

19. Referti di Anatomia patologica (AP)

In Toscana è attivo dal 1984 il Registro Tumori (RTT) che raccoglie, archivia ed elabora informazioni relative ai soggetti portatori di neoplasia residenti nelle province di Firenze e Prato.

Il RTT svolge una funzione di epidemiologia descrittiva che, tra l'altro, permette di sorvegliare i livelli di incidenza e mortalità per la patologia oncologica, di studiare la sopravvivenza e la prevalenza, oltre che di produrre stime per il carico di patologia neoplastica nella popolazione toscana.

La rilevazione da parte della Regione Toscana dei casi di patologia neoplastica tramite il Registro Tumori è prevista dal Programma statistico nazionale e dal Programma statistico regionale.

Le principali fonti utilizzate dal RTT per definire i casi di tumore sono:

1. le schede di dimissione ospedaliera (SDO),
2. le cartelle cliniche,
3. le schede di morte,
4. i referti di anatomia patologica.

In questi ultimi anni le fonti informative sono state progressivamente, seppure ancora parzialmente, automatizzate ed integrate .

In questo contesto è migliorata la possibilità di realizzare il database del RTT con una attività di recupero manuale che nel tempo è andata diminuendo, visto l'aumento delle possibilità di incrocio automatico di database relativi a rilevazioni sanitarie correnti.

Questo cambiamento sta comunque portando ad una riduzione dei tempi per la definizione dei casi incidenti e ad un arricchimento delle informazioni disponibili. Il flusso dei dati di Anatomia Patologica, espressamente previsto dal Programma statistico regionale 2006-2008 nell'ambito della rilevazione statistica del Registro Tumori Toscano, si affianca agli altri già attivati dalla Regione Toscana e costituisce uno strumento informativo essenziale per la realizzazione di una attività di Registro Tumori in aree che attualmente non sono coperte. I dati resi così disponibili richiedono infatti ulteriori verifiche ed integrazione per ottenere un prodotto capace di documentare la patologia oncologica nell'area aziendale.

Oggetto di rilevazione del presente flusso informativo sono i referti di Anatomia patologica classificati con codice M-8**** e M-9**** (SNOMED vers. 3) relativi ad utenti ovunque residenti.

In considerazione del fatto che alcune lesioni anatomopatologiche sono ritenute rilevanti ai fini della valutazione dei programmi di screening, e ad integrazione dei dati rilevati nel Flusso degli Screening (D.G.R. n. 559 del 31/07/2006 e successive), il cui obiettivo è quello di permettere in forma automatica e con modalità validate la valutazione delle performance e della efficacia dei programmi di prevenzione secondaria per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto nella regione Toscana, a decorrere dall'inserimento di tale flusso nel sistema C&C, oltre ai già citati codici morfologici M-8**** ed M-9****, dovranno essere inseriti tutti i codici morfologici da M-0**** a M-7**** (SNOMED vers.3) relativi

alle sedi mammella, utero e cervice uterina, intestino crasso e retto (codici topografici T-04, T-83, T-59). In futuro il presente flusso, relativamente alla patologia oggetto di screening, potrà avvalersi di tabelle di supporto relative ad un numero più esiguo di codici morfologici qualora a livello regionale si realizzi la uniformazione e condivisione delle codifiche morfologiche SNOMED.

E' facoltà delle Azienda USL che lo richiedano inviare tutti i referti di anatomia patologica senza alcuna distinzione relativamente ai codici topografici e morfologici. In questi casi, ai fini degli obiettivi del flusso degli screening, le opportune selezioni verranno apportate a livello regionale.

Al fine di stabilire i criteri di verifica dei dati, permetterne la validazione formale e garantire una valutazione analitica coerente e corretta, viene istituito un gruppo di lavoro a cui partecipano un anatomo-patologo referente per ogni Azienda Sanitaria e Ospedaliero-Universitaria, un referente del sistema Settore Informativo e ICT della regione Toscana, un epidemiologo di riferimento all'interno del CRR per la prevenzione oncologica, i referenti tecnici del CRR e del Registro Tumori Toscano.

Si sottolinea che il presente flusso informativo non rileva prestazioni, ovvero non è una rilevazione dell'attività dell'Anatomia patologica.

Con la presente versione del manuale sono definite le specifiche dei tracciati record, le modalità ed i tempi della trasmissione dei dati dalle Aziende sanitarie alla Regione e dalla Regione alle Aziende sanitarie.

Si precisa che il tracciato record, riportato nel presente manuale, contiene le informazioni minime da rilevare per garantire il debito informativo rispetto alla Regione Toscana.

19.1 Modalità di raccolta dei dati

I dati devono essere acquisiti dall'Azienda sanitaria di competenza anche rispetto ai presidi ospedalieri e territoriali non direttamente gestiti, ma dei quali costituisce riferimento, come ad esempio le strutture private ubicate sul territorio della Azienda USL. Con riferimento a tale attività, la Regione Toscana, Titolare del flusso informativo e del connesso trattamento dei dati personali, individua l'Azienda sanitaria quale organo di rilevazione e la nomina Responsabile del trattamento dei dati personali.

L'Azienda sanitaria trasmette i dati alla Regione rispettando la tempistica riportata nel § 19.3 e secondo i tracciati riportati nei § 19.10.1 e § 19.10.2.

19.2 Modalità di trasmissione degli archivi elettronici

I dati devono essere trasmessi tramite i nodi applicativi locali (NAL).

19.3 Tempi di trasmissione

Nel nuovo sistema di Comunicazione e Cooperazione è previsto un invio continuativo dei dati (delibera di Giunta della Regione Toscana n. 1042/04).

Rimane comunque l'obbligo da parte delle Aziende di rispettare le seguenti scadenze:

Entro il 30 aprile (1° invio):

- archivio contenente i dati relativi al **1° trimestre dell'anno in corso** (gennaio-marzo), nonché le eventuali integrazioni, sostituzioni o cancellazioni.

Entro il 31 luglio (2° invio):

- archivio contenente i dati relativi al **2° trimestre dell'anno in corso** (aprile-giugno), nonché le eventuali integrazioni, sostituzioni o cancellazioni.

Entro il 31 ottobre (3° invio):

- archivio contenente i dati relativi al **3° trimestre dell'anno in corso** (luglio-settembre), nonché le eventuali integrazioni, sostituzioni o cancellazioni.

Entro il 31 gennaio (dell'anno successivo a quello di riferimento) (4° invio):

- archivio contenente i dati relativi al **4° trimestre dell'anno in corso** (ottobre-dicembre), nonché le eventuali integrazioni, sostituzioni o cancellazioni.

Entro il 31 marzo (dell'anno successivo a quello di riferimento) (5° invio):

- archivio contenente le eventuali integrazioni, sostituzioni o cancellazioni relative ai dati dell'intero anno.

La chiusura dell'anno è prevista per il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.

Una volta consolidato l'archivio relativo all'esercizio di riferimento, i dati vengono messi a disposizione anche all'Agenzia Regionale di Sanità, al Registro Tumori Toscano p/o Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica e alle Aziende sanitarie di riferimento delle Aree Vaste, nei limiti e con le modalità previste dal regolamento regionale 18/R del 16 maggio 2006.

