

Servizio Sanità Pubblica,

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Pierluigi Macini

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Eleonora Verdini

TIPO ANNO NUMERO
Reg. PG | 2007 | 152159
del 7/6/2007

Ai Direttori Sanitari
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-Informatico

delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna

OGGETTO: Linee guida flusso informativo regionale programma di screening per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori del colon-retto

Dopo il primo invio sperimentale del flusso informativo dello screening del colon-retto con dati 2005, che aveva come funzione principale la messa a punto delle modalità di invio, la verifica della struttura degli archivi e della pertinenza dei campi e dei codici presenti, i cui risultati sono stati discussi nella riunione del 12 luglio 2006 con i responsabili del programma e i referenti per il tracciato, si è proceduto al primo invio con dati al 30 settembre 2006. Un'analisi più approfondita con un campione di dati ha permesso di evidenziare alcune criticità. Dall'osservazione delle problematiche emerse, sono scaturite linee guida alla compilazione e alcune integrazioni al tracciato di seguito allegati.

Si ringrazia fin da ora per la collaborazione. Cordialmente

F.to Pierluigi Macini

F.to Eleonora Verdini

40127 Bologna - Viale Aldo Moro, 21
Tel. 051/6397435 Fax 051/6397067
e-mail: sissrer@regione.emilia-romagna.it

a uso interno		ANNO	NUMERO	Classif.	INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5	Fasc.	ANNO	NUMERO	SUB
	DP				3401	600	50	30				2006	21	



Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Servizio Sanità Pubblica,

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Pierluigi Macini

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Eleonora Verdini

Allegato tecnico

FLUSSO INFORMATIVO DELLO SCREENING DEL COLON RETTO

LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE

Sistema di classificazione diagnosi –sede- grado - ICD-O

L'ultimo invio aveva già evidenziato la difficoltà nella messa a punto dei codici delle sedi e delle diagnosi istologiche, tanto che nell'invio delle correzioni, che si è concluso nei primi mesi del 2007, si era deciso di accettare tutti i codici inseriti (ICD-O) con lo scopo di analizzarli e pervenire a un documento completo dei codici ammessi per raggiungere il livello di uniformità desiderato.

Si è pensato pertanto di rielaborare un elenco più dettagliato di tutti i codici al fine di renderli più omogenei e confrontabili con i dati dei Registri Tumori nazionali ed internazionali.

Si allega un elenco di tutti i codici ammessi nel tracciato record regionale a cui gli operatori dei centri screening dovranno attenersi (*Allegato 1*). Gli operatori dovranno inoltre ricondurre tutte le codifiche delle lesioni riscontrate ai codici previsti nell'elenco allegato (ad esempio Emangioma dovrà essere inserito come 0010/0 normale morfologia).

Alcune regole di codifica per le variabili del tracciato

1. La data di entrata e di uscita dalla popolazione bersaglio è quella stabilita dal programma e non è detto che corrisponda a quella prettamente anagrafica;
esempio: persona che aderisce all'età di 71 anni, o persone che sono entrate in follow up e ovviamente devono essere seguite fino al termine dello stesso, anche se oltre i limiti di età della popolazione bersaglio.
2. Prestare particolare attenzione alla completezza dei percorsi dei singoli aderenti allo screening;
esempio: le persone con test di primo livello positivo dovrebbero essere presenti nel file D archivio II livello colonscopia (tutti i percorsi devono essere il più possibile completi alla data di scadenza indicata).
3. Le indicazioni/conclusioni finali del percorso di secondo livello vanno inserite nella scheda del file D; pertanto includono eventuali indicazioni derivanti anche dall'esecuzione di un clisma opaco;
esempio: una persona, in seguito ad una colonscopia incompleta con rimozione di una lesione polipoide viene "inviata a clisma opaco" – prima conclusione- il risultato del clisma è negativo, a questo punto l'endoscopista assegnerà un follow up sulla base del riscontro istologico della lesione asportata e questa conclusione finale andrà a sovrascrivere la precedente nel file D. Pertanto mentre la indicazioni/conclusione del file E (clisma opaco) è sempre riferita all'esito dell'esame, la indicazioni/conclusione del file D è riferita all'insieme del secondo livello e può dunque essere modificata

via via che il percorso si conclude. Si rammenta peraltro che l'indicazione a effettuare una ulteriore colonscopia determina sempre la compilazione di un nuovo file D.

