonscopia virtuale NON documentabile eseguito negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening	OBBV

132	DATA DI ESCLUSIONE	N 8	GGMMAAAA	OBB
140	Ingresso nell'archivio	AN 1	1=screening 2=familiarità 3=patologia	OBBV
141	ID_AZIENDA del familiare affetto	AN 3	Deve contenere l'ID dell'azienda del familiare che è risultato affetto da carcinoma coloretale.	FAC
144	ID_RECORD del familiare affetto	AN 11	Deve contenere l'ID assegnato al familiare che è risultato affetto da carcinoma coloretale	FAC
155	Grado di parentela con il familiare affetto	AN 1	1= padre / madre 2= figlio / figlia 3= fratello / sorella	OBB

FILE B: ARCHIVIO INVITI (§ da ripetere per ogni invito a screening, assegnando un ID_INVITO)

Pos.	Campo	Tipo e lung.	CODIFICA	VINCOLO
1	ID_AZIENDA	AN 3	Codice dell'Azienda inviante	OBBV
4	ID_RECORD	AN 20	Codice identificativo del programma di screening.	OBBV
24	ID_INVITO	AN 20	Codice identificativo dell'invito. E' un codice differente per tutti gli inviti effettuati dall'azienda.	OBBV
44	MODALITA' D'ACCESSO	AN2	1= screening 2= familiarità 9= altro	
46	DATA INVITO	N 8	GGMMAAAA	OBBV
54	Esclusione dopo l'invito	AN 2	00 = non escluso 01 = escl. per precedente diagnosi di ca colorettale NON documentabile 02 = escl. per precedente diagnosi di ca colorettale documentabile 03 = colonscopia completa NON documentabile eseguita negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening 04 = colonscopia completa documentabile eseguita negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening 05 = clisma opaco a doppio contrasto documentabile eseguito negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening 06 = clisma opaco a doppio contrasto NON documentabile eseguito negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening 07 = rifiuto scritto a partecipare 08 = altro, esclusione definitiva dall'invito 09 = altro, esclusione temporanea dall'invito 10= colonscopia completa o clisma opaco o colonscopia virtuale eseguiti nel programma di screening 11=Test per la ricerca del sangue occulto nelle feci eseguito negli ultimi 2 anni NON nel programma di screening 12= colonscopia virtuale documentabile eseguita negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening 13= colonscopia virtuale NON documentabile eseguito negli ultimi 5 anni NON nel programma di screening	OBBV
56	DATA DI ESCLUSIONE	N 8	GGMMAAAA	OBB
64	DATA EVENTUALE SOLLECITO	N 8	GGMMAAAA	OBB
72	ESITO INVITO	AN 2	00=invito ricevuto (non ritornato al mittente) 01=emigrazione 02=decesso 03=indirizzo sbagliato 04=sonosciuto all'indirizzo 05=causa non rilevata o sconosciuta 09=altro	OBBV

FILE C: ARCHIVIO DI I LIVELLO (§ da ripetere per ogni consegna FOBT, assegnando un ID_I LIVELLO)

Pos.	Campo	Tipo e lungh.	CODIFICA	VINCOLO
1	ID_AZIENDA	AN 3	Codice dell'Azienda inviante	OBBV
4	ID_RECORD	AN 20	Codice identificativo del programma di screening.	OBBV
24	ID_I LIVELLO	AN 20	Codice identificativo del test FOBT. E' un codice differente per tutti i test consegnati dall'azienda.	OBBV
44	ID_INVITO	AN 20	Codice identificativo dell'invito. E' un codice differente per tutti gli inviti effettuati dall'azienda.	OBB
64	DATA CONSEGNA FOBT	N 8	GGMMAAAA	FAC
72	MODALITA' CONSEGNA FOBT	AN 2	01= farmacia 02= sedi poliambulatoriali di distretto 03=sede distribuzione farmaci 04= MMG 05=domicilio 06= posta 09= altro	OBBV
74	RICONSEGNA FOBT	AN 1	1=si 2=no	OBBV
75	DATA RICONSEGNA FOBT	N 8	GGMMAAAA	FAC
83	DATA REFERTAZIONE LABORATORIO	N 8	GGMMAAAA	OBB
91	ESITO FOBT (latex test)	AN 2	01=negativo 02=positivo 03=non eseguito 04=non valutabile	OBB
93	QUANTITA' HB (ng/ml)	N 4	...	OBB
97	DATA LETTERA REFERTO NEG/POS	N 8	GGMMAAAA	OBB