19.4 Contenuti della trasmissione elettronica degli archivi

19.4.1 Da Aziende sanitarie a Regione

Caratteristiche elettroniche: flat file formato ASCII

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nei tracciati riportati nei § 19.10.1 e 19.10.2.

Nessun altro contenuto è ammesso.

19.4.2 Da Regione ad Aziende sanitarie

Caratteristiche elettroniche: flat file formato ASCII.

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nei tracciati riportati nei § 19.10.3 e § 19.10.4. Tali tracciati sono costituiti dai campi che le Aziende sanitarie inviano alla Regione a cui vengono accodati altrettanti campi (identificati dal prefisso f_) che rilevano la presenza o meno di errori e di dati mancanti.

I dati sono restituiti alle Aziende che hanno provveduto all'invio.

19.5 Trasmissione elettronica di conferma invio da parte delle Aziende sanitarie

Deprecato

19.6 Organizzazione del flusso

Il flusso è organizzato secondo due archivi relazionali:

- ❑ uno relativo alle informazioni anagrafiche, denominato AP1
- ❑ uno relativo alla parte diagnostica, denominato AP2

I due archivi non sono in relazione biunivoca, ovvero ad ogni record dell'archivio AP1 corrispondono uno o più record dell'archivio AP2 (relazione 1: n). Nel caso in cui, per esempio, ad uno stesso soggetto nell'ambito dello stesso accesso vengano fatti più tipi di prelievo (diversi “**Tipo prelievo**”, campo n. 11 in AP2) e/o in diverse sedi (diversi “**Codice topografico sede**”, campo n. 16 in AP2), nell'archivio AP1 avremo un solo record a cui corrisponderà un certo numero di accesso (“**Numero progressivo**”, campo n. 4 in AP1 e campo n. 4 in AP2) ed una certa data di accettazione (“**Data di accettazione**”, campo n. 3 in AP1 e campo n. 3 in AP2), mentre nell'archivio AP2 avremo tanti record diversi quante sono le differenziazioni sopra descritte, ognuno corrispondente ad un diverso tipo di prelievo e/o ad una diversa sede topografica. Ciascuno di tali record di AP2 definirà un diverso referto di anatomia patologica a cui corrisponderà un diverso ed unico “**Numero di refertazione**” (campo n. 8 in AP2).

Il collegamento relazionale tra i 2 archivi avviene grazie alla presenza, in entrambi, di alcuni campi che nel tracciato sono indicati come **Campi Chiave: (Codice ospedale/sede ospedale, Codice azienda, Data di accettazione, Numero progressivo)**. Nell'archivio AP2 il “Numero progressivo” non definisce in maniera univoca i singoli referti, la cui univocità è invece garantita dal campo **Numero di refertazione**, ovvero non può essere presente più di un record con i campi **Codice ospedale/sede ospedale, Codice azienda, Data di accettazione, Numero progressivo e Numero di refertazione** uguali.

Si raccomanda, prima dell'invio dei dati in Regione, di verificare l'univocità dei record in AP1 e la corrispondenza dei record tra archivio principale (AP1) ed archivio di dettaglio (AP2), in particolare **ad ogni record di AP1 deve corrispondere almeno un record di AP2 e ad ogni record di AP2 deve corrispondere un solo record di AP1.**

Ad ogni record dell'archivio AP1 corrisponde almeno un referto di anatomia patologica.

Considerate le modalità di alimentazione dell'archivio regionale che consentono l'invio di dati relativi a trimestri precedenti e tenuto conto che non può essere esclusa la necessità di modificare od eliminare record già trasmessi, è data la possibilità di gestire in modo strutturato tali evenienze mediante il campo “**Tipo operazione**” (campo n. 21 in AP1).

Di seguito si riporta l'articolazione degli invii con la relativa specificazione del contenuto del campo “**Tipo operazione**”, stabilito in base al trimestre a cui appartiene la data del referto (“**Data di refertazione**”, campo n. 9 in AP2) :

nuovi invii (**tipo operazione** = “1” o “2”),
per i dati di competenza degli invii precedenti sono ammesse le seguenti operazioni:
sostituzioni (**tipo operazione** = “3”),
cancellazioni (**tipo operazione** = “4”),

Si precisa che in occasione di ciascuna variazione fatta sui record inviati precedentemente alla Regione, le Aziende dovranno provvedere ad inviare di nuovo tutta la famiglia a cui appartengono tali record modificati, cioè il record di AP1 con i corrispondenti record di AP2.

Si sottolinea che se ad un determinato invio le Aziende vogliono trasmettere uno o più referti nuovi (cioè aventi data di refertazione compresa nel trimestre di riferimento), appartenenti ad una famiglia già trasmessa in uno degli invii precedenti (cioè appartenenti al gruppo di referti aventi gli stessi campi chiave: codice ospedale, azienda sanitaria, data di accettazione, numero progressivo), l'operazione da indicare all'atto della trasmissione della famiglia è la “sostituzione” (codice “3”) anche se tali record non erano stati inviati precedentemente. Questo significa che, oltre i referti del trimestre di riferimento, le Aziende dovranno inviare tutti gli altri referti già trasmessi precedentemente che si riferiscono allo stesso accesso di un determinato utente.

19.7 Procedure di controllo degli archivi attivate a livello regionale

Il livello regionale effettua controlli di qualità sui contenuti dei singoli campi sulla base di quanto indicato nei tracciati ed inoltre genera dei report che saranno trasmessi alle Aziende sanitarie invianti, in modo da garantire un progressivo miglioramento della qualità dei dati contenuti nell'archivio.

La particolare attenzione posta ai campi chiave e quindi alla univocità dei record è esclusivamente finalizzata alla necessità di strutturare un archivio che garantisca livelli minimi di congruenza per le ulteriori valutazioni statistiche.

All'atto dell'applicazione delle procedure di controllo regionale verranno eliminati:

- 1) i record doppi (F_riga_doppia=1, campo n. 43 nell'archivio di ritorno AP1 da Regione ad Aziende e campo n. 37 nell'archivio di ritorno AP2 da Regione ad Aziende);
- 2) i record che hanno almeno uno dei campi chiave errati (Codice ospedale/sede ospedale, campo n. 1 in AP1 e in AP2 di ritorno; Codice Azienda, campo n. 2 in AP1 e in AP2 di ritorno; Data di accettazione, campo n. 3 in AP1 e n. 3 in AP2; Numero progressivo, campo n. 4 in AP1 e n. 4 in AP2; Numero di refertazione, F_Numero = 1, campo n. 26 in AP2 di ritorno) cioè i record per i quali è F_chiave_errata =1 (campo n. 44 in AP1 di ritorno e campo n. 38 in AP2 di ritorno);

- 3) i record dell'archivio anagrafico AP1 a cui non corrispondono record dell'archivio diagnosi AP2 (F_AP2=1, campo n. 45 in AP1 di ritorno) e, viceversa, i record dell'archivio diagnosi AP2 a cui non corrisponde nessun record dell'archivio anagrafico AP1 (F_AP1=1, campo n. 39 in AP2 di ritorno);
- 4) i record per i quali risulta sbagliata l'indicazione del "Tipo di operazione" (F_opera <>0, campo n. 42 in AP1 di ritorno);

Si sottolinea che ogni errore che comporta lo scarto di record secondo una o più delle 5 tipologie di errore sopra descritte implica lo scarto dell'intera famiglia di record, cioè in tutti i casi in cui si ha:

- in AP1: F_riga_doppia =1 e/o F_chiave_errata =1 e/o F_AP2=1 e/o F_opera <>0,
- in AP2: F_riga_doppia =1 e/o F_chiave_errata =1 e/o F_AP1=1 e/o F_numero = 1

I record appartenenti alle 4 tipologie sopra descritte costituiscono i record "scartati" cioè i record che non entrano a far parte dell'archivio "consolidato". Tali record saranno comunque restituiti alle Aziende sanitarie/ospedaliere attraverso il NAL. Di conseguenza, le Aziende che desiderano inviare di nuovo uno o più di questi record, dopo aver apportato tutte le modifiche/correzioni necessarie, hanno la facoltà di farlo negli invii successivi, tenendo ben presente che dovranno inviare di nuovo tutta la famiglia a cui appartiene tale record.