4. Nell'archivio D le complicanze tardive devono avere codice 03 = "in attesa di valutazione" ogni qual volta non sia stato effettuato il link con le SDO al fine di rilevarle.
5. Se è presente l'archivio terzo livello (file H) l'indicazione/conclusione del II livello deve essere "invio in chirurgia".
6. L'archivio di terzo livello dovrà essere compilato solo in presenza di una indicazione all'intervento chirurgico: pertanto, eventuali polipi cancerizzati con indicazione al solo trattamento endoscopico non saranno riportati nel file H. La sede, la diagnosi istologica e il grado di displasia della lesione, codificati nel file H, devono riferirsi all'intervento chirurgico, mentre tutti i campi dal pT alla classificazione di Dukes, devono essere riferiti all'esito istologico della lesione più grave identificata.
7. Per i casi che effettuano terapia neoadiuvante aggiungere la lettera y alla stadiazione (esempio yT2) e nei casi solo clinici aggiungere la lettera c alla stadiazione (esempio cT3).

MODIFICHE AL TRACCIATO

Dalle analisi effettuate si è reso necessario apportare alcune modifiche al tracciato nelle tabelle :

1. Nel file E al campo 96 si è sostituita la modalità 01=negativo/Fobt a 5 anni con 01=negativo, 03=indicata CT con 03=indicata colonscopia, 04 indicata RS con 04=indicata rettosigmoidoscopia.
2. Nel file F il campo 71 "grado di displasia lesione" è OBB e il livello di controllo è SEGNALAZIONE
3. Nel file H si è aggiunto il campo 116 "grado di displasia lesione" che è OBB e il livello di controllo è SEGNALAZIONE; si è modificato il campo 103 "pT" a cui sono stati aggiunti dei valori; si è inoltre modificato il campo 114 "classificazione di DUKES" sia nella lunghezza del campo che nelle modalità previste.

FILE A: ARCHIVIO DI POPOLAZIONE

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	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 coloretale NON documentabile 02=escl. per diagnosi di ca coloretale 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 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	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 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_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 coloretale NON documentabile 02=escl. per precedente diagnosi di ca coloretale 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 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	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 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_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=sì 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/consigliate 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 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	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 04= ripetere esame endoscopico 05= altra colonscopia per completare procedura terapeutica 06= in attesa di istologia 07= invio a follow up 09= altro	OBB
113	FOLLOW UP A MESI:	N 2	..	OBB

FILE E: ARCHIVIO II LIVELLO Clisma Opaco
(§ da ripetere per ogni indicazione di clisma opaco, assegnando un ID_CLISMA OPACO)

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_II_LIVELLO_CLISMA OPACO	AN 20	Codice identificativo del clisma opaco. E' un codice differente per tutti i clisma opachi effettuati/consigliati 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 disponibilità clisma opaco	N 8	GGMMAAAA	FAC
72	MODALITA' DI ACCESSO	AN 1	1= screening 2= familiarità 3=patologia 9= altro	OBBV
73	MOTIVO DI NON ADESIONE O RINVIO	AN 2	01=in attesa di eseguire clisma op. 02=rifiuto clisma opaco 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	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 02= indicata chirurgia 03= indicata Colonscopia 04= indicata Rettosigmoidoscopia 09= altro	OBB

FILE F: ARCHIVIO LESIONI COLONSCOPIA
 (§ da ripetere per ogni lesione individuata (fino a 3), 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_II 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 3 assegnato ad ogni lesione riscontrata. Nel caso di polipectomia multipla verranno compilate le 3 lesioni più severe.	OBBV
45	DESCRIZIONE ENDOSCOPICA LESIONE	AN 2	01=sessile 02=peduncolato 03=lesione piatta 04=lesione stenosante 05=lesione ulcero/vegetante	OBBV
47	DIMENSIONE LESIONE ENDOSCOPICA	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
 (§ da ripetere per ogni lesione individuata, assegnando un ID_LESIONE_CLISMA)

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_II LIVELLO_CLISMA_OPACO	AN 20	Codice identificativo del clisma opaco. E' un codice differente per tutti i clisma opachi effettuati dall'azienda.	OBBV
44	ID_LESIONE CLISMA	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	AN 3	Digitare uno dei seguenti valori : T0, yT0 TIS yTi TX, yTX, cTX T1, yT1, cT1 T2, yT2, cT2 T3, yT3, cT3 T4, yT4, cT4	OBB
106	pN	AN 2	Digitare uno dei seguenti valori : N0 Nx N1 N2	OBB
108	pM	AN 2	Digitare uno dei seguenti valori : M0 M1 Mx	OBB
110	NUMERO LINFONODI ESAMINATI	N 2	..	OBB
112	NUMERO LINFONODI METASTATICI	N 2	..	OBB
114	CLASSIFICAZIONE DI DUKES	AN2	Digitare uno dei seguenti valori : A B B1 B2 B3 C C1 C2 C3 D	OBB
116	GRADO DI DISPLASIA LESIONE	AN 6	Codice ICD-O	OBB

MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI E SCADENZE

Gli invii mantengono la scadenza semestrale.

