



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale della sanità

**12.01.00 Direzione Generale della Sanità**

**DETERMINAZIONE PROT N.                      REP. N.                      DEL**

**Oggetto:              Registro tumori della Regione Sardegna. Approvazione del  
Disciplinare flussi informativi ai sensi del Regolamento “Norme per il  
funzionamento del Registro tumori della Regione Sardegna, istituito  
con legge regionale 7 novembre 2012, n. 21” e istituzione del debito  
informativo.**

**IL DIRETTORE GENERALE**

VISTO              lo Statuto Speciale della Regione Autonoma della Sardegna e le relative norme di attuazione;

VISTA              la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO              il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421” e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO              il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 recante “Codice in materia di protezione dei dati personali” e ss.mm.ii.;

VISTA              la legge regionale 13 novembre 1998, n. 31 recante “Disciplina del personale regionale e dell'organizzazione degli uffici della Regione” e ss.mm.ii.;

VISTA              la legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 recante “Tutela della salute e riordino del Servizio Sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 2005, n. 5” e ss.mm.ii.;



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale della sanità

DETERMINAZIONE N.

DEL

- VISTA** la legge regionale 7 novembre 2012, n. 21 recante “Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria e modifica di disposizioni legislative sulla sanità” che all’art. 1, comma 2, lettera a) istituisce il Registro Tumori Regionale nel rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196;
- VISTI** il decreto dell’Assessore degli affari Generali, Personale e Riforma della Regione del 09.05.2014 n. 12218/14 con cui sono state conferite al dott. Giuseppe Maria Sechi le funzioni di Direttore Generale della Sanità dell’Assessorato dell’Igiene Sanità e dell’Assistenza Sociale e il successivo decreto n. 14440/14 del 12.05.2017, con il quale è stato confermato il conferimento delle funzioni di Direttore Generale della Sanità;
- VISTA** la legge regionale 27 luglio 2016, n. 17 recante “Istituzione dell’Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell’assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale)”;
- VISTA** la deliberazione della giunta regionale n. 30/21 del 16 giugno 2015 con la quale è stato adottato il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014 – 2018 che, nell’ambito del programma P-8.1 “Sorveglianza epidemiologica salute/inquinanti ambientali”, prevede l’attivazione del Registro Regionale Tumori, con la messa a regime delle attività di raccolta, sistematizzazione, analisi e conferma dei casi di neoplasia su tutto il territorio regionale;
- VISTA** la deliberazione della giunta regionale n. 33/9 del 26 giugno 2018 con la quale è stata prorogata al 31 dicembre 2019 la vigenza del PRP rimodulato secondo i criteri stabiliti nell’Intesa Stato - Regioni rep. Atti 247/CSR del 21 dicembre 2017, fermo restando il Quadro Logico regionale (QLr);
- VISTO** il regolamento recante “Norme per il funzionamento del Registro tumori della Regione Sardegna, istituito con legge regionale 7 novembre 2012, n.21” approvato dal Consiglio regionale nella seduta dell’8 novembre 2016;
- VISTA** la determinazione del Direttore Generale della Sanità n.940 del 21.09.2017 di istituzione del Gruppo tecnico regionale del Registro Tumori (GRTum) che finora



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale della sanità

DETERMINAZIONE N.

DEL

si è riunito regolarmente con frequenza mensile per undici volte a partire dal 16 ottobre 2017, con il mandato prevalente di programmare le azioni per l'avvio e la messa a regime del Registro Tumori Regionale della Sardegna (RTRS) definendo gli aspetti tecnici e organizzativi per il funzionamento;

**CONSIDERATO** che il RTRS è definito da un sottoinsieme dei dati contenuti nei Registri tumori locali (RTL) competenti per le macroaree della Sardegna settentrionale, centrale e meridionale, che operano sotto la struttura unitaria di coordinamento regionale del registro tumori (CRRT) incardinata presso l'ATS;

**ATTESO** che l'identificazione e registrazione dei tumori, a livello dei RTL, sia basata su procedure semi-automatiche di identificazione dei casi diagnosticati prevalentemente attraverso procedure di record linkage, a partire dalle fonti informative primarie disponibili a livello regionale, integrate dalla ricerca in modalità attiva da parte degli operatori per la verifica e conferma dei casi;

**PRESO ATTO** che, nella seduta del 18 gennaio 2018 (come risulta dal resoconto della riunione redatto dal Servizio Promozione della Salute e Osservatorio Epidemiologico) il GRTum ha individuato la data di start up del RTRS al 1 gennaio 2015 per la rilevazione dell'incidenza;

**RITENUTO NECESSARIO** definire in un disciplinare tecnico gli obblighi e le modalità di trasmissione dei dati, sia da parte delle Aziende sanitarie e strutture sanitarie private accreditate del Servizio Sanitario Regionale, sia tra le componenti organizzative del RTRS (CRRT, RTL e Osservatorio Epidemiologico Regionale), ai sensi dell'art.7 del citato regolamento;

**PRESO ATTO** altresì che, per tenere conto delle esigenze specifiche dei tre RTL, il GRTum ha ritenuto necessario inserire nel disciplinare flussi informativi un'apposita sezione recante le disposizioni transitorie, contenenti un cronoprogramma delle attività di allineamento delle basi dati locali che porterà il RTRS a regime entro il 2021;

**VISTO** il documento "Disciplinare flussi informativi del Registro tumori della Regione Sardegna", predisposto dal gruppo tecnico registro tumori e trasmesso in data 31.10.2018;



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione generale della sanità

DETERMINAZIONE N.

DEL

**DETERMINA**

- Art. 1) Di approvare l'allegato "Disciplinare flussi informativi del Registro tumori della Regione Sardegna", d'ora in poi Disciplinare, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente determinazione;
- Art. 2) Di istituire, per le finalità indicate nelle premesse, il debito informativo secondo modalità e tempistiche previste nel Disciplinare;
- Art. 3) Di dare mandato alle Aziende Sanitarie di attuare quanto specificato nel Disciplinare stesso, con particolare riguardo in fase di avvio del RTRS a quanto specificato nel paragrafo Disposizioni transitorie;
- Art. 4) La presente determinazione è trasmessa all'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale in ottemperanza al disposto di cui all'art. 21, comma 9 della L.R. n. 31/98.

**Il Direttore Generale della sanità**

Dott. Giuseppe Maria Sechi  
(firmato digitalmente)

Dr.ssa R.P./Sett. 4.3  
Dr.ssa M.A.P. /Coord. Sett. 4.3  
Dr. F.A. / Dir. 4

*Firmato digitalmente da*

**GIUSEPPE MARIA  
SECHI**



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della Sanità

# Registro Tumori della Regione Sardegna

## Disciplinare flussi informativi

*Regolamento n° 2, 8 novembre 2016*

*“Norme per il funzionamento del Registro tumori della Regione Sardegna,  
istituito con legge regionale 7 novembre 2012, n. 21”*

versione 1.0 del 07/11/2018

# Sommario

<b>1</b>	<b>Introduzione.....</b>	<b>2</b>
1.1	Obiettivi del documento.....	2
1.2	Revisioni del documento.....	2
1.3	Riferimenti normativi principali.....	2
1.4	Acronimi e definizioni.....	3
<b>2</b>	<b>Funzionamento del Registro Tumori della Regione Sardegna .....</b>	<b>4</b>
2.1	Componenti organizzative dell'RTRS .....	4
2.2	Workflow dell'RTRS .....	4
2.3	Fonti informative del RTRS .....	5
<b>3</b>	<b>FASE 1: Debito informativo verso il CRRT .....</b>	<b>6</b>
3.1	Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).....	6
3.2	Farmaci ad alto costo (SDF) .....	6
3.3	Schede di morte (ReNCaM).....	7
3.4	Referti di Anatomia patologica (AP).....	7
3.5	Area di Accoglienza Informazioni presso CRRT .....	8
<b>4</b>	<b>FASE 2: Ripartizione dei dati raccolti dal CRRT verso i RTL .....</b>	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>FASE 3: Raccolta di ulteriori informazioni da parte dei RTL.....</b>	<b>10</b>
<b>6</b>	<b>FASE 4: Debito informativo dei RTL verso l'RTRS (OER) .....</b>	<b>11</b>
<b>7</b>	<b>Disposizioni transitorie .....</b>	<b>12</b>
<b>8</b>	<b>Tracciati record .....</b>	<b>14</b>
	Scheda 1: Schede di dimissione ospedaliera (SDO) .....	14
	Scheda 2: Farmaci ad alto costo (SDF) .....	15
	Scheda 3: Schede di morte (RENCAM).....	16
	Scheda 4: Anatomia patologica (AP) .....	18
	Scheda 5: Flusso RTL – RTRS (OER).....	19
<b>9</b>	<b>Tabelle di riferimento.....</b>	<b>21</b>
	Tabella A - Codici diagnosi ICD-9-CM correlate a neoplasie per selezione SDO .....	21
	Tabella B - Codici procedure ICD-9-CM correlate a neoplasie per selezione SDO .....	22
	Tabella C - Codici ATC per selezione farmaci oncologici dal flusso SDF .....	27
	Tabella D - Codici ICD-10 per selezione delle schede di morte dal ReNCaM.....	27
	Tabella E - Codici Strutture di Anatomia Patologica .....	28
	<b>Allegato A – Area di accoglienza informazioni CRRT .....</b>	<b>29</b>
	<b>Allegato B – Modulo di richiesta informazioni sanitarie (intra-regione).....</b>	<b>35</b>
	<b>Allegato C – Modulo di richiesta informazioni sanitarie (extra-regione).....</b>	<b>36</b>
	<b>Allegato D – Flusso AP – File XSD e XML.....</b>	<b>37</b>

## 1 Introduzione

Il Registro Tumori della Regione Sardegna (RTRS) è stato istituito con la legge regionale n. 21 del 7 novembre 2012 “Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria e modifica di disposizioni legislative sulla sanità” per la raccolta centralizzata a livello regionale dei casi di neoplasia diagnosticati nella popolazione residente in Sardegna. Il Consiglio regionale, in data 8 novembre 2016, acquisito il parere favorevole dall'Ufficio del Garante della privacy, ha approvato il Regolamento che ne disciplina il funzionamento individuando, in particolare, i titolari del trattamento dei dati contenuti nel registro regionale e nei registri locali, la tipologia di dati sensibili trattati, i soggetti tenuti ad alimentare il registro, nonché l'ambito di comunicazione e di diffusione dei dati.