19.8 La codifica degli errori

Si riportano di seguito i codici di errore previsti dal presente manuale e attribuiti ai singoli campi dalle procedure regionali di controllo:

Codice "0": campo esatto

Codice "1": campo errato, ovvero il campo contiene valori non ammessi.

Codice "2": il campo contiene valori ammessi ma non è possibile valutare la congruenza dell'informazione con quella dei campi collegati, a causa di errori presenti in questi ultimi:

Esempio: se il campo "Data di nascita" è errato:

- ❑ il campo F_Dat_Acc contiene il codice "2" nel caso in cui il campo "Data di accettazione" contenga valori ammessi,
- ❑ il campo F_Dat_Acc contiene il codice "1" nel caso in cui il campo "Data di accettazione" contenga valori non ammessi.

Solo per il campo **Tipo operazione** :

Codice "3": indica la mancata congruenza tra **tipo operazione** e trimestre di riferimento

Codice "4": indica la mancanza nell'archivio storico regionale¹ dei record che l'Azienda dichiara di voler cancellare o sostituire.

Codice "9": solo nel campo F_Tot (campo errore totale) in AP1 e AP2 di ritorno: indica la presenza, in almeno uno dei record della famiglia, di un errore che implica lo scarto.

¹ per archivio storico regionale si intende l'archivio dell'anno di riferimento che trimestralmente viene consolidato

19.9 Elementi significativi del tracciato

Di seguito si riportano alcuni campi a cui deve essere posta particolare attenzione ed accuratezza nella compilazione, poiché sono campi fondamentali per il collegamento tra AP1 e AP2 e per la possibilità di mettere in relazione il flusso informativo dei referti di anatomia patologica con altre rilevazioni correnti di dati sanitari utilizzati dal RTT.

Codice ospedale/sede ospedale – (archivio AP1, campo n. 1 – archivio AP2, campo n. 1). Campo chiave. Deve essere inserito il codice dell'ospedale, comprensivo della sede, a cui appartiene l'Unità Operativa che effettua la refertazione. Valori ammessi: archivio dei presidi ospedalieri della Toscana comprensivo della sede ospedaliera, messo a disposizione sul sito regionale.

Codice di azienda sanitaria – (archivio AP1, campo n. 2 – archivio AP2, campo n. 2). Campo chiave. Valori ammessi: codici delle Aziende sanitarie presenti nell'archivio dei presidi ospedalieri della Toscana, messo a disposizione nel sito della Regione Toscana. Il codice di errore “1” viene attribuito anche in caso di incongruenza con il contenuto del campo “codosp”.

Data di accettazione - (archivio AP1, campo n. 3 - archivio AP2, campo n. 3) Campo chiave. Deve essere indicata la data in cui il materiale da analizzare arriva al reparto che effettua la refertazione. La data indicata deve essere uguale o successiva alla data di nascita dell'utente e l'anno riportato in tale data deve essere uguale all'anno in corso o all'anno precedente.

Numero progressivo - (archivio AP1, campo n. 4 - archivio AP2, campo n. 4). Campo chiave. Deve essere apposto un numero progressivo che indica l'accesso dell'utente al presidio ospedaliero. Il valore riportato deve essere univoco in corrispondenza dei valori riportati nei campi Codice ospedale/sede ospedale, Codice di azienda sanitaria e Data di accettazione, in modo tale da individuare in maniera univoca un diverso accesso che ha un utente all'ospedale. Si precisa che nel caso in cui uno stesso utente faccia più accessi nella stessa data (stessa “Data di accettazione”) si dovranno avere numeri progressivi diversi.

Numero di refertazione – (archivio AP2, campo n. 8). Campo chiave. Numero univoco a livello di stabilimento (campo “Codosp”). La numerazione progressiva deve essere unica, indipendentemente dalla provenienza del materiale da analizzare, in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca una singola risposta.

Anno di refertazione – (archivio AP2, campo n. 7). Anno solare di refertazione. L'anno deve coincidere con quello indicato nella data di refertazione e deve essere uguale o successivo all'anno di accettazione. Il valore riportato deve coincidere con l'anno di rilevazione.

Data di refertazione – (archivio AP2, campo n. 9). E' la data della risposta. La data riportata deve essere uguale o successiva alla data di nascita e alla data di accettazione e precedente alla data di elaborazione. L'anno contenuto nella data deve coincidere con l'anno di refertazione.

Si precisa che nel caso in cui ad uno stesso utente con la stessa **Data di accettazione** e lo stesso **Numero progressivo** corrispondano due o più **Date di refertazione** diverse si avranno:

- a) in AP1: 1 solo record con i campi relativi alle informazioni anagrafiche, relativo a quel certo utente, in quella data di accettazione e quel certo numero di accesso,
- b) in AP2: due o più record, ciascuno corrispondente ad un diverso referto, aventi una diversa data di refertazione ed un diverso numero di refertazione, ma con la stessa data di accettazione.

Reparto di analisi – (archivio AP2, campo n. 10). Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri che nel modello HSP.12 (modello di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende sanitarie) sono usati per identificare l'unità operativa: i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera (di norma, 03 = Anatomia Patologica), gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta la divisione nell'ambito della stessa disciplina. La corretta compilazione di questo campo consente in modo univoco l'identificazione del reparto che ha prodotto il referto, anche nel caso in cui vi siano più unità della stessa specialità clinica o disciplina ospedaliera all'interno dello stesso stabilimento ospedaliero.

I campi **Cognome dell'utente** (archivio AP1, campo n. 6), **Nome dell'utente** (archivio AP1 campo n. 7), **Sesso dell'utente** (archivio AP1, campo n. 8), **Codice fiscale dell'utente** (archivio AP1, campo n. 9), **Data di nascita dell'utente** (archivio AP1, campo n. 10), **Luogo di nascita dell'utente** (archivio AP1, campo n. 11), **Luogo di residenza dell'utente** (archivio AP1, campo n. 12), **Regione di residenza dell'utente** (archivio AP1, campo n.13), **Azienda sanitaria di residenza utente** (archivio AP1, campo n. 14), sono di fondamentale importanza per il RTT, poiché permettono di identificare il soggetto. La corretta compilazione di questi campi è quindi indispensabile per identificare il soggetto anche in relazione alle altre fonti informative utilizzate dal RTT.