FILE D: ARCHIVIO II LIVELLO Colonscopia
(§ da ripetere per ogni consiglio di colonscopia, assegnando un ID_COLONSCOPIA)

Pos.	Campo	Tipo e lung.	CODIFICA	VINCOLO
1	ID_AZIENDA	AN 3	Codice dell'Azienda inviante	OBBV
4	ID_RECORD	AN 20	Codice identificativo del programma di screening.	OBBV
24	ID_II LIVELLO COLONSCOPIA	AN 20	Codice identificativo della colonscopia. E' un codice differente per tutte le colonscopie effettuate/consegniate dall'azienda.	OBBV
44	ID_I LIVELLO	AN 20	Codice identificativo del test FOBT. E' un codice differente per tutti i test consegnati dall'azienda.	OBB
64	MODALITA' DI ACCESSO	AN 2	01= screening FOBT positivo 02= Clisma Opaco/Colonscopia Virtuale positivo 03= familiarità 04= Follow Up (comprende early recall) 05= ripetizione esame 06=procedura terapeutica 07=patologia 09= altro	OBBV
66	DATA prima disponibilità per colonscopia	N 8	GGMMAAAA	FAC
74	MOTIVO DI NON ADESIONE O RINVIO	AN 2	01=in attesa di eseguire colonscopia 02=rifiuto II livello 03=rifiuto colonscopia 04=rinvio per motivi tecnici/organizzativi 05=rinvio per motivi personali 06= si rivolge ad altra struttura 07=endoscopia recente "validata" 08=non eseguibile per motivi di salute 09= altro	OBB
76	DATA ESECUZIONE COLONSCOPIA	N 8	GGMMAAAA	OBB
84	VISIONE/ PULIZIA	AN 2	01 = Ottimale 02 = Meno che ottimale 03 = Inadeguato 04 = Impossibile	OBB
86	SEDE RAGGIUNTA: CECO	AN 1	1=si 2=no	OBB
87	MOTIVO COLONSCOPIA NON COMPLETA	AN 2	01=scadente toilette 02=intolleranza pz 03=aderenze/diverticoli/tortuosità/ dolico-colon 04=stenosi 05= esame mirato a uno specifico segmento 09=altro	FAC
89	PRESENZA DI LESIONE SOSPETTA PER CCR	AN 1	1=si 2=no	FAC
90	NUMERO POLIPI VISUALIZZATI	N 2	..	OBB
92	NUMERO POLIPI RECUPERATI	N 2	..	OBB
94	ALTRE ANOMALIE	AN 2	00= nessuna anomalia 01= emorroidi 02= malattia diverticolare 03= malattia infiammatoria cronica 09= altro	FAC