La finalità di un registro tumori è principalmente quella di raccogliere e classificare informazioni su tutti i casi di neoplasia al fine di produrre statistiche sull'incidenza tumorale in una determinata popolazione e fornire una base per valutare e controllare l'impatto dei tumori nella comunità (O.M.Jensen and H.H.Storm in “Cancer Registration: Principles and Methods.” IARC Publications No.95 Lyon 1991). Inoltre, così come previsto dal comma 1 dell'art. 3 del suddetto Regolamento, si identificano altre finalità di trattamento quali la descrizione della frequenza della patologia neoplastica, la produzione di dati di mortalità, di sopravvivenza e di prevalenza dei tumori per sede, per sesso, per età e per altre caratteristiche della popolazione in modo omogeneo e standardizzato sull'intero territorio regionale.

Le modalità operative adottate dal RTRS si basano sull'identificazione dei casi di neoplasia prevalentemente attraverso procedure di *record linkage* a partire dalle fonti informative regionali individuate dal Regolamento.

### 1.1 Obiettivi del documento

Il presente documento, previsto dal comma 1 art. 7 del Regolamento, ha lo scopo di disciplinare i contenuti informativi e le modalità di accesso alle fonti informative da parte di tutte le componenti organizzative del RTRS per consentirne il funzionamento ed il raggiungimento delle finalità descritte.

### 1.2 Revisioni del documento

Il presente documento è soggetto a revisione sulla base delle indicazioni del gruppo tecnico regionale del Registro Tumori o in funzione delle mutate esigenze informative o normative.

Versione	Data modifica	Descrizione modifiche
01.00	10.10.2018	Prima pubblicazione del documento approvato dal Gruppo regionale registro tumori

### 1.3 Riferimenti normativi principali

- [1] Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali, e ss.mm.ii.
- [2] Legge Regionale 7 novembre 2012, n. 21 - Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria e modifica di disposizioni legislative sulla sanità.
- [3] Deliberazione della Giunta Regionale n. 30/21 del 16 giugno 2015 - Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014 – 2018.



- [4] Regolamento regionale n. 2, 8 novembre 2016 – Norme per il funzionamento del Registro tumori della Regione Sardegna, istituito con legge regionale 7 novembre 2012.
- [5] Determinazione del Direttore Generale della Sanità n.940 del 21/09/2017 - Istituzione del Gruppo tecnico regionale del Registro Tumori.
- [6] Atto Aziendale Azienda per la Tutela della Salute Allegato alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 42/2 del 11.9.2017
- [7] Funzionigramma Allegato n. 1 alla Deliberazione del Direttore Generale ATS n. 238 del 14/02/2018

#### 1.4 Acronimi e definizioni

Acronimo	Descrizione
AIC	Autorizzazione all'Immissione in Commercio di medicinali
AIRTUM	Associazione Italiana Registri Tumori
AO	Aziende Ospedaliere (anche Universitarie)
AP	Anatomia Patologica
ASSL	Aree Socio Sanitaria Locale
ATS	Azienda Tutela della Salute
CRRT	Coordinamento regionale del Registro Tumori
OER	Osservatorio Epidemiologico Regionale
RAS	Regione Autonoma della Sardegna
ReNCaM	Registro Nominativo delle Cause di Morte
RTRS	Registro Tumori della Regione Sardegna
RTL	Registro Tumori locale
SGAF	Sistema Gestione Accoglienza Flussi
SDF	Flusso informativo Somministrazione Diretta del farmaco
SDO	Flusso informativo Schede di Dimissione Ospedaliera
SIDI	Sistema Informativo Debito Informativo
SSR	Servizio Sanitario Regionale
XML	eXtensible Markup Language

## 2 Funzionamento del Registro Tumori della Regione Sardegna

Il Regolamento che disciplina il funzionamento del RTRS ha definito l'organizzazione e le modalità di interazione delle strutture organizzative per lo scambio delle informazioni per via telematica, definendo gli obblighi e le modalità di trasmissione dei dati.

### 2.1 Componenti organizzative del RTRS

L'articolazione organizzativa del RTRS, definita nell'art.4 del Regolamento, prevede una struttura di tipo federato così composta:

- il **Coordinamento regionale del registro tumori (CRRT)** è incardinato nell'ATS presso la struttura complessa "Centro epidemiologico e coordinamento Registro tumori" e provvede alla raccolta dei dati personali anagrafici e sanitari relativi a casi diagnosticati di neoplasia del territorio della Regione, resi disponibili dalla Direzione generale della Sanità della Regione Sardegna o provenienti dalle Aziende Sanitarie e dalle strutture sanitarie private accreditate del territorio regionale, li ripartisce secondo il criterio della residenza anagrafica (o del domicilio per i non residenti in Sardegna) all'atto della prima diagnosi e trasmette tutti i dati raccolti al Registro tumori locale competente per territorio;
- tre **Registri tumori locali (RTL)**, ciascuno corrispondente ad una macroarea del territorio della Sardegna, come di seguito specificato:
  - *Registro tumori nord Sardegna*, comprendente la circoscrizione territoriale delle ASSL di Sassari e Olbia, ubicato presso il Dipartimento di Prevenzione competente per territorio;
  - *Registro tumori centro Sardegna*, comprendente la circoscrizione territoriale delle ASSL di Nuoro, Ogliastra e Oristano, ubicato presso il Dipartimento di Prevenzione competente per territorio;
  - *Registro tumori sud Sardegna*, comprendente la circoscrizione territoriale delle ASSL di Cagliari, Sanluri e Carbonia, ubicato presso il Dipartimento di Prevenzione competente per territorio.

Ciascun RTL verifica, analizza, conferma ed elabora i dati acquisiti dal CRRT concernenti i casi diagnosticati di neoplasia e, successivamente, trasmette i casi accertati, privi di elementi identificativi diretti, al datawarehouse centralizzato del RTRS. Il RTL analizza i dati a fini di studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- il datawarehouse centralizzato del RTRS, collocato presso l'**Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER)** della Direzione generale della Sanità della Regione Sardegna, è la struttura che raccoglie i dati provenienti dai tre RTL per l'elaborazione delle informazioni epidemiologiche e statistiche ai fini di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria.

### 2.2 Workflow del RTRS

L'identificazione e registrazione dei tumori si basa su procedure semi-automatiche di identificazione dei casi diagnosticati prevalentemente attraverso procedure di *record linkage*, a partire dalle fonti informative primarie disponibili a livello regionale, integrate dalla ricerca in modalità attiva da parte degli operatori dei RTL per la verifica e conferma dei casi.

Lo schema di funzionamento del RTRS ed il diagramma di flusso di acquisizione dei dati, così come definito dall'art. 7 del Regolamento, è illustrato nella figura 1 dove sono evidenziate le seguenti quattro fasi:

- **Fase 1:** Debito informativo delle Aziende Sanitarie, delle strutture sanitarie private accreditate e della Direzione generale della Sanità verso il CRRT;
- **Fase 2:** Ripartizione dei dati raccolti dal CRRT verso i RTL;
- **Fase 3:** Raccolta di ulteriori informazioni da parte dei RTL;
- **Fase 4:** Debito informativo dei RTL verso il RTRS-OER.

Nei capitoli seguenti sono descritte, per ciascuna fase, le specifiche tecniche del debito informativo.