Codice di Morfologia (archivio AP2, campi n. 16, 17, 18). Il “Codice di morfologia 1” si riferisce alla patologia più significativa relativa alla sede topografica del tumore, indicata nel campo “**Codice topografico sede**” (archivio AP2, campo n. 15). I “Codici di morfologia 2 e 3” si riferiscono ad eventuali patologie di accompagnamento, relative alla stessa sede topografica riportata in **Codice topografico sede** (archivio AP2, campo n. 15).

Cambiamenti rispetto alla delibera n.68 del 4/2/2008: cambiamento della dimensione dei campi 15, 16, 17, 18 di AP2, ovvero per i codici SNOMED vers. 3 si è passati da 7 a 8 caratteri per poter inserire tutti i codici morfologici.

19.10 Tracciati record in vigore dal 1/1/2009

La struttura dei tracciati record da trasmettere alla Regione Toscana fornisce per ciascun campo una serie di informazioni che di seguito presentiamo:

19.Referti di Anatomia Patologica (AP)

nella colonna, denominata **Campo**, è presente un numero progressivo, indicante l'ordine di presentazione dello specifico campo;

nella colonna seguente, denominata **Nome**, si fornisce il nome sintetico ed univoco del campo;

nella colonna **Descrizione** si fornisce una denominazione descrittiva del contenuto del campo;

nella colonna **Tipo** si indica la natura del campo con le seguenti lettere:

- con la lettera C si indicano i campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a sinistra con eventuali blank a destra
- con la lettera N si indicano i campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a destra con eventuali zeri non significativi a sinistra
- con la lettera D si indicano i campi data che devono rispettare il formato ggmmaaaa;

nella colonna **Posizione** si fornisce la posizione occupata dal campo all'interno del tracciato;

nella colonna **Lunghezza** è indicata la lunghezza del campo;

nella colonna **Note** si forniscono in modo sintetico le modalità di compilazione di ciascun campo contenuto nel tracciato record;

nella colonna **Errore** si fornisce il tipo di errore attribuibile al campo **F_Tot** nel caso in cui il valore in esso contenuto non fosse corretto.

19.10.1 Tracciato record del flusso informativo “Referti di Anatomia Patologica” dalle Aziende sanitarie alla Regione: archivio anagrafico (AP1)

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lunghezza	Note	Errore
1	Codosp	Codice Ospedale/Sede	C	1-8	8	<u>Campo chiave.</u> Deve essere inserito il codice dello stabilimento, comprensivo della sede ospedaliera, esistente e in attività alla data del referto, a cui appartiene l'Unità Operativa che effettua la refertazione. Valori ammessi: a) <u>Nel caso di richiesta di refertazione proveniente da una struttura ospedaliera:</u> deve essere inserito il codice dello stabilimento, comprensivo della sede ospedaliera, che ha richiesto la refertazione. I codici da utilizzare sono quelli contenuti nell'archivio dei presidi ospedalieri della Toscana, comprensivo della sede ospedaliera, messo a disposizione nel sito della Regione Toscana. b) <u>Nel caso di richiesta di refertazione proveniente da struttura non ospedaliera:</u> deve essere inserito il codice del presidio territoriale utilizzando la codifica STS11. Tale codifica, essendo di 6 caratteri va allineata a destra nel campo, mettendo in testa 2 caratteri vuoti. L'errore presente in questo campo dà luogo allo scarto del record e di tutti i record di AP2 collegati.	9

2	Codaz	Codice Azienda sanitaria a cui appartiene l'Unità Operativa o Istituto che effettua il referto.	C	9-11	3	<u>Campo chiave</u> Valori ammessi: codici delle Aziende sanitarie presenti nell'archivio dei presidi ospedalieri della Toscana, messo a disposizione nel sito della Regione Toscana. Il codice di errore "1" viene attribuito anche in caso di incongruenza con il contenuto del campo "Codosp". L'errore presente in questo campo da luogo allo scarto del record e di tutti i record e di AP2 collegati.	9
3	Dat_acc	Data di accettazione	D	12-19	8	<u>Campo chiave</u> Deve essere indicata la data in cui il materiale da analizzare arriva al reparto che effettua la refertazione. Valori ammessi: codici ad 8 cifre del tipo ggmmaaaa. La data di accettazione deve soddisfare queste condizioni: a) deve essere una data valida, uguale o successiva alla data di nascita dell'utente, b) deve essere non successiva alla data di refertazione, c) deve essere non successiva alla data di validazione dei dati, d) deve essere compresa nell'anno solare di rilevazione dei referti o riferirsi all'anno precedente, Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato il codice di errore "1" nel campo "F_Dat_acc" e se nei campi "Datanasc" e "Dat_ref" sono presenti valori ammessi, allora viene segnalato il codice di errore "2" nei campi "F_Datanasc" e "F_Dat_ref". L'errore presente in questo campo da luogo allo scarto del record e di tutti i record e di AP2 collegati.	9
4	N_progr	Numero progressivo <i>Campo Chiave esterna</i>	N	20-24	5	<u>Campo chiave</u> Deve essere apposto un numero progressivo (da compilare con zeri non significativi a sinistra) che indica il singolo accesso dell'utente al presidio ospedaliero ad una certa data. Il numero deve essere univoco per ciascun accesso dell'utente, in corrispondenza dei valori riportati nei campi Codice ospedale/sede ospedale, Codice di azienda sanitaria e Data di accettazione, in modo tale da individuare in maniera univoca un diverso accesso che ha un utente all'ospedale. Si precisa che nel caso in cui uno stesso utente faccia più accessi nella stessa data (stessa "Data di accettazione"), per ciascuno di questi dovranno essere indicati numeri progressivi diversi. L'errore presente in questo campo da luogo allo scarto del record e di tutti i record e di AP2 collegati.	9
5	Anonimo	Utente coperto da anonimato	C	25	1	Valori ammessi: "0"= no (utente non coperto da anonimato) "1"= si (utente coperto da anonimato)	1
6	Cognome	Cognome dell'utente	C	26-55	30	Inserire il cognome dell'utente	1