96	SUPPORTO FARMACOLOGICO	AN 2	00= nessun supporto farmacologico 01=antispastici 02=benzodiazepine 03=antispastici e benzodiazepine 04=meperidina e benzodiazepine 05=narcosi (presenza dell'anestesista) 09=altro	FAC
98	COMPLICANZE IMMEDIATE	AN 2	00=nessuna complicanza immediata 01=vago-vagali 02=sanguinamento 03=perforazione 04= da sedazione 09=altro	OBB
100	COMPLICANZE TARDIVE (entro 2 settimane)	AN 2	00=nessuna complicanza tardiva 01=sanguinamento 02=perforazione 03= in attesa di valutazione 09=altro	OBB
102	Necessità ASSISTENZA OSPEDALIERA (SDO)	AN 1	1=si 2=no	OBB
103	DATA DELLA INDICAZIONE/CONCLUSIONE	N 8	GGMMAAAA	OBB
111	INDICAZIONI / CONCLUSIONI	AN 2	01= negativo / FOBT dopo 5 anni 02= indicata chirurgia 03= clisma a doppio contrasto/colonscopia virtuale 04= ripetere esame endoscopico 05= altra colonscopia per completare procedura terapeutica 06= in attesa di istologia 07= invio a follow up 08= rientro a screening / FOBT dopo 2 anni 09= altro	OBB
113	FOLLOW UP A MESI:	N 2	..	OBB
115	NUMERO POLIPI ASPORTATI	N 2	..	OBB
117	CLEAN COLON	AN 1	1=si 2=no	OBB

FILE E: ARCHIVIO II LIVELLO Clisma Opaco o Colonscopia Virtuale
(§ da ripetere per ogni indicazione di clisma opaco o colonscopia virtuale, assegnando un ID_CLISMA OPACO/COLONSCOPIA VIRTUALE)

Pos.	Campo	Tipo e lung.	CODIFICA	VINCOLO
1	ID_AZIENDA	AN 3	Codice dell'Azienda inviante	OBBV
4	ID_RECORD	AN 20	Codice identificativo del programma di screening.	OBBV
24	ID_II LIVELLO_CLISMA OPACO/ COLONSCOPIA VIRTUALE	AN 20	Va compilato nel caso in cui sia stato consigliato un clisma opaco/colonscopia virtuale. E' un codice differente per tutti i clisma/c. virtuale opachi effettuati/congiati dall'azienda.	OBBV
44	ID_I LIVELLO	AN 20	Codice identificativo del test FOBT. E' un codice differente per tutti i test consegnati dall'azienda.	OBB
64	DATA prima disponibilit� clisma/colonscopia virtuale	N 8	GGMMAAAA	FAC
72	MODALITA' DI ACCESSO	AN 1	1= screening 2= familiarit� 3=patologia 9= altro	OBBV
73	MOTIVO DI NON ADESIONE O RINVIO	AN 2	01=in attesa di eseguire clisma/ c. virtuale. 02=rifiuto clisma opaco/ c.virtuale 03=rinvio per motivi tecnici/organizzativi 04=rinvio per motivi personali 05= si rivolge ad altra struttura 06= non eseguibile per motivi di salute 09=altro	OBB
75	DATA ESECUZIONE CLISMA/ COLONSCOPIA VIRTUALE	N 8	GGMMAAAA	OBB
83	VISIONE/ PULIZIA	AN 2	01 = Ottimale 02 = Meno che ottimale 03 = Inadeguato 04 = Impossibile	FAC
85	PRESENZA DI LESIONE SOSPETTA PER CCR	AN 1	1=si 2=no	FAC
86	NUMERO POLIPI	N 2	..	FAC
88	DATA DELLA INDICAZIONE/CONCLUSIONE	N 8	GGMMAAAA	OBB
96	INDICAZIONI / CONCLUSIONI	AN 2	01 = negativo / FOBT dopo 5 anni 02= indicata chirurgia 03= indicata Colonscopia 04= indicata Rettosigmoidoscopia 09= altro	OBB
98	Tipo Esame	AN1	1=clisma opaco 2=colonscopia virtuale	OBBV

FILE F: ARCHIVIO LESIONI COLONSCOPIA
 (§ da ripetere per ogni lesione individuata (fino a 5), assegnando ID_LESIONE_COLON)