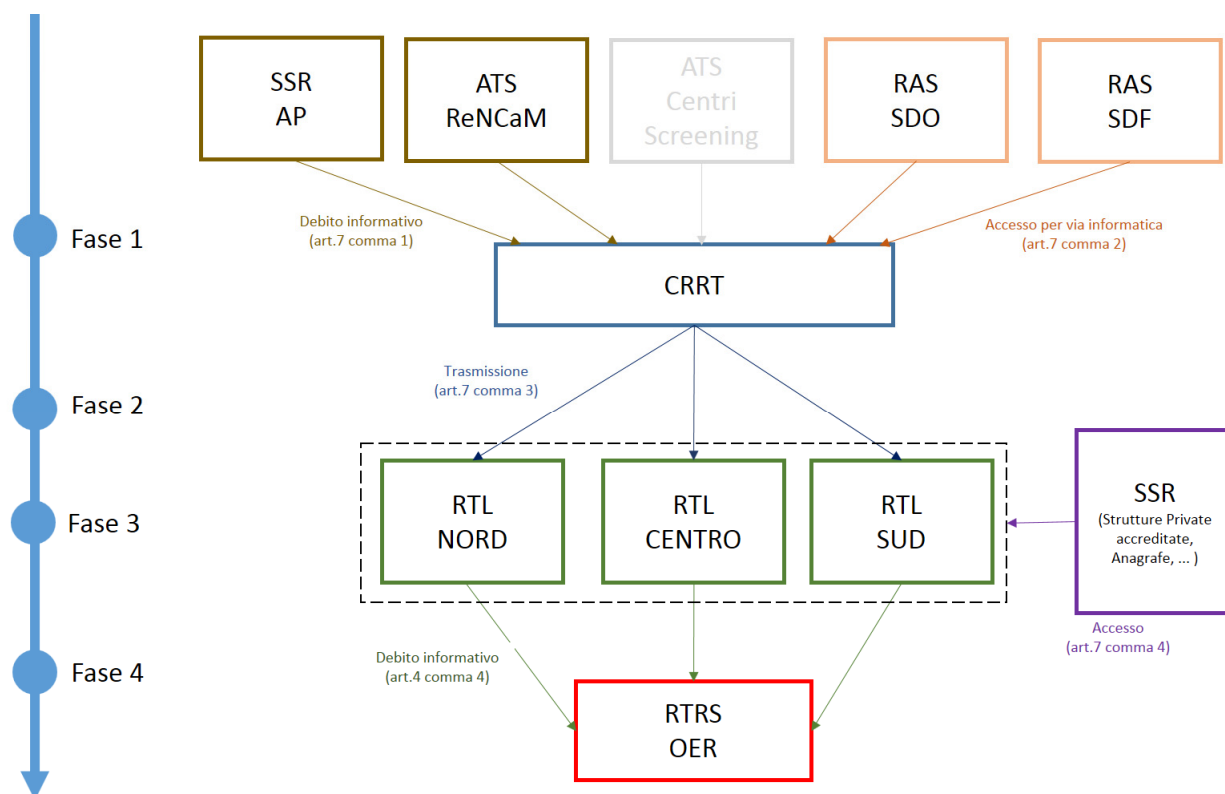


Figura 1. Workflow di funzionamento del RTRS

### 2.3 Fonti informative del RTRS

Le fonti informative primarie per l'alimentazione del RTRS sono gli archivi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e dei referti di Anatomia Patologica (AP) ed i Registri Nominativi delle Cause di Morte (ReNCaM). A queste si aggiungono fonti informative integrative quali il flusso di Somministrazione Diretta Farmaci (SDF) e la documentazione sanitaria afferente ai centri screening che verrà integrata successivamente all'avvio del RTRS.

Riferendosi alla figura 1 di descrizione del workflow, le strutture che detengono le fonti dei dati relativi alle neoplasie identificate disponibili a livello regionale sono:

- **SSR AP:** servizi di Anatomia Patologica operanti presso le strutture sanitarie pubbliche o private accreditate della Regione;
- **ATS ReNCaM:** uffici registri nominativi delle cause di morte situati presso ogni ASSL di competenza ATS;
- **ATS Centri Screening:** servizi appartenenti alla ATS deputati alla gestione locale degli screening oncologici (non considerati nel presente disciplinare);
- **RAS SDO:** servizio dei sistemi informativi della Direzione generale della Sanità presso il quale è presente l'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) di tutta la Regione e della mobilità extra-regionale;
- **RAS SDF:** servizio dei sistemi informativi della Direzione generale della Sanità presso il quale è presente l'archivio del flusso di Somministrazione Diretta Farmaci (SDF), comprensivo della Distribuzione Per Conto, di tutta la Regione e della mobilità extra-regionale.

### 3 FASE 1: Debito informativo verso il CRRT

Costituisce un debito informativo verso la struttura di accoglienza informazioni del CRRT la trasmissione delle informazioni concernenti:

- le schede di dimissione ospedaliera e i farmaci oncologici ad alto costo, da parte della Direzione generale della Sanità (ai sensi del comma 2 art.7 del Regolamento);
- le schede di morte da parte dei ReNCaM operanti nel territorio regionale (ai sensi del comma 1 art.7 del Regolamento);
- i referti di anatomia patologica da parte delle Aziende Sanitarie e delle strutture sanitarie private accreditate operanti nel territorio regionale (ai sensi del comma 1 art.7 del Regolamento).

La finalità della raccolta di tali informazioni è quella di identificare, secondo il criterio della residenza anagrafica o del domicilio del paziente, la porzione di dati di competenza di ciascun RTL, secondo quanto previsto dal comma 3 art. 7 del Regolamento.

I dettagli di ciascun debito informativo sono esplicitati nei paragrafi successivi.

#### 3.1 Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Normativa	Regolamento art. 7 comma 2 lettera a
Contenuti	La Direzione Generale della Sanità adempie al debito informativo mettendo a disposizione un <b>accesso per via telematica</b> del CRRT alla banca dati regionale delle SDO limitatamente ai codici diagnosi e intervento/procedura, di cui alle tabelle A e B del presente documento, correlati alle procedure di definizione dei casi di tumore. Sono inclusi tutti i ricoveri dei soggetti residenti, ovunque erogati (inclusa la mobilità passiva extra regionale).
Competenza	Direzione Generale della Sanità – Servizio Sistema Informativo
Modalità	Gli operatori del CRRT, opportunamente profilati, accedono, tramite processo automatizzato di estrazione dal Sistema Informativo Debito Informativo (SIDI), ai dati in esso presenti (produzione regionale e mobilità passiva interregionale) relativi alla banca dati delle SDO, secondo le specifiche riportate nel relativo tracciato (scheda 1) e nelle tabelle A e B. Tale processo permette l'estrazione, alla data definita per l'anno di riferimento considerato, dei record che soddisfano le specifiche indicate.
Tempistica	Entro il 30 settembre sono resi disponibili i dati consolidati dell'annualità precedente.
Tracciato	Scheda 1 "Schede di dimissione ospedaliera (SDO)"

#### 3.2 Somministrazione Diretta Farmaci (SDF)

Normativa	Regolamento art. 7 comma 2 lettera b
Contenuti	La Direzione Generale della Sanità adempie al debito informativo mettendo a disposizione un <b>accesso per via telematica</b> del CRRT alla banca dati regionale delle prestazioni erogate di Somministrazione Diretta Farmaci (SDF), limitatamente alla lista dei farmaci oncologici ad alto costo di cui alla tabella C del presente documento. Sono

	incluse le somministrazioni a soggetti residenti, ovunque erogate (inclusa la mobilità passiva extra regionale).
Competenza	Direzione Generale della Sanità – Servizio Sistema Informativo
Modalità	Gli operatori del CRRT, opportunamente profilati, accedono tramite processo automatizzato di estrazione dal Sistema Informativo Debito Informativo (SIDI) ai dati in esso presenti (produzione regionale e mobilità passiva interregionale) relativi alla banca dati delle SDF, secondo le specifiche riportate nel relativo tracciato (scheda 2) e nella tabella C. Tale processo permette l'estrazione, alla data definita per l'anno di riferimento considerato, dei record che soddisfano le specifiche indicate.
Tempistica	Entro il 30 settembre sono resi disponibili i dati consolidati dell'annualità precedente.
Tracciato	Scheda 2 "Somministrazione Diretta Farmaci (SDF)"

### 3.3 Registro Nominativo Cause di Morte (ReNCaM)

Normativa	Regolamento art. 7 comma 1 lettera a
Contenuti	Gli uffici dei ReNCaM dell'ATS adempiono al <b>debito informativo</b> verso il CRRT <b>mediante trasmissione per via telematica</b> delle informazioni relative alle schede di morte, limitatamente a quelle con menzione di neoplasia (cfr. Tabella D) come causa di morte oppure come condizione morbosa rilevante per il decesso.
Competenza	Uffici ReNCaM dell'ATS
Modalità	I referenti dei ReNCaM, opportunamente profilati, caricano nell'apposita area di accoglienza informazioni del CRRT i dati relativi alle schede di morte estratti dal gestionale Sisar-RENCAM, secondo il tracciato riportato nella scheda 3, limitatamente a quelle contenenti codici di neoplasie di cui alla tabella D in qualsiasi posizione dei campi delle cause di morte oppure condizione morbosa rilevante per il decesso.
Tempistica	Entro il 30 settembre sono resi disponibili i dati dell'annualità precedente.
Tracciato	Scheda 3 "Flusso RENCAM"

### 3.4 Referti di Anatomia patologica (AP)

Normativa	Regolamento art. 7 comma 1 lettera b
Contenuti	L'ATS, le aziende ospedaliere e le strutture private accreditate del SSR che effettuano attività di Anatomia Patologica in Regione adempiono al <b>debito informativo</b> verso il CRRT <b>mediante trasmissione per via telematica</b> dei referti di Anatomia Patologica, limitatamente agli esami correlati a patologie tumorali.
Competenza	Strutture di AP
Modalità	Gli operatori incaricati dell'estrazione e dell'invio telematico dei dati dei referti di AP, opportunamente profilati, caricano i file nell'apposita area di accoglienza informazioni del CRRT, secondo il tracciato riportato nella scheda 4.

	Ogni struttura inviante viene identificata secondo la codifica specificata nella tabella E del presente documento.
Tempistica	Entro il 30 settembre sono resi disponibili i dati consolidati dell'annualità precedente.
Tracciato	Scheda 4 "Flusso AP"

### 3.5 Area di Accoglienza Informazioni presso CRRT

L'area di accoglienza informazioni del CRRT consiste in una piattaforma applicativa web-based costruita sul sistema open source di Document Management "Alfresco". È strutturata con un'architettura "services oriented" che permette di svolgere agevolmente tutte le operazioni sui file senza richiedere l'installazione di alcun software sui computer degli operatori, rispondendo pienamente ai requisiti tecnici di sicurezza, scalabilità, modularità ed espandibilità.

La piattaforma offre un avanzato sistema di gestione degli utenti e dei profili di accesso che consente di configurare, per ciascun gruppo di utenti, l'abilitazione a specifiche aree e/o funzionalità della piattaforma. L'accesso degli utenti avviene con autenticazione forte. I permessi possono essere applicati sia sui contenuti (a livello di cartelle o di singolo file) che sulle funzionalità in modo da abilitare o inibire l'accesso, da parte di un utente, ad un determinato "oggetto" in funzione del profilo di sicurezza associato.

La soluzione individuata prevede il solo caricamento manuale dei file da parte dei soggetti abilitati, senza nessun controllo sul formato e senza alcun sistema di prelievo/trasmissione automatica di dati.