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lunghezza	Note	Errore
						La non compilazione è ammessa solo nel caso in cui l'utente sia coperto da anonimato (campo Anonimo = "1").	
7	Nome	Nome dell'utente	C	56-85	30	Inserire il nome dell'utente La non compilazione è ammessa solo nel caso in cui l'utente sia coperto da anonimato (campo Anonimo = "1").	1
8	Sexu	Sesso dell'utente	C	86	1	Valori ammessi: "1" = maschio "2" = femmina.	1
9	Codfiscu	Codice fiscale dell'utente	C	87-102	16	Valori ammessi: a) <u>Se l'utente non è coperto da anonimato</u> (campo "Anonimo" = 0) ed è residente in Italia (campo "Regresu"= codice valido di regione italiana), inserire il codice fiscale dell'utente. Il controllo regionale verifica la correttezza formale, ovvero si controlla che i primi 6 caratteri siano alfabetici, il 7°- 8°-10°-11° siano numerici, il 9°-12°-16° siano alfabetici. b) <u>Se l'utente è coperto da anonimato</u> (campo "Anonimo" = 1), inserire 0000000000000000 (sedici zeri)	1
10	Datanasc	Data di nascita dell'utente	D	103-110	8	Valori ammessi: codici ad 8 cifre del tipo ggmmaaaa. La data indicata deve essere una data valida, non successiva alla data di accettazione, alla data di refertazione ed alla data di validazione dei dati . Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato il codice di errore "1" nel campo "F_Datanasc" e se nei campi "Dat_acc" e "Dat_ref" sono presenti valori ammessi, allora viene segnalato il codice di errore "2" nei campi "F_Dat_acc" e "F_Dat_ref" .	1
11	Lunasc	Luogo di nascita dell'utente	C	111-116	6	Inserire il codice del comune di nascita dell'utente. Valori ammessi: a) <u>Se Comune italiano</u> : codice ISTAT dell'archivio anagrafico dei Comuni d'Italia, come da archivi messi a disposizione sul sito regionale; b) <u>Se Comune estero</u> : primi tre caratteri uguali a "999", successivi tre caratteri uguali ai codici dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione, come da archivio messo a disposizione sul sito regionale.	1
12	Lures	Luogo di residenza dell'utente	C	117-122	6	Inserire il codice del comune di residenza dell'utente. Valori ammessi: a) <u>Se l'utente non è coperto da anonimato</u> (campo "Anonimo" = 0): a-1) <u>se residente in Italia</u> : indicare il codice ISTAT dell'archivio anagrafico dei Comuni d'Italia, come da archivi messi a disposizione sul sito regionale; a-2) <u>se residente all'estero</u> : indicare il codice che ha i primi tre caratteri uguali a "999" ed i successivi tre caratteri uguali ai codici dello Stato estero definiti dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione, come da archivio	1

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lunghezza	Note	Errore
						messo a disposizione sul sito regionale. b) <u>Se l'utente è coperto da anonimato</u> (campo "Anonimo" = 1) : inserire 000000. Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato il codice di errore "1" nel campo "F_Lures" e se nei campi "Regresu" e "Uslresu" sono presenti valori ammessi, allora viene segnalato il codice di errore "2" nei campi "F_Regresu" e "F_Uslresu".	
13	Regresu	Regione di residenza dell'utente	C	123-125	3	Inserire il codice della regione di residenza dell'utente. Valori ammessi: a) <u>Se l'utente è residente in Italia</u>: indicare il codice ministeriale delle regioni italiane, come da archivio messo a disposizione sul sito regionale; b) <u>Se l'utente è residente all'estero</u>: inserire 999. Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato il codice di errore "1" nel campo "F_Regresu" e se nei campi "Lures" e "Uslresu" sono presenti valori ammessi, allora viene segnalato il codice di errore "2" nei campi "F_Lures" e "F_Uslresu".	1
14	Uslresu	Azienda sanitaria di residenza utente	C	126-128	3	Inserire il codice dell'Azienda sanitaria di residenza dell'utente. Valori ammessi: a) <u>Se l'utente è residente in Italia</u>: utilizzare il codice ministeriale delle USL italiane, come da archivio messo a disposizione sul sito regionale; b) <u>Se l'utente è residente all'estero</u>: indicare il codice dello stato estero di residenza definito dal Ministero dell'Interno, come da archivio messo a disposizione sul sito regionale. Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato il codice di errore "1" nel campo "F_Uslresu" e se nei campi "Lures" e "Regresu" sono presenti valori ammessi, allora viene segnalato il codice di errore "2" nei campi "F_Lures" e "F_Regresu".	1
15	Ricovero	Utente ricoverato	C	129	1	Indicare se il prelievo di materiale è stato eseguito su paziente ricoverato in ospedale oppure no. Per paziente ricoverato in ospedale si intende ovunque ricoverato, ovvero anche in presidi ospedalieri diversi rispetto a quello a cui appartiene l'Unità Operativa che effettua la refertazione, comprese le Case di cura accreditate e le Case di cura non accreditate. Valori ammessi: "0" = no (utente non ricoverato); da utilizzare nel caso di prelievo fatto durante prestazione ambulatoriale "1" = sì (utente ricoverato) "2" = altro; da utilizzare nel caso di prelievo autoptico. Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato il codice di errore "1" nel campo "F_Ricovero" e se nei campi "Osp_ric",	1

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lunghezza	Note	Errore
						“Anprat”, “Nprat” e “Reppro” sono presenti valori ammessi, allora viene segnalato il codice di errore “2” nei campi “F_Osp_ric”, “F_Anprat”, “F_Nprat” e “F_Reppro”.	
16	Osp_ric	Ospedale di ricovero	C	130-137	8	Deve essere indicato il codice dello stabilimento, comprensivo della sede ospedaliera, nel quale l’utente è stato o è ricoverato. Valori ammessi: a) <u>Se utente ricoverato (campo “Ricovero” =1) o in caso di prelievo autoptico (campo “Ricovero” =2) su soggetto precedentemente ricoverato:</u> archivio dei presidi ospedalieri della Toscana, comprensivo della sede ospedaliera, messo a disposizione nel sito della Regione Toscana . b) <u>Se utente non ricoverato (campo “Ricovero” =0) o in caso di prelievo autoptico (campo “Ricovero” =2) su soggetto precedentemente non ricoverato:</u> inserire 00000000 (otto zeri) Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato il codice di errore “1” nel campo “F_Osp_ric” e se nei campi “Ricovero”, “Anprat”, “Nprat” e “Reppro” sono presenti valori ammessi, allora viene segnalato il codice di errore “2” nei campi “F_Ricovero”, “F_Anprat”, “F_Nprat” e “F_Reppro”.	1
17	Anprat	Anno pratica della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	N	138-141	4	Valori ammessi: a) <u>Se utente ricoverato (campo “Ricovero” =1) o in caso di prelievo autoptico (campo “Ricovero” =2) su soggetto precedentemente ricoverato:</u> inserire l’anno solare di apertura della Scheda di Dimissione Ospedaliera. Questo campo deve essere uguale a quello analogo compilato per la SDO. b) <u>Se utente non ricoverato (campo “Ricovero” =0) o in caso di prelievo autoptico (campo “Ricovero” =2) su soggetto precedentemente non ricoverato:</u> inserire 0000 (quattro zeri) Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato il codice di errore “1” nel campo “F_Anprat” e se nei campi “Ricovero”, “Osp_ric”, “Nprat” e “Reppro” sono presenti valori ammessi, allora viene segnalato il codice di errore “2” nei campi “F_Ricovero”, “F_Osp_ric”, “F_Nprat” e “F_Reppro”.	1
18	Nprat	Numero pratica della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	N	142-147	6	Valori ammessi: a) <u>Se utente ricoverato (campo “Ricovero” =1) o in caso di prelievo autoptico (campo “Ricovero” =2) su soggetto precedentemente ricoverato:</u> deve essere riportato il numero della Scheda di Dimissione Ospedaliera. Questo campo deve essere uguale a quello analogo compilato per la SDO, quindi deve essere di tipo numerico, >0 e compilato con zeri non significativi a sinistra (es.: per 245 deve essere inserito 000245). b) <u>Se utente non ricoverato (campo “Ricovero” =0) o in caso di prelievo autoptico (campo “Ricovero” =2) su soggetto precedentemente non</u>	1

