

Il Direttore Generale

Leonida Grisendi

Protocollo N° ASS/DIR/05 - 43127

data 21 dicembre 2005

CIRCOLARE N. 21

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 della Regione Emilia Romagna

OGGETTO: Specifiche tecniche relative alla trasmissione e ritorno informativo del flusso informativo regionale relativo al programma di screening per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori del colon-retto

Questo Assessorato è da molti anni impegnato nella promozione di programmi regionali di screening in campo oncologico (per i tumori della mammella e del collo dell'utero già attivati da anni) anche allo scopo di garantire qualità delle prestazioni e dei percorsi assistenziali ed equità di accesso a tutte le persone comprese nella popolazione bersaglio della regione.

Su proposta della Commissione Oncologica Regionale, questo Assessorato ha recentemente attivato un ulteriore programma riguardante *la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto*, che comprende uno screening di popolazione su tutto il territorio della regione.

L'evidenza di efficacia dello screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto nel ridurre l'incidenza e la mortalità, è stata, infatti, da tempo acquisita attraverso numerosi e rigorosi studi randomizzati e controllati a livello internazionale ed è stata recepita in numerosi documenti di carattere regionale, nazionale ed europeo: il Piano Prevenzione della Regione Emilia-Romagna 2005-2007, il

Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, il DPCM n. 26 del 29/11/2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza, il provvedimento n. 102 dell'8/3/2001 della Conferenza Stato-Regioni "Linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia", pubblicato sul Supplemento Ordinario della Gazzetta Ufficiale n. 100 del 2/5/2001, la Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea sullo Screening dei Tumori (2003/878/CE), pubblicata sulla G.U. L.327 del 16-12-2003 e fatta propria dal parlamento Europeo, la Legge n. 138 del 26/5/2004 all'art. 2 bis.

Con la Circolare regionale n. 11 del 19/7/2004 e la comunicazione successiva del 13 Settembre 2004 prot. N. 32538, la Regione Emilia-Romagna ha promosso la realizzazione del programma di screening dei tumori del colon-retto su tutto il territorio regionale, indicandone le modalità protocollari di svolgimento.

L'intervento è concretamente partito, contemporaneamente in tutte le Aziende sanitarie della Regione, il 21/3/2005.

Lo screening è inserito in un più complessivo programma di prevenzione dei tumori del colon-retto, articolato nei seguenti interventi:

1. Screening di popolazione, attivamente offerto a tutte le persone, maschi e femmine, di età compresa fra i 50 ed i 69 anni, mediante test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT) con metodo immunologico su un unico prelievo, con invito ad eseguire il test ogni 2 anni e ad effettuare una colonscopia di approfondimento diagnostico per verificare l'origine del sanguinamento per tutti coloro che risulteranno positivi al test. Le persone che hanno effettuato la colonscopia risultata normale, saranno invitate per eseguire un nuovo test per la ricerca del sangue occulto nelle feci dopo 5 anni, e andranno temporaneamente escluse dalle liste di invito fino al compimento del periodo sopra indicato;
2. Offerta attiva e sistematica ai familiari di primo grado di persone riscontrate affette da tumore maligno intestinale di una colonscopia o, in alternativa, in caso di rifiuto, del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci con metodo immunologico biennale;
3. Raccomandazione ai Medici di Medicina Generale di proporre ai loro assistiti, compresi nella fascia di età 70-74, l'esecuzione di una colonscopia (una volta nella vita) in considerazione dell'alta incidenza di lesioni in questa fascia di età, così come previsto peraltro dalla legge finanziaria n 388 del 23/12/2000.

In data 6/12/2004 con comunicazione prot. N. 42637 l'Assessorato Politiche per la Salute ha inviato alle Aziende sanitarie la descrizione di un data set minimo sul cui modello basare i sistemi gestionali ed informativi aziendali per lo screening dei tumori del colon-retto, che costituisce ora il punto di riferimento per l'attivazione del flusso informativo regionale oggetto di questa circolare, basato sul tracciato record individuale allegato, necessario alla raccolta dei dati riguardanti la popolazione sottoposta a screening per la verifica ed il controllo dell'andamento e della qualità dei programmi di screening aziendali attraverso gli indicatori e gli standard di riferimento individuati.