I soggetti abilitati, opportunamente profilati, devono predisporre i file del flusso informativo di competenza e depositarlo nell'apposita area di accoglienza configurata dal CRRT, secondo le tempistiche specificate nelle schede dei paragrafi precedenti, provvedendo alla metadattazione dei documenti (mediante tag) per rendere efficiente la loro gestione e per semplificare le operazioni di ricerca avanzata.

In funzione della tipologia di utente, del flusso informativo e del trattamento da effettuare, sono stati identificati quattro profili di riferimento:

- 1) **User SS:** operatore delle strutture sanitarie che si occupa di caricare direttamente i documenti sul sistema di accoglienza;
- 2) **User CRRT:** operatore del CRRT che si occupa di prelevare i file dal sistema SIDI e caricarli sul sistema di accoglienza; si occupa anche di elaborare tutti i file della Fase 1 suddividendoli per residenza del paziente e depositandoli nell'apposita area per i RTL, secondo quanto meglio specificato nel paragrafo successivo;
- 3) **User RTL:** operatore del RTL che si occupa di scaricare i file di competenza per importarli nell'applicativo di elaborazione e analisi locale; carica sul sistema di accoglienza i file previsti nella Fase 4.
- 4) **User OER:** operatore dell'OER che si occupa di scaricare i file depositati dai RTL per l'importazione nel datawarehouse regionale.

Il CRRT ha la responsabilità della gestione degli utenti e dei profili della piattaforma, secondo le misure di sicurezza e le modalità di trattamento dei dati previste al paragrafo 2 del "Disciplinare tecnico in materia di misure di sicurezza per il funzionamento del registro tumori". Per ulteriori dettagli tecnici si rimanda all'allegato A.

#### 4 FASE 2: Ripartizione dei dati raccolti dal CRRT verso i RTL

Il CRRT, raccolti i dati di cui alla Fase 1, li elabora e li ripartisce ai RTL competenti per territorio secondo il criterio della residenza anagrafica dei pazienti, o del domicilio per i non residenti in Sardegna, all'atto della prima diagnosi. Per l'informazione sulla residenza dei pazienti si avvale del sistema di anagrafica regionale ANAGS.

Il trasferimento dei dati verso i RTL competenti per territorio costituisce un debito informativo del CRRT ai sensi dell'art. 4 comma 2 del Regolamento, da assolvere secondo le misure di sicurezza e le modalità di trattamento dei dati previste al paragrafo 2 del "Disciplinare tecnico in materia di misure di sicurezza per il funzionamento del registro tumori".

Normativa	Regolamento art. 4 comma 2
Contenuti	CRRT elabora i dati raccolti dalle fonti informative (SDO, SDF, RENCAM, AP) e li ripartisce ai RTL competenti per territorio secondo il criterio della residenza anagrafica dei pazienti, o del domicilio per i non residenti in Sardegna, all'atto della prima diagnosi.
Competenza	CRRT
Modalità	Il CRRT deposita nell'area di accoglienza informazioni i dati di competenza di ciascuno dei RTL, in formato compatibile per l'importazione nel software gestionale in dotazione dei RTL per l'elaborazione prevista nella fase successiva.
Tempistica	Entro il 30 ottobre, previo accertamento dell'avvenuta ricezione dei flussi della Fase 1.
Tracciato	Schede 1, 2, 3, 4

---

## 5 FASE 3: Raccolta di ulteriori informazioni da parte dei RTL

Una volta acquisiti i dati di cui alla Fase 2, gli operatori di ciascun RTL competente per territorio procedono con le verifiche anagrafiche e con l'analisi dei dati di propria competenza provenienti dalle varie fonti informative (SDO, SDF, RENCAM, AP) al fine di raggruppare quelli riferibili al medesimo soggetto (*record linkage*). Inoltre, come previsto dall'art.7 comma 4 del Regolamento, al fine di accertare ed elaborare le informazioni attinenti ad ogni singolo caso di neoplasia individuato, accedono in consultazione agli archivi detenuti dalla Regione, dalle Aziende Sanitarie e dalle strutture sanitarie private accreditate del SSR.

L'accesso agli archivi è consentito previa presentazione dell'apposito modulo di richiesta (allegato B) e deve avvenire, nel rispetto di quanto stabilito dal "Disciplinare tecnico in materia di misure di sicurezza per il funzionamento del registro tumori", per via informatica o, in via residuale se indisponibile il mezzo informatico, mediante:

- accesso diretto degli incaricati del RTL agli archivi cartacei delle strutture sanitarie;
- trasmissione su supporti informatici quali CD, DVD, pen drive, inseriti in plico chiuso e recapitati mediante corriere espresso, posta assicurata o recapito a mano, secondo quanto previsto dalla normativa D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.;
- trasmissione di documenti cartacei inseriti in plico chiuso e recapitati mediante corriere espresso, posta assicurata o recapito a mano, secondo quanto previsto dalla normativa D. Lgs. 196/2006 e ss.mm.ii.

In nessun caso è consentito inviare via fax documenti contenenti dati sensibili.

La eventuale richiesta di ulteriore documentazione sanitaria conservata presso strutture extra Regione (es. cartelle cliniche), non costituendosi alcun debito informativo, deve essere effettuata dai RTL direttamente alla struttura che la detiene utilizzando il modulo di richiesta dati extra-regione di cui all'allegato C. Si intendono valide le medesime regole di accesso specificate sopra per le strutture regionali.



## 6 FASE 4: Debito informativo dei RTL verso il RTRS (OER)

I RTL, al termine delle attività di cui alla Fase 3, trasmettono le informazioni relative ai casi diagnosticati o accertati di neoplasie, privi di elementi identificativi diretti, al datawarehouse del RTRS, collocato presso l'OER, che tratta i dati di cui sopra per l'esercizio delle proprie funzioni istituzionali.

La trasmissione dei dati da parte di ciascuno dei tre RTL verso l'OER costituisce un debito informativo ai sensi dell'art. 4 comma 4 del Regolamento, finalizzato all'alimentazione del datawarehouse del RTRS.

Il RTL deve adottare le misure di sicurezza e le modalità di trattamento dei dati previste al paragrafo 2 del "Disciplinare tecnico in materia di misure di sicurezza per il funzionamento del registro tumori".

Normativa	Regolamento Art. 4 comma 4
Contenuti	I RTL alimentano il datawarehouse centralizzato del RTRS attraverso la trasmissione dei dati sanitari, privi di elementi identificativi diretti, concernenti i <b>casi confermati di neoplasia</b> insorti nella popolazione di riferimento.
Competenza	RTL del Nord, Centro e Sud Sardegna
Modalità	I referenti dei RTL, opportunamente profilati, depositano nell'area di accoglienza informazioni del CRRT i file dei tre flussi (incidenza, mortalità, popolazione) relativi ai casi confermati di neoplasia, estratti dal software gestionale utilizzato, secondo i tracciati riportati nella scheda 5.  Gli operatori dell'OER, opportunamente profilati, scaricano detti file per l'importazione nel datawarehouse dell'OER.
Tempistica	Entro 24 mesi dall'anno solare di riferimento.
Tracciato	Scheda 5 "Flusso RTL-RTRS (OER)"

## 7 Disposizioni transitorie

L'articolazione organizzativa del RTRS prevede una struttura di tipo federato che riunisce le informazioni dei tre RTL in un unico datawarehouse presso l'OER. Complessivamente la data iniziale della registrazione tumorale dell'intero RTRS è fissata al 01/01/2015, corrispondente alla cosiddetta annualità 2015.

Per le specificità e le esigenze dei Registri storici di Sassari e Nuoro, operativi da tempo e accreditati AIRTUM, è necessario stabilire un cronoprogramma per allineare i tre registri alla situazione a regime.

### 7.1 Analisi del fabbisogno informativo

Di seguito sono esplicitate le esigenze dei singoli RTL e descritto il fabbisogno informativo per raggiungere gli obiettivi definiti. Per annualità si intende il periodo dal 1 gennaio al 31 dicembre dell'anno specificato. Dove è indicato ANAGS si intende un archivio dei residenti storicizzato alla data del 31 dicembre dell'anno precedente a quello indicato, proveniente dalla base dati regionale ANAGS. Relativamente alle AP si fa riferimento solo agli archivi informatizzati, ove disponibili; nel caso di referti cartacei potranno essere recuperati secondo le modalità previste dalla Fase 3.