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lunghezza	Note	Errore
						<u>ricoverato</u> : inserire 000000 (sei zeri) Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato il codice di errore “1” nel campo “F_Nprat” e se nei campi “Ricovero”, “Osp_ric”, “Anprat” e “Reppro” sono presenti valori ammessi, allora viene segnalato il codice di errore “2” nei campi “F_Ricovero”, “F_Osp_ric”, “F_Anprat” e “F_Reppro”.	
19	Reppro	Reparto di provenienza	C	148-151	4	Valori ammessi: a) <u>Se utente ricoverato (campo “Ricovero” =1) o in caso di prelievo autoptico (campo “Ricovero” =2) su soggetto precedentemente ricoverato</u> : deve essere inserito il codice che identifica il reparto ospedaliero che invia il materiale da analizzare. Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri che nel modello HSP.12 (modello di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende sanitarie) sono usati per identificare l’unità operativa: i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera, gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta la divisione nell’ambito della stessa disciplina. b) <u>Se utente non ricoverato (campo “Ricovero” =0) o in caso di prelievo autoptico (campo “Ricovero” =2) su soggetto precedentemente non ricoverato</u> : inserire 0000 (quattro zeri). Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato il codice di errore “1” nel campo “F_Reppro” e se nei campi “Ricovero”, “Osp_ric”, “Anprat” e “Nprat” sono presenti valori ammessi, allora viene segnalato il codice di errore “2” nei campi “F_Ricovero”, “F_Osp_ric”, “F_Anprat” e “F_Nprat”.	1
20	Notizie	Notizie cliniche	C	152-251	100	Inserire informazioni riguardanti elementi essenziali di fisiologia o di patologia dell’utente, che possono essere collegati al problema che ha portato al prelievo di materiale. Per esempio: trattamenti ormonali, precedenti di patologia familiare, pregressi ricoveri od interventi.	1
21	Opera	Tipo operazione	C	252	1	Valori ammessi (per le specifiche di compilazione vedere §19.6): “1”, “2” = Invio “3” = Sostituzione “4” = Cancellazione	9

19.10.2 Tracciato record del flusso informativo “Referti di Anatomia Patologica” dalle Aziende sanitarie alla Regione: archivio diagnosi (AP2)

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lunghezza	Note	Errore
1	Codosp	Codice Ospedale/Sede	C	1-8	8	<u>Campo chiave.</u>	9

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lunghezza	Note	Errore
						Deve essere inserito il codice dello stabilimento, comprensivo della sede ospedaliera, esistente e in attività alla data del referto, a cui appartiene l'Unità Operativa che effettua la refertazione. Valori ammessi: a) <u>Nel caso di richiesta di refertazione proveniente da una struttura ospedaliera</u>: deve essere inserito il codice dello stabilimento, comprensivo della sede ospedaliera, che ha richiesto la refertazione. I codici da utilizzare sono quelli contenuti nell'archivio dei presidi ospedalieri della Toscana, comprensivo della sede ospedaliera, messo a disposizione nel sito della Regione Toscana. b) <u>Nel caso di richiesta di refertazione proveniente da struttura non ospedaliera</u>: deve essere inserito il codice del presidio territoriale utilizzando la codifica STS11. Tale codifica, essendo di 6 caratteri va allineata a destra nel campo, mettendo in testa 2 caratteri vuoti.. L'errore presente in questo campo da luogo allo scarto del record, al corrispondente record di AP1 e di tutti i record di AP2 collegati.	
2	Codaz	Codice Azienda sanitaria a cui appartiene l'Unità Operativa o Istituto che effettua il referto	C	9-11	3	<u>Campo chiave</u> Valori ammessi: codici delle Aziende sanitarie presenti nell'archivio dei presidi ospedalieri della Toscana, messo a disposizione nel sito della Regione Toscana. Il codice di errore "1" viene attribuito anche in caso di incongruenza con il contenuto del campo "Codosp". L'errore presente in questo campo da luogo allo scarto del record, al corrispondente record di AP1 e di tutti i record di AP2 collegati	9
3	Dat_acc	Data di accettazione	D	12-19	8	<u>Campo chiave</u> Deve essere indicata la data in cui il materiale da analizzare arriva al reparto che effettua la refertazione. Valori ammessi: codici ad 8 cifre del tipo ggmmaaaa. La data di accettazione deve soddisfare queste condizioni: a) deve essere una data valida, uguale o successiva alla data di nascita dell'utente, b) deve essere non successiva alla data di refertazione, c) deve essere non successiva alla data di validazione dei dati, d) deve essere compresa nell'anno solare di rilevazione dei referti o riferirsi all'anno precedente, Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato il codice di errore "1" nel campo "F_Dat_acc" e se nei campi "Datanasc" e "Dat_ref" sono presenti valori ammessi, allora viene segnalato il codice di errore "2" nei campi "F_Datanasc" e "F_Dat_ref". L'errore presente in questo campo da luogo allo scarto del record, al	9

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lunghezza	Note	Errore
						corrispondente record di AP1 e di tutti i record di AP2 collegati	
4	N_progr	Numero progressivo	N	20-24	5	<u>Campo chiave</u> Deve essere apposto un numero progressivo (da compilare con zeri non significativi a sinistra) che indica il singolo accesso dell'utente al presidio ospedaliero ad una certa data. Il numero deve essere univoco per ciascun accesso dell'utente, in corrispondenza dei valori riportati nei campi Codice ospedale/sede ospedale, Codice di azienda sanitaria e Data di accettazione, in modo tale da individuare in maniera univoca un diverso accesso che ha un utente all'ospedale. Si precisa che nel caso in cui uno stesso utente faccia più accessi nella stessa data (stessa "Data di accettazione"), per ciascuno di questi dovranno essere indicati numeri progressivi diversi. L'errore presente in questo campo da luogo allo scarto del record, al corrispondente record di AP1 e di tutti i record di AP2 collegati.	9
5	Str_richi	Struttura richiedente	C	25-32	8	Valori ammessi: a) <u>Nel caso di richiesta di refertazione proveniente da una struttura ospedaliera:</u> deve essere inserito il codice dello stabilimento, comprensivo della sede ospedaliera, che ha richiesto la refertazione. I codici da utilizzare sono quelli contenuti nell'archivio dei presidi ospedalieri della Toscana, comprensivo della sede ospedaliera, messo a disposizione nel sito della Regione Toscana. b) <u>Nel caso di richiesta di refertazione proveniente da struttura non ospedaliera:</u> deve essere inserito il codice del presidio territoriale utilizzando la codifica STS11. Tale codifica, essendo di 6 caratteri va allineata a destra nel campo, mettendo in testa 2 caratteri vuoti.	1
6	Usl_richi	Azienda Usl richiedente	C	33-35	3	Deve essere inserito il codice dell' Azienda Usl di riferimento territoriale per la struttura ospedaliera/non ospedaliera/ambulatorio privato che ha richiesto la refertazione. Valori ammessi: codici ministeriali delle Aziende Usl italiane, come da archivio messo a disposizione nel sito della Regione Toscana.	1
7	Anno	Anno refertazione	C	36-39	4	Anno solare di refertazione. L'anno deve coincidere con quello indicato nella data di refertazione e deve essere uguale o successivo all'anno di accettazione. Il valore riportato deve coincidere con l'anno di rilevazione. Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato il codice di errore "1" nel campo "F_Anno" e se nei campi "Datanasc", "Dat_acc" e "Dat_ref" sono presenti valori ammessi, allora viene segnalato il codice di errore "2" nei campi "F_Datanasc", "F_Dat_acc", e "F_Dat_ref".	1
8	Numero	Numero di refertazione	N	40-47	8	<u>Campo chiave</u> Inserire il numero del referto. Deve essere posto un numero progressivo (da compilare con zeri non significativi a sinistra) che indica il numero del referto.	9