Gli invii del 2007 avranno le seguenti scadenze:

1° invio 2007 (situazione al 31 maggio 2007): 30 giugno 2007.
Correzioni del 1° invio : 31 luglio 2007.
2° invio 2007 (situazione al 31 ottobre 2007): 15 novembre 2007.
Correzioni del 2° invio : 15 dicembre 2007.

Dal 2008 gli invii avranno le seguenti scadenze:

1° invio (situazione al 31 maggio): 15 giugno
Correzioni del 1° invio : 15 luglio
2° invio (situazione al 31 ottobre): 15 novembre
Correzioni del 2° invio : 15 dicembre

Ad ogni invio occorre sempre inviare tutto l'archivio completo. Questo vale sia per gli invii ordinari che per le correzioni.

Ogni invio dovrà essere accompagnato da una e-mail all'indirizzo regionale ffrancesconi@regione.emilia-romagna.it che ne attesti l'effettuazione, la data, il numero di record per singolo file ed eventuali note esplicative utili al fine di interpretare i dati.

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 (dati sul clisma opaco)
- F: Archivio lesioni colonscopia (dati sulle lesioni riscontrate tramite la colonscopia)
- G: Archivio lesioni clisma opaco (dati sulle lesioni riscontrate tramite il clisma opaco)
- H: Archivio di 3° livello (contenente le informazioni sugli interventi effettuati).

I file dovranno essere inviati tramite il portale del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali al seguente indirizzo: <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>

Per la gestione del flusso dello Screening del Colon Retto posizionarsi sul riquadro corrispondente e "cliccare" con il mouse.

Da questa pagina è possibile accedere senza utenza e password alle voci :

- Documentazione (circolari, note, delibere)
- Analisi statistica (pagina in costruzione).
- Tabelle di riferimento (sistemi di codifica per la compilazione della rilevazione).
- F.A.Q. (pagina in costruzione).

Per accedere invece alla Gestione del flusso informativo, occorre essere in possesso di un'utenza EXTRARER attribuita dalla Regione Emilia-Romagna.

Selezionando la funzione di Gestione del flusso informativo, comparirà la pagina dell'autenticazione centralizzata della Regione Emilia-Romagna.

Impostare i seguenti dati.

Dominio : EXTRARER
Username : Nome utente assegnato dalla Regione, generalmente nome.cognome
Password : La password personale.

Successivamente premere ACCEDI.

Le funzioni abilitate sono :

Elaborazione File (permette di inviare i file in Regione).
Ritorno informativo (permette di prendere visione dei file previsti dalla circolare per il monitoraggio della qualità dei dati)

Per maggiori informazioni è disponibile la guida on line, oppure si può fare riferimento alla dott.ssa Francesca Francesconi.

REFERENTI REGIONALI

Dott.ssa Priscilla Sassoli de Bianchi
Tel 051/6397041
psassoli@regione.emilia-romagna.it
*Servizio Sanità Pubblica
Sociali*

Dott.ssa Francesca Francesconi
Tel 051/6397431
ffrancesconi@regione.emilia-romagna.it
Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche

Pierluigi Macini

Eleonora Verdini

Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Servizio Sanità Pubblica,

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Pierluigi Macini

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Eleonora Verdini

Allegato 1

TOPOGRAFIA

COLON (C18)		RETTO (C19-21)	
Cieco	C18.0	Giunto retto-sigma	C19.9
Appendice	C18.1	Retto (ampolla)	C20.9
Ascendente	C18.2	Ano	C21.0
Flessura epatica	C18.3	Canale anale	C21.1
Trasverso	C18.4	Zona cloacogenica	C21.2
Flessura splenica	C18.5	Giunzione anorettale	C21.8
Discendente	C18.6		
Sigma	C18.7		
Sede sconfinante*	C18.8		
Colon NAS	C18.9		

* un tumore che interessa le zone di confine di due o più sottocategorie e il cui punto di origine non può essere determinato, deve essere assegnato alla sottocategoria "8". Ad esempio, un tumore del colon discendente-sigma deve essere attribuito al codice topografico C18.8.