Registro Tumori Locale	Esigenze	Fabbisogno informativo
Nord (Sassari, Olbia)	Consolidare la base dati esistente, che parte dal 1992, fino all'annualità 2015 e avvio registrazione a regime.	SDO dal 2016 SDF dal 2013 ReNCaM dal 2013 AP dal 2011 ANAGS dal 2013
Centro (Nuoro, Ogliastra, Oristano)	Consolidare la base dati esistente che parte dal 2003, solo per le ASL di Nuoro e Ogliastra, fino all'annualità 2015, e avvio registrazione a regime.	SDO dal 2016 SDF dal 2013 ReNCaM dal 2013 AP dal 2011 ANAGS dal 2013
	Estendere il territorio di competenza alla ASL di Oristano, a partire dal 2015. Trattandosi di una nuova installazione è necessario che i flussi AP e SDO comprendano, ove possibile, almeno 10 annualità precedenti il 2015.	SDO dal 2006 (OR) SDF dal 2015 (OR) ReNCaM dal 2015 (OR) AP dal 2006 (OR) ANAGS dal 2015 (OR)
Sud (Cagliari, Sanluri, Carbonia)	Iniziare le attività a partire dal 2015. Trattandosi di una nuova installazione è necessario che i flussi AP e SDO comprendano, ove possibile, almeno 10 annualità precedenti il 2015.	SDO dal 2006 SDF dal 2015 ReNCaM dal 2015 AP dal 2006 ANAGS dal 2015

### 7.2 Cronoprogramma

Per permettere l'allineamento delle basi dati dei tre RTL a partire dall'annualità 2015 e andare a regime, recuperando lo storico, entro il 2021, occorre prevedere delle attività straordinarie di impianto per le varie Fasi di elaborazione dei dati del RTRS. In particolare si individua il seguente cronoprogramma:

<b>Fase</b>	<b>Responsabile</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
1	AP, SDO, ReNCaM, SDF	Entro il 31/01/2019 invio al CRRT di tutte le annualità elencate nella tabella precedente fino all'annualità 2017.  Entro il 30/09/2019 invio dell'annualità 2018.	Situazione a regime. Entro il 30/09/2020 invio dell'annualità 2019.	Situazione a regime. Entro il 30/09/2021 invio dell'annualità 2020.
2	CRRT	Entro il 28/02/2019 elaborazione e messa a disposizione dei RTL delle annualità elencate nel punto precedente.  Entro il 31/10/2019 elaborazione e messa a disposizione dei RTL dell'annualità 2018.	Situazione a regime, entro il 31/10/2020 elaborazione e messa a disposizione dei RTL dell'annualità 2019.	Situazione a regime, entro il 31/10/2021 elaborazione e messa a disposizione dei RTL dell'annualità 2020.
3	RTL Sud	Elaborazione dell'annualità 2015.	Elaborazione delle annualità 2016, 2017.	Elaborazione delle annualità 2018, 2019. Raggiunge la situazione a regime.
3	RTL Centro	Elaborazione delle annualità 2013, 2014 per i territori di Nuoro e Ogliastra.  Avvio dell'elaborazione dell'annualità 2015 per Oristano.	Elaborazione delle annualità 2015, 2016, 2017 per i tutti i territori di competenza.	Elaborazione della annualità 2018 e 2019 per tutti i territori di competenza. Raggiunge la situazione a regime.
3	RTL Nord	Elaborazione delle annualità 2013, 2014.	Elaborazione delle annualità 2015, 2016, 2017.	Elaborazione delle annualità 2018, 2019. Raggiunge la situazione a regime.
4	RTL Sud	Invio entro il 31/12/2019 della annualità 2015.	Invio entro il 31/12/2020 delle annualità 2016, 2017.	Situazione a regime. Invio entro il 31/12/2021 delle annualità 2018, 2019.
4	RTL Centro		Invio entro il 31/12/2020 delle annualità 2015, 2016, 2017.	Situazione a regime. Invio entro il 31/12/2021 delle annualità 2018, 2019.
4	RTL Nord		Invio entro il 31/12/2020 delle annualità 2015, 2016, 2017.	Situazione a regime. Invio entro il 31/12/2021 delle annualità 2018, 2019.

## 8 Tracciati record

### Scheda 1: Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

#### SDO - Informazioni anagrafiche

N°	Tipo	Dim	Contenuti informativi	Descrizione
1	AN	3	Regione	Codice a tre cifre che individua la Regione erogante.
2	AN	3	Azienda Sanitaria	Codice a tre cifre che individua l'Azienda Sanitaria erogante.
3	AN	8	Presidio	Codice che individua l'istituto di cura nei modelli HSP11 o HSP11 BIS. I primi tre caratteri identificano la regione, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture del complesso ospedaliero (subcodice struttura interna).
4	AN	8	Numero scheda	Il codice è articolato in 8 caratteri di cui i primi due identificano l'anno di ricovero e gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva e univoca all'interno dell'anno e del presidio erogante.
5	AN	30	Cognome	
6	AN	20	Nome	
7	AN	16	Codice fiscale	
8	AN	1	Genere	Codifica: <b>1.</b> maschile; <b>2.</b> femminile.
9	AN	8	Data nascita	Formato GGMMAAAA.
10	AN	6	Comune nascita	Codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, in cui i primi tre individuano la provincia e i successivi un progressivo che individua il singolo comune all'interno di ciascuna provincia.
11	AN	3	Regione residenza	Regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente.
12	AN	6	Comune residenza	Codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, in cui i primi tre individuano la provincia e i successivi un progressivo che individua il singolo comune all'interno di ciascuna provincia.
13	AN	20	ID	Identificativo record univoco per l'anno di riferimento

#### SDO - Informazioni amministrative, cliniche e di processo

N°	Tipo	Dim	Contenuti informativi	Descrizione
1	AN	8	Presidio	Codice che individua l'istituto di cura nei modelli HSP11 o HSP11 BIS. I primi tre caratteri identificano la regione, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture del complesso ospedaliero (Subcodice struttura interna).
2	AN	8	Numero scheda	Corrispondente al numero identificativo della cartella clinica. Composto da: 1°, 2° carattere anno di ricovero + 6 caratteri corrispondenti alla numerazione progressiva all'interno dell'anno e del presidio erogante indipendentemente dal regime di ricovero.
3	AN	4	Reparto ammissione	Codice che individua il reparto di cura da rilevare nei modelli HSP12 o HSP13. I primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.
4	AN	1	Regime ricovero	Codifica: <b>1.</b> ricovero ordinario; <b>2.</b> ricovero diurno (DH/DS).
5	AN	8	Data ricovero	Formato GGMMAAAA.
6	AN	4	Reparto 1 trasferimento	Codice che individua il reparto di cura da rilevare nei modelli HSP12 o HSP13.
7	AN	8	Data 1 trasferimento	Formato GGMMAAAA.
8	AN	4	Reparto 2 trasferimento	Codice del reparto di cura rilevato dai modelli HSP12 o HSP13.
9	AN	4	Reparto 3 trasferimento	Codice del reparto di cura rilevato dai modelli HSP12 o HSP13.
10	AN	4	Reparto dimissione	Codice del reparto di cura rilevato dai modelli HSP12 o HSP13.
11	AN	8	Data dimissione o morte	Formato GGMMAAAA.
12	AN	1	Modalità dimissione	Codifica: <b>1.</b> paziente deceduto; <b>2.</b> dimissione ordinaria al domicilio del paziente; <b>3.</b> dimissione ordinaria presso una residenza sanitaria assistenziale (RSA); <b>4.</b> dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare; <b>5.</b> dimissione volontaria; <b>6.</b> trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti; <b>7.</b> trasferimento ad altro regime di ricovero o ad altro tipo di attività di ricovero nell'ambito dello stesso istituto; <b>8.</b> trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione; <b>9.</b> dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata.
13	AN	1	Riscontro autoptico	Codifica: <b>1.</b> autopsia eseguita; <b>2.</b> autopsia non eseguita.
14	AN	5	Diagnosi principale	Codice ICD9-CM
15	AN	5	Diagnosi secondaria 1	Codice ICD9-CM
16	AN	5	Diagnosi secondaria 2	Codice ICD9-CM
17	AN	5	Diagnosi secondaria 3	Codice ICD9-CM

N°	Tipo	Dim	Contenuti informativi	Descrizione
18	AN	5	Diagnosi secondaria 4	Codice ICD9-CM
19	AN	5	Diagnosi secondaria 5	Codice ICD9-CM
20	AN	5	Diagnosi secondaria 6	Codice ICD9-CM
21	AN	4	Intervento chirurgico/procedura principale o parto	Codice ICD9-CM
22	AN	8	Data intervento chirurgico principale o parto	Formato GGMMAAAA.
23	AN	4	Altro intervento o procedura 1	Codice ICD9-CM
24	AN	4	Altro intervento o procedura 2	Codice ICD9-CM
25	AN	4	Altro intervento o procedura 3	Codice ICD9-CM
26	AN	4	Altro intervento o procedura 4	Codice ICD9-CM
27	AN	4	Altro intervento o procedura 5	Codice ICD9-CM
28	AN	4	Altro intervento o procedura 6	Codice ICD9-CM
29	AN	20	ID	Identificativo record univoco per l'anno di riferimento

## Scheda 2: Somministrazione Diretta Farmaci (SDF)

### SDF - Informazioni anagrafiche

N°	Tipo	Dim	Contenuti informativi	Descrizione
1	AN	3	Regione	Codice a tre cifre che individua la Regione erogante.
2	AN	3	Azienda Sanitaria	Codice dell'Azienda sanitaria inviante
3	AN	2	Tipo erogatore	Codifica: 01. strutture di ricovero e cura pubblica o privata; 02. altra struttura sanitaria pubblica o privata (residenza sanitaria assistita, ambulatorio, ecc.); 03. istituto o centro di riabilitazione; 04. farmacia territoriale convenzionata; 05. istituti penitenziari; 06. altra struttura sanitaria pubblica aziendale.
4	AN	8	Struttura	Il campo può contenere: Per "Tipo erogatore" valorizzato 01 - Codici modelli HSP11 BIS o HSP11; Per "Tipo erogatore" valorizzato 02 - Codici modelli STS 11; Per "Tipo erogatore" valorizzato 03 - Codici modelli RIA 11; Per "Tipo erogatore" valorizzato 04 - Codici farmacie assegnati dall'MdS (Tracciabilità del farmaco); Per "Tipo erogatore" valorizzato 05 - Codici degli istituti penitenziari (Tracciabilità del farmaco); Per "Tipo erogatore" valorizzato 06 - Codici modello FLS11 + Codice interno aziendale.
5	AN	30	Cognome	
6	AN	20	Nome	
7	AN	16	Codice fiscale	
8	AN	1	Genere	Codifica: 1. maschile; 2. femminile.
9	AN	8	Data nascita	Formato GGMMAAAA
10	AN	6	Comune nascita	Codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, in cui i primi tre individuano la provincia e i successivi un progressivo che individua il singolo comune all'interno di ciascuna provincia.
11	AN	3	Regione residenza	Regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente.
12	AN	6	Comune residenza	Codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, in cui i primi tre individuano la provincia e i successivi un progressivo che individua il singolo comune all'interno di ciascuna provincia.
13	N	3	Progressivo riga per ricetta	Le righe di dettaglio assumono un valore compreso tra 01 e 998 ed indicano il progressivo della prestazione nell'ambito della prescrizione. La riga di riepilogo assume il valore 999 e costituisce l'indicazione di chiusura ricetta.
14	AN	20	ID	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 001 alla riga 999 univoco per l'anno di riferimento.