Pos.	Campo	Tipo e lung.	CODIFICA	VINCOLO
1	ID_AZIENDA	AN 3	Codice dell'Azienda inviante	OBBV
4	ID_RECORD	AN 20	Codice identificativo del programma di screening.	OBBV
24	ID_IL LIVELLO COLONSCOPIA	AN 20	Codice identificativo della colonscopia. E' un codice differente per tutte le colonscopie effettuate dall'azienda.	OBBV
44	ID_LESIONE_COLON	N 1	Numero progressivo da 1 a 5 assegnato ad ogni lesione riscontrata. Nel caso di polipectomia multipla verranno compilate le 5 lesioni più severe.	OBBV
45	DESCRIZIONE ENDOSCOPICA LESIONE	AN 2	01= sessile 02= peduncolato 03= lesione piatta 04= lesione stenosante 05= lesione ulcero/vegetante 06= verifica radicalità asportazione	OBBV
47	DIMENSIONE LESIONE PATOLOGICA	N 3	In mm	OBB
50	PROCEDURA DIAGNOSTICA LESIONE	AN 1	1=biopsia 2=polipectomia con recupero lesione	OBBV
51	DATA REFERTO ISTOLOGICO	N 8	GGMMAAAA	OBBV
59	SEDE LESIONE	AN 6	Codice ICD-O	OBBV
65	TIPO ISTOLOGICO LESIONE	AN 6	Codice ICD-O	OBBV
71	GRADO DI DISPLASIA LESIONE	AN 6	Codice ICD-O	OBB

FILE G: ARCHIVIO LESIONI CLISMA OPACO/COLONSCOPIA VIRTUALE
(§ da ripetere per ogni lesione individuata, assegnando un ID_LESIONE_CLISMA/COLONSCOPIA VIRTUALE)

Pos.	Campo	Tipo e lung.	CODIFICA	VINCOLO
1	ID_AZIENDA	AN 3	Codice dell'Azienda inviante	OBBV
4	ID_RECORD	AN 20	Codice identificativo del programma di screening.	OBBV
24	ID_II LIVELLO CLISMA OPACO/ COLONSCOPIA VIRTUALE	AN 20	Codice identificativo del clisma opaco/colonscopia virtuale. E' un codice differente per tutti i clisma opachi/colonscopia virtuale effettuati dall'azienda.	OBBV
44	ID_LESIONE CLISMA/ COLONSCOPIA VIRTUALE	N 1	Numero progressivo da 1 a 3 assegnato ad ogni lesione riscontrata. Nel caso di lesioni multiple verranno compilate le 3 più severe.	OBBV
45	SEDE LESIONE	AN 2	01=non registrato 02=retto 03=sigma 04=colon discendente 05=flessura splenica 06=colon trasverso 07=flessura epatica 08=colon ascendente 09=ceco	OBBV
47	DIMENSIONI LESIONE	N 3	In mm	OBBV

FILE H: ARCHIVIO DI III LIVELLO
(§ da ripetere per ogni intervento chirurgico consigliato)