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lunghezza	Note	Errore
						Il numero deve essere univoco per ciascun referto, in corrispondenza di un prefissato stabilimento (Codosp), di una certa data di accettazione (Dat_acc) e di un determinato numero progressivo (N_progr) . Il numero deve essere unico, indipendentemente dalla provenienza del materiale da analizzare, in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera inequivocabile una singola risposta (singolo referto). L'errore presente in questo campo da luogo allo scarto del record, al corrispondente record di AP1 e di tutti i record di AP2 collegati	
9	Dat_ref	Data di refertazione	D	48-55	8	<u>Campo chiave</u> Deve essere inserita la data del referto (data della risposta) Valori ammessi: codici ad 8 cifre del tipo ggmmaaaa. La data di refertazione deve soddisfare queste condizioni: a) deve essere una data valida, riferita all'anno solare di rilevazione dei referti, b) deve essere non precedente alla data di accettazione ed alla data di nascita dell'utente, c) deve essere non successiva alla data di validazione dei dati. Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato il codice di errore "1" nel campo "F_Dat_ref" e se nei campi "Datanasc" e "Dat_acc" sono presenti valori ammessi, allora viene segnalato il codice di errore "2" nei campi "F_Datanasc" e, "F_Dat_acc" L'errore presente in questo campo da luogo allo scarto del record, al corrispondente record di AP1 e di tutti i record di AP2 collegati.	9
10	ID_rep	Reparto di analisi	C	56-59	4	Deve essere indicato il codice del reparto ospedaliero che ha prodotto il referto. Valori ammessi: Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri che nel modello HSP.12 (modello di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende sanitarie) sono usati per identificare l'unità operativa: i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera (di norma, 03 = Anatomia Patologica), gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta la divisione nell'ambito della stessa disciplina. La corretta compilazione di questo campo consente in modo univoco l'identificazione del reparto che ha prodotto il referto, anche nel caso in cui vi siano più unità della stessa specialità clinica o disciplina ospedaliera all'interno dello stesso stabilimento ospedaliero.	1
11	Tipo_pre	Tipo prelievo	C	60	1	Deve essere indicato il tipo di prelievo fatto sul pezzo: Valori ammessi: "1" = Citologico "2" = Istologico "3" = Autoptico	1
12	Consulenza	Esame su consulenza	C	61	1	Deve essere indicato se l'esame del pezzo si è svolto sotto forma di consulenza	1

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lunghezza	Note	Errore
						oppure no. Valori ammessi: “0” = no “1” = si	
13	Macroscopia	Descrizione macroscopica del pezzo	C	62-3061	3000	Deve essere inserita, se esistente, una descrizione della valutazione macroscopica del pezzo, riguardante le dimensioni della lesione, il fatto che sia cistica o solida, rossa o bianca, ecc...	1
14	Diagnosi	Diagnosi per esteso	C	3062-8061	5000	Inserire la descrizione dettagliata della diagnosi, con informazioni specifiche sul tipo e le caratteristiche del tumore	1
15	Cod_topog	Codice topografico sede	C	8062-8069	8	Inserire il codice topografico relativo alla sede tumorale. Valori ammessi: codici di topografia presenti nella classificazione SNOMED vers. 3	1
16	Cod_morf_1	Codice di morfologia 1	C	8070-8077	8	Deve essere inserito il codice morfologico principale, cioè il codice della patologia più significativa, relativa alla sede topografica del tumore, indicata nel campo n. 14 - “Codice topografico sede”. Valori ammessi: 1) Codici di patologia tumorale classificati con M-8**** e M-9**** nella classificazione SNOMED vers. 3; 2) Per lo screening i codici nella classificazione SNOMED vers. 3 da M-0**** a M-9**** relativi alle sedi mammella, utero e cervice uterina, intestino crasso e retto (codici topografici T-04, T-83, T-59).	1
17	Cod_morf_2	Codice di morfologia 2	C	8078-8085	8	Valori ammessi: 1-a) <u>Se in presenza di patologia di accompagnamento</u> , sempre relativa alla stessa sede topografica riportata in “Codice topografico sede”, campo n. 14, deve essere inserito il codice morfologico di tale patologia: codici di patologia tumorale classificati con M-8**** e M-9**** nella classificazione SNOMED vers. 3 1-b) <u>Se non in presenza di patologia di accompagnamento</u> : inserire 00000000 (otto zeri). 2) Per lo screening i codici nella classificazione SNOMED vers. 3 da M-0**** a M-9**** relativi alle sedi mammella, utero e cervice uterina, intestino crasso e retto (codici topografici T-04, T-83, T-59).	1
18	Cod_morf_3	Codice di morfologia 3	C	8086-8093	8	Valori ammessi: 1-a) <u>Se in presenza di patologia di accompagnamento</u> , sempre relativa alla stessa sede topografica riportata in “Codice topografico sede”, campo n. 14, deve essere inserito il codice morfologico di tale patologia: codici di patologia tumorale classificati con M-8**** e M-9**** nella classificazione SNOMED vers. 3 1-b) <u>Se non in presenza di patologia di accompagnamento</u> : inserire 00000000 (otto zeri).	1

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lunghezza	Note	Errore
						2) Per lo screening i codici nella classificazione SNOMED vers. 3 da M-0**** a M-9**** relativi alle sedi mammella, utero e cervice uterina, intestino crasso e retto (codici topografici T-04, T-83, T-59).	