Per le specifiche tecniche, i tempi e le modalità di trasmissione, si rimanda all'allegato tecnico che è parte integrante della presente circolare.

Leonida Grisendi
f.to Grisendi



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

INTRODUZIONE

Il presente allegato tecnico è valido a partire dal 1° gennaio 2006.

Le informazioni devono essere trasmesse dalle Aziende USL al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali dell'Assessorato 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 semestrale 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 (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).

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.

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)*

Il dato è sempre obbligatorio per i cittadini italiani.

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 all'ASA all'indirizzo www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/

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 all'ASA all'indirizzo

www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/

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 colorettales NON documentabile

02 = escl. per 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 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

Nel caso di colonscopia e/o clisma opaco eseguiti IN screening il campo va compilato con la modalità 00 = non escluso.

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 SCARTANTE*)

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 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

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 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 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 (*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 = si
- 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
- 04 = ripetere esame endoscopico
- 05 = altra colonscopia per completare procedura terapeutica
- 06 = in attesa di istologia
- 07 = invio a follow up
- 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.

E: Archivio di 2° livello Clisma opaco

Va compilato nel caso in cui sia stato fatto o consigliato un clisma opaco. 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 *(livello di controllo SCARTANTE)*

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

Codice identificativo del clisma opaco. E' un codice differente per tutti i clisma opachi 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 *(livello di controllo SEGNALAZIONE)*

Va compilata con la prima data disponibile per effettuare il clisma opaco. 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 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

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

DATA ESECUZIONE CLISMA OPACO *(livello di controllo SCARTANTE)*

Formato GGMMAAAA

VISIONE/PULIZIA *(livello di controllo SCARTANTE)*

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

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 CT
04 = indicata RS
09 = altro

F: Archivio lesioni Colonscopia

Va compilato per ogni lesione individuata tramite la colonscopia, 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_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 colonscopie 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 3 assegnato ad ogni lesione riscontrata. Nel caso di polipectomia multipla verranno compilate le 3 lesioni più severe.

Ad esempio 1.

DESCRIZIONE ENDOSCOPICA LESIONE *(livello di controllo SCARTANTE)*

Valori ammessi:

01 = sessile

02 = peduncolato

03 = lesione piatta

04 = lesione stenotomica

05 = lesione ulcero/vegetante

DIMENSIONE LESIONE ENDOSCOPICA *(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

Va compilato per ogni lesione individuata tramite il clisma opaco, 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_II LIVELLO CLISMA OPACO *(livello di controllo SCARTANTE)*

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

Deve essere indicato il medesimo valore dell'archivio di 2° livello Clisma opaco.

ID_LESIONE CLISMA *(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)*

Valori ammessi:

T0
TIS
TX
T1
T2
T3
T4

pN (*livello di controllo SCARTANTE*)

Valori ammessi:

N0
Nx
N1
N2

pM (*livello di controllo SCARTANTE*)

Valori ammessi:

M0
M1
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*)

Valori ammessi:

1=A
2=B
3=B1
4=B2
5=C
6=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.

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 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
74	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
92	ESITO FOBT (latex test)	AN 2	01=negativo 02=positivo 03=non eseguito 04=non valutabile	OBB
94	QUANTITA' HB (ng/ml)	N 4	...	OBB
98	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
74	MODALITA' DI ACCESSO	AN 1	1= screening 2= familiarità 3=patologia 9= altro	OBBV
75	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
77	DATA ESECUZIONE CLISMA	N 8	GGMMAAAA	OBB
85	VISIONE/ PULIZIA	AN 2	01 = Ottimale 02 = Meno che ottimale 03 = Inadeguato 04 = Impossibile	FAC
87	PRESENZA DI LESIONE SOSPETTA PER CCR	AN 1	1=si 2=no	FAC
88	NUMERO POLIPI	N 2	..	FAC
90	DATA DELLA INDICAZIONE/CONCLUSIONE	N 8	GGMMAAAA	OBB
98	INDICAZIONI / CONCLUSIONI	AN 2	01= negativo / FOBT dopo 5 anni 02= indicata chirurgia 03= indicata CT 04= indicata RS 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 TIS TX T1 T2 T3 T4	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	AN1	1=A 2=B 3=B1 4=B2 5=C 6=D	OBB

MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI E SCADENZE

Gli invii avranno scadenza semestrale:

1° semestre 2006 (situazione al 30 giugno 2006): 31 agosto 2006.
Correzioni del 1° semestre : 31 settembre 2006.
2° semestre 2006 (situazione al 31 dicembre 2006): 28 febbraio 2007.
Correzioni del 2° semestre: 31 marzo 2007.

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).

Ad ogni invio di correzione (che serve per correggere i record scartati perché contengono errori logico formali) vanno inviate tutte le tabelle relative agli ID_RECORD scartati e che si vogliono correggere.

Le modalità per l'invio verranno indicate successivamente poiché è in corso un'opera di revisione tecnico informatica del sistema informativo.

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).

TRASMISSIONI DEI FILE DI PROVA PER LE AZIENDE USL

Per sperimentare la gestione del flusso effettueremo un controllo di tutti i dati raccolti nel 2005 con scadenza 28 febbraio 2006.

A tale scopo i file che perverranno in regione dovranno avere il tracciato indicato in questa circolare.

I file dovranno avere un nome che consenta di identificare: la provenienza dei dati (codice Azienda USL), di invio e la tipologia di dati inviati (ovvero se si tratta dell'archivio anagrafico File A o degli altri archivi File B-H). Il nome di ogni file dovrà essere del tipo:

Cxxxaaw.txt sulla base della legenda qui sotto riportata.

legenda:

xxx corrisponde al codice dell'Azienda Sanitaria

aa corrisponde all'anno di invio (indicare solo le ultime 2 cifre).

w corrisponde al tipo di archivio inviato (lettere dalla A alla H)

Ad esempio

C10105A.txt - Tracciato record Archivio popolazione.

C10105B.txt - Tracciato record Archivio degli inviti.

C10105C.txt - Tracciato record Archivio di 1° livello.

.....

L'invio dei dati deve essere effettuato, a norma delle legge sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003), mediante una procedura di FTP sicuro predisposto dai Servizi informatici della Regione collegandosi alla URL:

<https://hostservizi.regione.emilia-romagna.it/AccessoMainframe>

con le seguenti utenze:

UTENZA	Azienda USL	Codice
FTCR101	Piacenza	101
FTCR102	Parma	102
FTCR103	Reggio Emilia	103
FTCR104	Modena	104
FTCR105	Bologna	105
FTCR106	Imola	106
FTCR109	Ferrara	109
FTCR110	Ravenna	110
FTCR111	Forlì	111
FTCR112	Cesena	112
FTCR113	Rimini	113

Le Aziende devono comunicare **cognome, nome ed e-mail del referente del flusso** a Francesca Francesconi (tel. 051 6397431 e-mail ffrancesconi@regione.emilia-romagna.it).

Al primo collegamento il referente introduce la propria utenza e nel campo password la parola (in minuscolo):

iniziale

Segue la richiesta della password personale - di lunghezza 8 caratteri (esatti) - che ha validità di 90 giorni ed è nota solo all'interessato.

Il referente dell'azienda verrà avvisato della imminente scadenza della password con anticipo di 15 gg via e-mail.

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, con periodicità semestrale, 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.

Maggiori informazioni verranno comunicate in seguito.

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.

REFERENTI REGIONALI

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

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

Pierluigi Macini
f.to Macini

Eleonora Verdini
f.to Verdini