Pos.	Campo	Tipo e lungh.	CODIFICA	VINCOLO
1	ID_AZIENDA	AN 3	Codice dell'Azienda inviante	OBBV
4	ID_RECORD	AN 20	Codice identificativo del programma di screening.	OBBV
24	ID_III LIVELLO	AN 20	Codice identificativo di ogni intervento chirurgico effettuato/consigliato. E' un codice differente per tutti gli interventi chirurgici effettuati/consigliati dall'azienda.	OBBV
44	ID_I LIVELLO	AN 20	Codice identificativo del test FOBT. E' un codice differente per tutti i test inviati dall'azienda.	OBB
64	MODALITA' DI ACCESSO	AN 1	1= screening 2= familiarità 3=patologia	OBBV
65	DATA PRENOTAZIONE (richiesta intervento)	N 8	GGMMAAAA	OBB
73	MOTIVO DI NON ADESIONE O RINVIO	AN 2	01=rifiuto/ non adesione 02=si rivolge ad altra struttura 03=rinvio per motivi tecnici/organizzativi 04=rinvio per motivi personali 09=altro	OBB
75	DATA INTERVENTO	N 8	GGMMAAAA	OBB
83	DATA REFERTO ISTOLOGICO	N 8	GGMMAAAA	OBB
91	SEDE LESIONE	AN 6	Codice ICD-O	OBB
97	DIAGNOSI ISTOLOGICA LESIONE	AN 6	Codice ICD-O	OBB
103	pT (TNM VII edizione) (dal 01/01/2014)	AN 3	Digitare uno dei seguenti valori : T0, yT0 T1S, yT1 TX, yTX, cTX T1, yT1, cT1 T2, yT2, cT2 T3, yT3, cT3 T4, yT4, cT4 , T4a, T4b, y4a, y4b , c4a, c4b	OBB
106	pN (TNM VII edizione) (dal 01/01/2014)	AN 2	Digitare uno dei seguenti valori : N0 Nx 1a 1b 1c N2 2a 2b N3	OBB
108	pM	AN 2	Digitare uno dei seguenti valori : M0 M1 1a 1b Mx	OBB
110	NUMERO LINFONODI ESAMINATI	N 2	..	OBB
112	NUMERO LINFONODI METASTATICI	N 2	..	OBB
114	CLASSIFICAZIONE DI DUKES (fino AL 31/12/2013)	AN2	Digitare uno dei seguenti valori : A B B1 B2 B3 C	OBB

			C1 C2 C3 D	
116	GRADO DI DISPLASIA LESIONE	AN 6	Codice ICD-O	OBB
122	STADIO (TNM VII edizione) (dal 01/01/2014)	AN4	da inserire dal 01/01/2014 per i pazienti con diagnosi di cancro esclusi i casi con diagnosi di: carcinoma, linfoma, sarcoma e melanoma: 0 I II IIA IIB IIC III IIIA IIIB IIIC IV IVA IVB	OBB
126	TIPO D'INTERVENTO CHIRURGICO	AN2	01=RESEZIONE SEGMENTARIA 02=EMICOLECTOMIA 03=RESEZIONE DEL RETTO 04=AMPUTAZIONE DEL RETTO 05=INTERVENTO PALLIATIVO 06=COLECTOMIA 09=ALTRO	OBBV
128	GRADING	AN1	1=ben differenziato 2=moderatamente differenziato 3=scarsamente differenziato 4=indifferenziato 9=ignoto	OBBV
129	DIMENSIONE della LESIONE (solo per lesioni benigne)	N 3	In mm	OBB
132	TERAPIA NEOADIUVANTE	AN1	1= No 2=radioterapia 3=chemioterapia 4=entrambe	OBBV

MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI E SCADENZE

Gli invii avranno scadenza quadrimestrale:

1 invio: 20 Aprile (dati al 31 Marzo)
2 invio: 31 Agosto (dati al 31 Luglio)
3 invio: 20 dicembre (dati al 30 Novembre)

Ad ogni invio vanno inviate tutte le tabelle riferite ad ogni ID_RECORD (ad esempio se ad un ID_RECORD corrispondono due differenti ID_INVITO vanno inviate tre tabelle).

I file dovranno essere prodotti in formato ASCII seguendo il tracciato record e ogni Azienda USL dovrà inviare 8 file in corrispondenza di ciascun archivio.

- A: Archivio popolazione (dati dell'assistito).
- B: Archivio degli inviti (dati sull'invito)
- C: Archivio di 1° livello (dati inerenti il FOBT)
- D: Archivio di 2° livello colonscopia (dati sulla colonscopia)
- E: Archivio di 2° livello clisma opaco/colonscopia virtuale (dati sul clisma opaco/colonscopia virtuale)
- F: Archivio lesioni colonscopia (dati sulle lesioni riscontrate tramite la colonscopia)
- G: Archivio lesioni clisma opaco/colonscopia virtuale (dati sulle lesioni riscontrate tramite il clisma opaco/colonscopia virtuale)
- H: Archivio di 3° livello (contenente le informazioni sugli interventi effettuati).