19.10.3 Tracciato record del flusso informativo “Referti di Anatomia Patologica” dalla Regione alle Aziende sanitarie: archivio anagrafico (AP1)

Nei file in restituzione alle Aziende sanitarie in coda ai campi che costituiscono il debito informativo verso la Regione Toscana, riportati nel §19.10.1, sono inseriti i campi flag di seguito indicati:

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Codici di errore
22	F_Codosp	Codice Ospedale/Sede	C	253	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato
23	F_Codaz	Codice Azienda sanitaria a cui appartiene l’Unità Operativa o Istituto che effettua il referto	C	254	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato
24	F_Dat_acc	Data di accettazione	C	255	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato “2”=il campo contiene un valore ammesso ma non è possibile valutare la sua congruenza con i valori dei campi collegati, a causa di errori presenti in questi ultimi
25	F_N_progr	Numero progressivo	C	256	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato
26	F_Anonimo	Utente coperto da anonimato	C	257	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato
27	F_Cognome	Cognome dell’utente	C	258	1	“0”=campo compilato “1”=campo non compilato
28	F_Nome	Nome dell’utente	C	259	1	“0”=campo compilato “1”=campo non compilato
29	F_Sexu	Sesso dell’utente	C	260	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato
30	F_Codfiscu	Codice fiscale dell’utente	C	261	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato “2”=il campo contiene un valore ammesso ma non è possibile valutare la sua congruenza con i valori dei campi collegati, a causa di errori presenti in questi ultimi
31	F_Datanasc	Data di nascita dell’utente	C	262	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Codici di errore
						"2"=il campo contiene un valore ammesso ma non è possibile valutare la sua congruenza con i valori dei campi collegati, a causa di errori presenti in questi ultimi
32	F_Lunasc	Luogo di nascita dell'utente	C	263	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
33	F_Lures	Luogo di residenza dell'utente	C	264	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato "2"=il campo contiene un valore ammesso ma non è possibile valutare la sua congruenza con i valori dei campi collegati, a causa di errori presenti in questi ultimi
34	F_Regresu	Regione di residenza dell'utente	C	265	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato "2"=il campo contiene un valore ammesso ma non è possibile valutare la sua congruenza con i valori dei campi collegati, a causa di errori presenti in questi ultimi
35	F_Usresu	Azienda sanitaria di residenza utente	C	266	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato "2"=il campo contiene un valore ammesso ma non è possibile valutare la sua congruenza con i valori dei campi collegati, a causa di errori presenti in questi ultimi
36	F_Ricovero	Utente ricoverato	C	267	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato "2"=il campo contiene un valore ammesso ma non è possibile valutare la sua congruenza con i valori dei campi collegati, a causa di errori presenti in questi ultimi
37	F_Osp_ric	Ospedale di ricovero	C	268	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato "2"=il campo contiene un valore ammesso ma non è possibile valutare la sua congruenza con i valori dei campi collegati, a causa di errori presenti in questi ultimi
38	F_Anprat	Anno pratica della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	C	269	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato "2"=il campo contiene un valore ammesso ma non è possibile valutare la sua congruenza con i valori dei campi collegati, a causa di errori presenti in questi ultimi
39	F_Nprat	Numero pratica della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	C	270	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato "2"=il campo contiene un valore ammesso ma non è possibile valutare la sua congruenza con i valori dei campi collegati, a causa di errori presenti in questi ultimi

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Codici di errore
40	F_Reppro	Reparto di provenienza	C	271	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato “2”=il campo contiene un valore ammesso ma non è possibile valutare la sua congruenza con i valori dei campi collegati, a causa di errori presenti in questi ultimi
41	F_Notizie	Notizie cliniche	C	272	1	“0”=campo compilato “1”=campo non compilato
42	F_Opera	Tipo di operazione	C	273	1	“0”=Campo corretto “1”=Campo errato (valori non previsti) “3”=Mancata congruenza tra Tipo di operazione . Il flag=“3” è utilizzato nel seguente caso: i record sono stati trasmessi con Tipo di operazione =“1” ma sono già presenti nell’archivio storico regionale (la procedura controlla che non vi siano già record che presentano i medesimi valori nei campi che costituiscono la chiave); “4”=Mancanza nell’archivio storico regionale dei record trasmessi con Tipo di operazione =“3” o “4” (se nel campo Opera è presente il codice “3” o “4”, sostituzione o cancellazione, la procedura regionale di controllo verifica che nell’archivio storico regionale sia presente un record con la medesima chiave).
43	F_Riga_doppia	Record doppio	C	274	1	“0”=record non doppio “1”=record doppio
44	F_Chiave_errata	Campi chiave errati	C	275	1	“0”=tutti i campi chiave sono corretti “1”=almeno uno dei campi chiave è errato
45	F_AP2	Mancanza del record corrispettivo in AP2	C	276	1	“0”=il record ha il corrispettivo nell’archivio AP2 “1”=il record non ha alcun corrispettivo nell’archivio AP2
46	F_Tot	Campo errore totale	C	277	1	“0”=la famiglia di record non ha errori “1”=nella famiglia sono presenti uno o più errori che non comportano lo scarto “9”=in almeno uno dei record della famiglia sono presenti uno o più errori che implicano lo scarto

19.10.4 Tracciato record del flusso informativo “Referti di Anatomia Patologica” dalla Regione alle Aziende sanitarie: archivio diagnosi AP2

Nei file in restituzione alle Aziende sanitarie, in coda ai campi che costituiscono il debito informativo verso la Regione Toscana, riportati nel § 19.10.2, sono inseriti i campi flag di seguito indicati:

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Codici di errore
19	F_Codosp	Codice Ospedale/Sede	C	8094	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato

20	F_Codaz	Codice Azienda sanitaria a cui appartiene l'Unità Operativa o Istituto che effettua il referto	C	8095	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
21	F_Dat_acc	Data di accettazione	C	8096	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato "2"=il campo contiene un valore ammesso ma non è possibile valutare la sua congruenza con i valori dei campi collegati, a causa di errori presenti in questi ultimi
22	F_N_progr	Numero progressivo	C	8097	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
23	F_Str_richi	Struttura richiedente	C	8098	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
24	F_Usl_richi	Azienda USL richiedente	C	8099	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
25	F_Anno	Anno di refertazione	C	8100	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato "2"=il campo contiene valori ammessi ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi
26	F_Numero	Numero di refertazione	N	8101	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
27	F_Dat_ref	Data refertazione	C	8102	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato "2"=il campo contiene un valore ammesso ma non è possibile valutare la sua congruenza con i valori dei campi collegati, a causa di errori presenti in questi ultimi
28	F_ID_rep	Reparto di analisi	C	8103	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
29	F_Tipo_pre	Tipo prelievo	C	8104	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
30	F_Consulenza	Esame su consulenza	C	8105	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
31	F_Macroscopia	Descrizione macroscopica del pezzo	C	8106	1	"0"=campo compilato "1"=campo non compilato
32	F_Diagnosi	Diagnosi per esteso	C	8107	1	"0"=campo compilato "1"=campo non compilato
33	F_Cod_topog	Codice topografico sede	C	8108	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
34	F_Cod_morf_1	Codice di morfologia 1	C	8109	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
35	F_Cod_morf_2	Codice di morfologia 2	C	8110	1	"0"=campo corretto

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Posizione	Lunghezza	Codici di errore
						"1"=campo errato
36	F_Cod_morf_3	Codice di morfologia 3	C	8111	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
37	F_Riga_doppia	Record doppio	C	8112	1	"0"=record non doppio "1"=record doppio
38	F_Chiave_errata	Campi chiave errati	C	8113	1	"0"=tutti i campi chiave sono corretti "1"=almeno uno dei campi chiave è errato
39	F_AP1	Mancanza del record corrispettivo in AP1	C	8114	1	"0"=il record ha il corrispettivo nell'archivio AP1 "1"=il record non ha alcun corrispettivo nell'archivio AP1
40	F_Tot	Campo errore totale	C	8115	1	"0"=la famiglia di record non ha errori "1"=nella famiglia sono presenti uno o più errori che non comportano lo scarto "9"=in almeno uno dei record della famiglia sono presenti uno o più errori che implicano lo scarto