### SDF - Informazioni amministrative, cliniche e di processo

N°	Tipo	Dim	Contenuti informativi	Descrizione
1	AN	3	Regione	Codice a tre cifre che individua la Regione erogante.
2	AN	3	Azienda Sanitaria	Codice dell'azienda sanitaria inviante: Per le ASL indicare il codice del modello FLS11; per le AO indicare il codice del modello HSP11.
3	AN	8	Struttura	
4	AN	1	Tipo contatto	Codici da utilizzare: 1. ricetta SSN; 2. altro.
5	AN	16	Numero ricetta	- Per "Tipo contatto" valorizzato 1 (Ricetta SSN), riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta);

N°	Tipo	Dim	Contenuti informativi	Descrizione
6	N	3	Progressivo riga per ricetta	Le righe di dettaglio assumono un valore compreso tra 01 e 998 ed indicano il progressivo della prestazione nell'ambito della prescrizione. La riga di riepilogo assume il valore 999 e costituisce l'indicazione di chiusura ricetta.
7	AN	8	Data erogazione	Formato GGMMAAAA
8	AN	2	Tipo erogazione	Codici da utilizzare: 01. alla dimissione da ricovero; 02. a seguito di visita specialistica; 03. diretta a cronici; 04. in assistenza domiciliare; 05. in assistenza residenziale o semiresidenziale; 06. in circostanza di ricovero diurno (Tabella 3); 07. in circostanza di terapia ambulatoriale (comprese Tabelle 1 e 3); 08. in circostanza di ricovero ordinario o diurno (Tabella 2); Si compila esclusivamente per "Progressivo riga per ricetta" valorizzato 999.
9	AN	8	Presidio ricovero	Indica il codice della struttura ospedaliera relativa al ricovero che ha generato la somministrazione. Codice da utilizzare modelli HSP11 BIS o HSP11.
10	AN	8	Numero scheda SDO	Indica il numero della scheda SDO corrispondente alla cartella clinica relativa al ricovero che ha generato la somministrazione.
11	AN	1	Tipo medicinale	Codici da utilizzare: 1. confezione con AIC; 2. formule magistrali e officinali; 3. esteri; 4. ossigeno liquido; 5. ossigeno gassoso; 6. altri gas medicali; E. prodotti previsti dal DM 05/11/1996 e accordo Stato-Regioni del 24/07/2003. Si compila esclusivamente per "Progressivo riga per ricetta" valorizzato 001-998.
12	AN	10	Codice farmaco	Il campo può contenere: - Per "Tipo medicinale" valorizzato 1 indicare il codice di autorizzazione all'immissione in commercio per i medicinali dotati di AIC; - Per "Tipo medicinale" valorizzato 2, 3, 4, 5, 6, indicare il codice ATC di massimo dettaglio disponibile (minimo III livello); - Per "Tipo medicinale" valorizzato E indicare il codice come da "Tabella 1". Si compila esclusivamente per "Progressivo riga per ricetta" valorizzato 001-998.
13	AN		Codice ATC	Classificazione Anatomica Terapeutica Chimica. Ad ogni preparato farmaceutico è associato un solo codice.
14	AN		Descrizione prodotto	
15	N	15	Quantità	Il campo può contenere: quantità di medicinale dispensato espresso in confezioni; quantità di medicinale dispensato espresso in unità posologiche; quantità espressa in litri per ossigeno e altri gas medicali. Si compila esclusivamente per "Progressivo riga per ricetta" valorizzato 001-998.
16	N	6	Fattore conversione	Il campo può contenere: Per "Quantità" valorizzato in "unità posologiche", indicare il numero totale di unità posologiche presenti nella confezione; Per "Quantità" valorizzato in "confezioni" o in "litri", valorizzare a 000001.
17	N		Numero confezioni dispensate	Dividendo il campo "Quantità" per il campo "Fattore di conversione" si ottiene il numero di confezioni dispensate. Si compila esclusivamente per "Progressivo riga per ricetta" valorizzato 001-998.

### Scheda 3: Registro Nominativo Cause di Morte (ReNCaM)

#### RENCAM - Informazioni anagrafiche e notizie Ufficio Stato Civile

N°	Tipo	Dim	Contenuti informativi	Descrizione
1	AN	3	ASSL caricamento	Codice a tre cifre che individua l'Area Socio Sanitaria Locale.
2	AN	1	Tipo scheda	Identifica il modello ISTAT della scheda di morte. Codifica: 1. D4 (oltre 1° anno di vita); 2. D4 bis (nel 1° anno di vita).
3	AN	6	Numero scheda	Codice che identifica in modo univoco la scheda di morte all'interno della ASSL che l'ha caricata nel sistema informativo e nell'anno di riferimento.
4	AN	30	Cognome	
5	AN	20	Nome	
6	AN	16	Codice fiscale	Codice fiscale del/la defunto/a
7	AN	1	Genere	Codifica: 1. maschile; 2. femminile.
8	AN	16	Codice fiscale madre	Si compila esclusivamente per "Tipo scheda" valorizzato 2.
9	AN	16	Codice fiscale padre	Si compila esclusivamente per "Tipo scheda" valorizzato 2.
10	AN	6	Comune Stato Civile	Codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, in cui i primi tre individuano la provincia e i successivi un progressivo che individua il singolo comune all'interno di ciascuna provincia. Coincide con il Comune di decesso.
11	AN	4	Ora di morte	Ora presunta del decesso. Formato HHMM.
12	AN	8	Data di morte	Formato GGMMAAAA
13	AN	8	Data nascita	Formato GGMMAAAA.
14	AN	4	Ora di nascita	Formato HHMM. Si compila esclusivamente per "Tipo scheda" valorizzato 2
15	AN	6	Comune nascita	Codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, in cui i primi tre individuano la provincia e i successivi un progressivo che individua il singolo comune all'interno di ciascuna provincia.
16	AN	6	Comune residenza	Codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, in cui i primi tre individuano la provincia e i successivi un progressivo che individua il singolo comune all'interno di ciascuna provincia.

N°	Tipo	Dim	Contenuti informativi	Descrizione
17	AN	3	Regione residenza	Regione cui appartiene il comune in cui risiede il defunto o la madre, nel caso di neonato.
18	AN	15	ID	Identificativo record: univoco per l'anno di riferimento. Composto da: "ASSL caricamento" + "Numero scheda".

### RENCAM - Informazioni sul decesso

N°	Tipo	Dim	Contenuti informativi	Descrizione
1	AN	3	ASSL caricamento	Codice a tre cifre che individua l'Area Socio Sanitaria Locale.
2	AN	1	Tipo scheda	Identifica il modello ISTAT della scheda di morte. Codifica: 1. D4 (oltre 1° anno di vita); 2. D4 bis (nel 1° anno di vita).
3	AN	6	Numero scheda	Codice che identifica in modo univoco la scheda di morte all'interno della ASSL che l'ha caricata nel sistema informativo e nell'anno di riferimento.
4	AN	6	Comune decesso	Codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, in cui i primi tre individuano la provincia e i successivi un progressivo che individua il singolo comune all'interno di ciascuna provincia.
5	AN	3	Regione decesso	Codice a tre cifre che individua la Regione dove è avvenuto il decesso
6	AN	1	Luogo decesso	Codice numerico che identifica il luogo del decesso. Codici da utilizzare: 1. abitazione; 2. istituto di cura; 3. Hospice; 4. struttura residenziale o socio-assistenziale; 9. Altro
7	AN	1	Riscontro diagnostico	Codifica: 1. richiesto; 2. non richiesto; 9. non rilevato.
8	AN	100	Circostanza	Circostanza che ha dato origine alle lesioni indicate nel quesito 4 parte I. Da compilare in caso di morte da traumatismo/avvelenamento.
9	AN	1	Trauma-Avvelenamento	Quesito 6, in caso di morte da traumatismo/avvelenamento. Codifica: 1. accidentale (include incidenti da trasporto); 2. Suicidio; 3. Omicidio.
10	AN	1	Infortunio sul lavoro	Codifica: 1. sì; 2. no. Si compila esclusivamente per "Trauma" valorizzato 1 e "Tipo scheda" valorizzato 1.
11	AN	8	Data accidente	Formato GGMMAAAA. Si compila esclusivamente per "Trauma" valorizzato 1.
12	AN	4	Ora accidente	Ora dell'accidente, infortunio, omicidio, suicidio. Formato HHMM. Si compila esclusivamente per "Trauma" valorizzato 1.
13	AN	1	Luogo accidente	Quesito 9. Codifica: 1. casa; 2. istituzione collettiva; 3. scuola, istituzioni della pubblica amministrazione; 4. luogo dedicato a attività sportive; 5. strade e vie; 6. luogo di commercio e servizio; 7. area industriale e di costruzione; 8. azienda agricola; 9. altri luoghi. Si compila esclusivamente per "Trauma" valorizzato 1
14	AN	5	Causa di morte	Codice ICD-X
15	AN	5	Causa di morte violenta	Codice ICD-X
16	AN	15	ID	Identificativo record: univoco per l'anno di riferimento. Composto da: "ASSL caricamento" + "Numero scheda".