TRASMISSIONI DEI FILE PER LE AZIENDE USL

Per trasmettere i dati tramite il nuovo portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali <http://www.saluter.it/siseps>, occorre essere in possesso di un'utenza EXRARER attribuita dalla Regione Emilia-Romagna.

Ogni Azienda deve inviare i file (INVIO FILE) da sottomettere al programma regionale dei controlli (SIMULAZIONE), verificare l'esito dell'elaborazione, per poi correggere gli eventuali errori e segnalazioni prima di inviare i dati definitivi che vanno consolidati (CONSOLIDAMENTO) da parte dell'azienda.

Tutte le Aziende USL sono tenute a identificare uno o due referenti per il Sistema Screening Colon-rettale, con funzioni di gestione del flusso informativo (invio, simulazione e consolidamento dati aziendali) e coordinamento e monitoraggio della rilevazione.

Al referente verranno inviate tutte le comunicazioni relative alla gestione del flusso informativo.

Le Aziende devono comunicare **cognome, nome ed e-mail del referente del flusso** a Francesca Francesconi (tel. 051 5277431 e-mail ffrancesconi@regione.emilia-romagna.it).

Il referente aziendale dovrà coordinarsi con i responsabili aziendali dei Programmi Screening (o le persone da essi delegate) al fine di assicurare la completezza e la buona qualità dei dati raccolti.

Solo i referenti aziendali, a cui verrà data apposita utenza, avranno accesso alle specifiche pagine di Gestione del flusso informativo.

In attuazione del documento programmatico per la sicurezza della Regione (Prot. n. (DOR/07/60125, Atto Dirigente n. 2653 del 06/03/2007) l'utenza deve essere nominativa, cioè ad essa deve essere collegata una specifica persona, con la propria e-mail individuale e non può in nessun caso corrispondere ad una funzione o essere ceduta ad altri.

L'utenza consentirà di accedere alle funzioni di elaborazione file (invio, simulazione, consolidamento) e visualizzazione del ritorno informativo.

RITORNO INFORMATIVO

Per garantire elevati standard di qualità del flusso informativo, le procedure informatiche adottate dalla Regione per il controllo e la validazione dei dati, si basano su requisiti minimi di qualità delle informazioni contenute su ogni singolo record.

L'assenza di questi requisiti determina il mancato inserimento nell'archivio regionale del record.

Tramite il Ritorno Informativo vengono messi a disposizione delle singole Aziende/Strutture di competenza due tipi di file il cui contenuto può essere scaricato impostando i seguenti parametri:

- Azienda erogante/di ubicazione
- Anno di riferimento
- N. dell'invio (1,2)
- Tipo di file

A) STATISTICHE SCARTI

Questo file contiene alcuni prospetti statistici sul risultato del caricamento dei record suddiviso per singola azienda.

B) FILE SCARTI

Il file contenente i record scartati per il mancato superamento dei controlli sarà fornito ad ogni invio alle singole aziende.

C) FILE SEGNALAZIONI

Il file contenente i record non scartati ma che presentano delle anomalie nel superamento dei controlli sarà fornito ad ogni invio alle singole aziende.

REFERENTI AZIENDALI

Ogni azienda dovrà individuare due referenti aziendali per il flusso in oggetto: un referente per il Sistema Informativo e uno per il Programma di Screening. I nominativi (nome cognome mail telefono) andranno mandati via mail ai referenti regionali. Si rammenta che la modifica di uno o più referenti va comunicata tempestivamente in regione al fine di aggiornare gli elenchi degli utenti che hanno accesso al portale e gli indirizzari.

REFERENTI REGIONALI

Dott.ssa Francesca Francesconi
Tel 051/527-7431
f francesconi@regione.emilia-romagna.it
Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Dott.ssa Priscilla Sassoli de Bianchi
Tel 051/527-7041
psassoli@regione.emilia-romagna.it
Servizio Sanità Pubblica

Eleonora Verdini



Emanuela Bedeschi