CLASSIFICAZIONE ISTOLOGICA

Per le lesioni non contemplate dalla codifica ICDO-3 si potrà fare riferimento alla corrispondente versione della Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED), modificata, per le relative morfologie:

0001/0*	Morbo di Chron
0002/0*	Colite microscopica linfocitaria
0010/0	Normale morfologia
4000/0	Flogosi
4703/1	Rettocolite ulcerosa
7204/4	Polipo iperplastico
7563/0	Polipo amartomatoso
7564/0	Polipo Giovanile
7680/0	Polipo NAS
7681/0	Polipo fibroepiteliale
7682/0	(Pseudo) Polipo infiammatorio
7690/0	Poliposi
9000/0	Materiale insuff. o inadeguato

*codifica non esistente in SNOMED

CLASSIFICAZIONE ISTOLOGICA GRADO DISPLASIE

7400/6	Displasia basso grado
7400/7*	Displasia medio grado
7400/8	Displasia alto grado

*La displasia media è destinata a sparire: va inserita nella displasia a basso grado

CLASSIFICAZIONE ISTOLOGICA DEI TUMORI DEL COLON RETTO

Tumori epiteliali

8000/0	Tumore maligno (comprende l'istotipo non noto e l'indicazione "cellule neoplastiche")
8010/3	Carcinoma NAS
8020/3	Carcinoma indifferenziato, NAS
8041/3	Carcinoma a piccole cellule
8070/3	Carcinoma a cellule squamose
8140/0	Adenoma
8140/2	Adenocarcinoma in situ, NAS
8140/3	Adenocarcinoma
8210/0	Polipo adenomatoso
8210/2	Adenocarcinoma in situ in polipo adenomatoso
8210/3	Adenocarcinoma in polipo adenomatoso
8211/0	Adenoma tubulare
8211/2	Adenocarcinoma in situ in adenoma tubulare
8211/3	Adenocarcinoma tubulare
8213/0	Adenoma serrato
8215/3	Adenocarcinoma delle ghiandole anali (consigliata sede C21.1)
8220/0	Poliposi adenomatosa del colon – Poliposi familiare (C18._)
8220/3	Adenocarcinoma in poliposi adenomatoso del colon (C18._)
8240/1	Tumore carcinoide, ad incerto potenziale di malignità
8240/3	Tumore carcinoide, NAS (escluso dell'appendice 8240/1)
8241/3	Carcinoide a cellule enterocromaffini
8243/3	Carcinoide a cellule calciformi (consigliata sede C18.1)
8244/3	Carcinoide composito
8245/1	Carcinoide tubulare (consigliata sede C18.1)
8245/3	Adenocarcinoide
8261/0	Adenoma villosa NAS
8261/2	Adenocarcinoma in situ in adenoma villosa
8261/3	Adenocarcinoma in adenoma villosa

8263/0	Adenoma tubulovilloso
8263/2	Adenocarcinoma in situ in adenoma tubulovilloso
8263/3	Adenocarcinoma in adenoma tubulovilloso
8480/3	Adenocarcinoma mucinoso (componente mucoide >50%)
8481/3	Adenocarcinoma con produzione di mucina (componente mucoide <50%)
8490/3	Carcinoma a cellule con anello a castone
8510/3	Carcinoma midollare, NAS
8542/3	Malattia di Paget extramammaria (consigliata sede C21.1)
8560/3	Carcinoma adenosquamoso

Tumori non epiteliali

8820/1	Lipoma, NAS
8890/0	Leiomioma, NAS
8890/3	Leiomioma sarcoma, NAS
8936/1	Tumore stromale gastrointestinale, NAS
9120/3	Emangiosarcoma
9140/3	Sarcoma di Kaposi
9570/0	Neuroma, NAS (consigliata sede C18.1)
9673/3	Linfoma a cellule mantellari
9680/3	Linfoma maligno a grandi cellule B, diffuso, NAS
9687/3	Linfoma di Burkitt, NAS (vedere anche 9826/3)
9699/3	Linfoma a cellule B della zona marginale, NAS

Melanoma maligno

8720/3	Melanoma maligno, NAS (consigliata sede C21.1)
--------	--