### RENCAM - Informazioni sulla causa di morte

N°	Tipo	Dim	Contenuti informativi	Descrizione
1	AN	3	ASSL caricamento	Codice a tre cifre che individua l'Area Socio Sanitaria Locale.
2	AN	1	Tipo scheda	Identifica il modello ISTAT della scheda di morte. Codifica: 1. D4 (oltre 1° anno di vita); 2. D4 bis (nel 1° anno di vita).
3	AN	6	Numero scheda	Codice che identifica in modo univoco la scheda di morte all'interno della ASSL che l'ha caricata nel sistema informativo e nell'anno di riferimento.
4	AN	5	Tipo causa morte	Codice che identifica in modo univoco il tipo di causa di morte. Codifica: 1. 4 Parte I.1; 2. 4 Parte I.2; 3. 4 Parte I.3; 4. 4 Parte I.4; 5. 4 Parte II.
5	AN	1	Ordine	Campo che indica il numero progressivo della causa di morte relativa al tipo causa
6	AN	3	Durata	Indicare il tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte
7	N	2	Tipo durata	Il campo contiene un codice che permette di interpretare il contenuto del campo <i>Durata</i> . Codifica: 1. se il campo Durata contiene anni; 2. se il Durata contiene mesi; 3. se il campo Durata contiene giorni.
8	AN	100	Note	Riportare per esteso quanto descritto dal medico certificatore sulla scheda relativamente alla causa indicata.
9	AN	5	Codifica	Codice ICD-X
12	AN	15	ID	Identificativo record: univoco per l'anno di riferimento. Composto da: "ASSL caricamento" + "Numero scheda".

#### Scheda 4: Anatomia patologica (AP)

Ogni file deve essere codificato in formato XML con set di caratteri UTF-8 secondo lo schema XSD descritto nell'allegato D. Il nodo radice del file deve essere **<AnatomiaPatologica>** e contenere una lista di record **<RecordAP>**. Il nome di ogni file inviato deve essere composto secondo lo schema seguente in cui le parentesi quadre [ ] contengono delle informazioni della struttura inviante e della data di invio che devono essere esplicitate. Le parti del nome devono essere separate dal segno – (meno).

**AP-[CodiceAP secondo la Tabella E]-[Anno riferimento]-[Data creazione file].xml**

Ad esempio: il file **AP-200108-2017-20180710.xml** si riferisce alle informazioni dei referti provenienti dal PO AP SS. Trinità (codice presidio 200108), creato il 10 luglio 2018, contenente i referti dell'anno 2017.

All'interno di ciascun <RecordAP> occorre specificare le seguenti informazioni. I campi con vincolo OBB (obbligatori) devono essere presenti, mentre quelli marcati FAC (facoltativi) possono essere omessi se l'informazione non è presente.

N°	Tipo	Tag XML	Campo	Contenuto informativo	Vincolo
1	AN	CodiceAP	Codice Struttura AP	Codice della struttura di anatomia patologica erogante (Tabella E)	OBB
2	AN	MedRef	Medico refertante	Nominativo del medico responsabile del referto (cognome nome)	FAC
3	AN	MedRich	Medico richiedente	Nominativo del medico che prescrive l'esame o che invia il campione (cognome nome)	FAC
4	AN	StruttRich	Struttura richiedente	Struttura o reparto richiedente	FAC
5	AN	CodRicovery	Codice ricovero paziente	Codice ricovero assegnato ADT in caso di ricovero ospedaliero	FAC
6	AN	Cognome	Cognome	Cognome del paziente	OBB
7	AN	Nome	Nome	Nome del paziente	OBB
8	AN	Sesso	Sesso	Sesso del paziente (M, F)	OBB
9	AN	DataNascita	Data nascita	Data di nascita del paziente. Formato AAAAMMDD	OBB
10	AN	LuogoNascita	Comune nascita	Denominazione del comune di nascita del paziente	OBB
11	N	Eta	Età	Età al momento dell'accettazione o del referto	FAC
12	AN	CodFiscale	Codice fiscale	Codice fiscale del paziente	OBB
13	AN	Residenza	Comune residenza	Denominazione del comune di residenza del paziente al momento dell'accettazione o del referto	OBB
14	AN	ResidenzaISTAT	Comune residenza ISTAT	Codice ISTAT del Comune di residenza del paziente al momento dell'accettazione o del referto	OBB
15	AN	TipoEsame	Tipo esame	Descrizione dell'esame (es. istologia, citologia, consulenza, biologia molecolare, autopsia)	OBB
16	AN	NumReferto	Numero referto	Identificativo univoco del referto per la struttura di anatomia patologica erogante e l'anno di riferimento	OBB
17	AN	DataAccettazione	Data accettazione	Data completa dell'accettazione del materiale da parte della struttura di anatomia patologica erogante. Formato AAAAMMDD	OBB
18	AN	AnnoRifReferto	Anno referto	Anno di riferimento del referto. Si riferisce alla data del prelievo	OBB
19	AN	DataReferto	Data referto	Data completa del referto. Si riferisce alla data del prelievo. Formato AAAAMMDD.	OBB
20	AN	SedeAnatom	Sede anatomica	Sede anatomica del prelievo	OBB
21	AN	DescrizioneMateriale	Descrizione materiale	Descrizione del materiale pervenuto, campione biologico	OBB
22	AN	Notizie	Notizie cliniche	Notizie cliniche	FAC
23	AN	DescMacro	Descrizione macro	Descrizione macroscopica	FAC
24	AN	DescMicro	Descrizione micro	Descrizione microscopica	FAC
25	AN	Diagnosi	Diagnosi	Diagnosi completa	FAC
26	AN	Indagini	Indagini	Descrizione delle determinazioni immunoistochimiche	FAC
27	AN	EsamiAssociati	Esami associati	Codici degli esami o dei referti associati a quello descritto, separati da una virgola	FAC
28	AN	TipoCodifica	Tipo codifica	Descrizione del tipo codifica utilizzata per i codici topografici e morfologici (es. SNOMED-3)	FAC
29	AN	CodTopograficoPrinc	Codice topografico principale	Codice topografico principale	FAC
30	AN	CodTopograficoAltri	Altri codici topografici	Altri Codici topografici secondari, separati da virgola	FAC
31	AN	CodMorfologicoPrinc	Codice morfologico principale	Codice morfologico principale	FAC



N°	Tipo	Tag XML	Campo	Contenuto informativo	Vincolo
32	AN	CodMorfologicoAltri	Altri codici morfologici	Altri codici morfologici secondari, separati da virgola	FAC
33	AN	Stadio	Stadio	Stadio patologico	FAC

## Scheda 5: Flusso RTL – RTRS (OER)

### Incidenza

N°	Tipo	Dim	Variabile	Descrizione
1	AN	2	NUMSEQ	Numero sequenziale
2	AN	1	IRDT	Identificativo RTL
3	AN	10	IDPZ	Identificativo paziente
4	AN	10	IDCASO	Identificativo caso
5	-		NTUM	Numero totale tumori
6	DATA		DATANASC	Data di nascita
7	AN	1	SESSO	Sesso alla nascita
8	AN	6	COMNASC	Comune di nascita
9	AN	6	COMRES	Comune di residenza
10	DATA		DATAINCI	Data di incidenza
11	DATA		DATAINSE	Data di inserimento
12	DATA		DATAAGG	Data di aggiornamento
13	AN	1	AUTOM	Caso codificato in automatico
14	AN	5	ICDO1T	Sede lcdO1
15	AN	6	ICDO1M	Morfologia lcdO1
16	AN	1	GICDO1	Grading lcdO1
17	AN	1	ICDC1COD	Codice lcdO1 inserito da operatore o transcodificato
18	AN	5	ICDO2T	Sede lcdO2
19	AN	6	ICDO2M	Morfologia lcdO2
20	AN	1	GICDO2	Grading lcdO2
21	AN	1	ICDC2COD	Codice lcdO2 inserito da operatore o transcodificato
22	AN	5	ICD10	Codifica ICD10
23	AN	1	ICD10COD	Codice lcd10 inserito da operatore o transcodificato
24	AN	5	ICDO3T	Sede lcdO3
25	AN	6	ICDO3M	Morfologia lcdO3
26	AN	1	GICDO3	Grading lcdO3
27	AN	1	ICDC3COD	Codice lcdO33 inserito da operatore o transcodificato
28	-		ETADIA	Età alla diagnosi
29	AN	3	ICCC	International Classification of Childhood Cancer 3, Main Classification
30	AN	1	ICCCCOD	Codice inserito da operatore o transcodificato
31	AN	1	BASE	Base diagnosi
32	AN	1	SCREENDET	Caso screen-deleted
33	AN	1	AUTOINC	Diagnosi autoptica incidente
34	AN	1	LATERALITA	Lateralità
35	AN	1	EOD	Extent of disease, stadio alla diagnosi
36	AN	6	STADIOT	Stadio T AJCC/UICC
37	AN	6	STADION	Stadio N AJCC/UICC
38	AN	6	STADIOM	Stadio M AJCC/UICC
39	AN	4	GRUPPOTNM	Raggruppamento in stadi TNM (AJCC/UICC)
40	AN	1	CLINPAT	
41	AN	1	VERSIONETNM	Versione stadio TNM
42	AN	1	STADIOTC	Stadio T condensato
43	AN	1	STADIONC	Stadio N condensato
44	AN	1	STADIOMC	Stadio M condensato

N°	Tipo	Dim	Variabile	Descrizione
45	N		DIM	Dimensione
46	AN	2	DUKES	Stadio Dukes, modificato AsterColler
47	AN	3	CLARK	Stadio Clark
48	N		BRESLOW	Stadio Breslow
49	AN	4	FIGO	Stadio FIGO
50	N		LINF	Numero linfonodi analizzati
51	N		LINPOS	Numero linfonodi positivi
52		1	LINFSENT	Linfonodo sentinella
53	AN	1	FATTC	Fattore C
54	AN	1	CHIRURGIA6M	Chirurgia non investigativa, entro 6 mesi dalla diagnosi
55	AN	1	TERSUT6M	Terapia sistemica entro 6 mesi dalla diagnosi, inclusa terapia adiuvante
56	AN	1	RADIOTER6M	Radioterapia entro 6 mesi dalla diagnosi, inclusa terapia adiuvante
57	AN	1	OMRTER6M	Ormonoterapia entro 6 mesi dalla diagnosi, inclusa terapia adiuvante
58	AN	1	CHIRURGIA	Chirurgia con intento curativo
59	AN	1	CHEMIO	Chemioterapia con intento curativo
60	AN	1	RADIO	Radioterapia con intento curativo
61	AN	1	ALTRATER	Altra terapia con intento curativo
62	AN	1	TRATSINT	Trattamento sintomi
63	AN	1	CHECK	IARC check flag
64	AN	1	STATO	Stato in vita
65	DATA		DATAFOLLO	Data di follow-up
66			ETAFOLLO	Età a fine follow-up
67			DURFOLLO	Durata follow-up
68	AN	5	CAUSAMORTE	Causa del decesso in ICD9 o ICD10
69	AN	1	CODICE	Sistema di codifica della causa di decesso
70	AN	1	DCI	DCI

## Mortalità

N°	Tipo	Dim	Variabile	Descrizione
1	AN	2	IDRT	Identificativo RTL
2	AN	10	IDPZ	Identificativo del soggetto
3	AN	1	SESSO	Sesso alla nascita
4	N	4	AAAAMOR	Anno di morte
5	N	3	ETA	Età alla morte
6	AN	6	COMNAS	Comune di nascita
7	AN	6	COMRES	Comune di residenza
8	AN	5	CAUSA9	Causa di morte in ICD9
9	AN	5	CAUSA10	Causa di morte in ICD10

## Popolazione

N°	Tipo	Dim	Variabile	Descrizione
1	AN	2	IDRT	Identificativo RTL
3	AN	1	SESSO	Sesso alla nascita
4	N	4	AAAA	Anno di residenza
5	N	3	ETA	Età alla data di residenza
6	AN	2	CLETA	Classe di età alla residenza
7	AN	6	COMRES	Comune di residenza
8	N		NUMERO	Numero di residenti al 31/12/XXXX

## 9 Tabelle di riferimento

**Tabella A - Codici diagnosi ICD-9-CM correlate a neoplasie per selezione SDO**

ICD-9-CM	Descrizione
140.X-239.X	Tumori maligni, in situ, incerti e benigni
241.0	Gozzo uninodulare non tossico
273.1	Paraproteinemia monoclonale
273.2	Altre paraproteinemie
273.3	Macroglobulinemia
284.9	Anemia aplastica, non specificata
285.0	Anemia sideroblastica
287.3	Trombocitemia primaria
289.8	Mielofibrosi
511.9	Versamento pleurico non specificato
530.3	Restringimento e stenosi dell'esofago
560.9	Occlusione intestinale non specificata
575.2	Ostruzione della colecisti
782.2	Tumefazioni, masse o noduli superficiali localizzati
782.4	Ittero non specificato, non del neonato
782.7	Ecchimosi spontanee
783.2	Dimagrimento anormale
784.2	Tumefazione, massa o protuberanza della testa e del collo
784.7	Epistassi
784.8	Emorragia dalla gola
785.6	Linfadenomegalia
786.3	Emottisi
786.6	Tumefazione, massa o protuberanza del torace
787.03	Vomito solo
787.6	Incontinenza fecale
789.00	Dolore addominale di sede non specificata
789.3X	Tumefazione, massa o protuberanza addominale o pelvica
789.5	Ascite
793.0	Reperti anormali non specifici in esami radiologici e in altri esami del cranio e della testa
799.4	Cachessia
V10.X	Anamnesi personale di tumore maligno
V16.X	Anamnesi familiare di tumore maligno
V44.X	Presenza di di aperture artificiali
V45.83	Presenza di impianto rimovibile di mammella
V51	Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica
V52.4	Collocazione e sistemazione di protesi e impianto mammario
V55.x	Controllo di aperture artificiali
V58.0	Sessione di radioterapia
V58.11	Chemioterapia antineoplastica
V58.12	Immunoterapia antineoplastica
V66.1	Convalescenza successiva a radioterapia
V66.2	Convalescenza successiva a chemioterapia
V66.7	Visita per cure palliative
V67.1	Visita di controllo successiva a radioterapia
V67.2	Visita di controllo successiva a chemioterapia
V71.1	Osservazione per sospetto di tumore maligno
V71.9	Osservazione per sospetto di condizione morbosa non specificata
V76.X	Esame speciale (screening) per l'individuazione di tumori maligni

**Tabella B - Codici procedure ICD-9-CM correlate a neoplasie per selezione SDO**

ICD9	DESCRIZIONE
01.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLE MENINGI CEREBRALI
01.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DELLE MENINGI CEREBRALI
01.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DI LESIONE CEREBRALE
01.14	BIOPSIA A CIELO APERTO DI LESIONE CEREBRALE
01.2	CRANIOTOMIA E CRANIECTOMIA
01.4	INTERVENTI SUL TALAMO E SUL GLOBO PALLIDO
01.51	ASPORTAZIONE DI LESIONE O DI TESSUTO DELLE MENINGI CEREBRALI
01.52	EMISFERECTOMIA
01.53	LOBECTOMIA CEREBRALE (PER LESIONE ORGANICA)
01.59	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO CEREBRALE
03.32	BIOPSIA DI LESIONE SPINALE
03.4	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL MIDOLLO O DELLE MENINGI SPINALI
04.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEI NERVI CRANICI O PERIFERICI O DEI GANGLI
04.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DEI NERVI CRANICI O PERIFERICI O DEI GANGLI
04.99	ALTRI INTERVENTI SUI NERVI CRANICI E PERIFERICI
06.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE
06.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DELLA TIROIDE
06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI
06.2	LOBECTOMIA MONOLATERALE DELLA TIROIDE
06.3	ALTRA TIROIDECTOMIA PARZIALE
06.4	TIROIDECTOMIA COMPLETA
06.5	TIROIDECTOMIA RETROSTERNALE
06.6	ASPORTAZIONE DI TIROIDE LINGUALE
06.7	ASPORTAZIONE DEL TRATTO O DOTTO TIREOGLOSSO
06.8	PARATIROIDECTOMIA
06.98	ALTRI INTERVENTI SULLA TIROIDE
06.99	ALTRI INTERVENTI SULLE PARATIROIDI
07.1	PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULLE GHIANDOLE SURRENALI, IPOFISI, GHIANDOLA PINEALE E TIMO
07.2	SURRENECTOMIA PARZIALE
07.3	SURRENECTOMIA BILATERALE
07.41	INCISIONE DELLE GHIANDOLE SURRENALI
07.53	ASPORTAZIONE PARZIALE DELLA GHIANDOLA PINEALE
07.54	ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA PINEALE
07.6	IPOFISECTOMIA
07.8	TIMECTOMIA
11.22	BIOPSIA DELLA CORNEA
11.49	ALTRA RIMOZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CORNEA
12.22	BIOPSIA DELL'IRIDE
12.42	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELL'IRIDE
16.23	BIOPSIA DEL BULBO OCULARE E DELL'ORBITA
16.3	EVISCERAZIONE DEL BULBO OCULARE
16.4	ENUCLEAZIONE DEL BULBO OCULARE
16.5	EVISCERAZIONE DEI CONTENUTI DELL'ORBITA
16.92	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELL'ORBITA
16.93	ASPORTAZIONE DI LESIONE OCULARE, STRUTTURA NON SPECIFICATA
21.22	BIOPSIA DEL NASO
21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE
21.32	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI ALTRA LESIONE DEL NASO
21.4	RESEZIONE DEL NASO
21.6	TURBINECTOMIA
22.11	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] [AGOBIOPSIA] DEI SENI NASALI
22.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DEI SENI NASALI
22.42	SENECTOMIA FRONTALE
22.6	ALTRA SENECTOMIA NASALE
24.1	PROCEDURE DIAGNOSTICHE SU DENTI, GENGIVE E ALVEOLI
24.3	ALTRI INTERVENTI SULLA GENGIVA

ICD9	DESCRIZIONE
25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA
25.02	BIOPSIA A CIELO APERTO DELLA LINGUA
25.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LINGUA
25.2	GLOSSECTOMIA PARZIALE
25.3	GLOSSECTOMIA COMPLETA
25.4	GLOSSECTOMIA RADICALE
26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE
26.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE
26.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE DI GHIANDOLA SALIVARE
26.3	SCIALOADENECTOMIA
27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO
27.22	BIOPSIA DELL'UGOLA
27.23	BIOPSIA DEL LABBRO
27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA
27.3	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DEL PALATO OSSEO
27.4	ASPORTAZIONE DI ALTRE PARTI DELLA BOCCA
27.72	ASPORTAZIONE DELL'UGOLA
28.11	BIOPSIA DI TONSILLE E ADENOIDI
28.2	TONSILLECTOMIA SENZA ADENOIDECTOMIA
28.3	TONSILLECTOMIA CON ADENOIDECTOMIA
28.4	ASPORTAZIONE DI RESIDUO TONSILLARE
28.5	ASPORTAZIONE DI TONSILLA LINGUALE
28.6	ADENOIDECTOMIA SENZA TONSILLECTOMIA
29.12	BIOPSIA FARINGEA
29.33	FARINGECTOMIA (PARZIALE)
30.0	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI O TESSUTI LARINGEI
30.1	EMILARINGECTOMIA
30.21	EPIGLOTTIDECTOMIA
30.22	CORDECTOMIA
30.3	LARINGECTOMIA COMPLETA
30.4	LARINGECTOMIA RADICALE
31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE
31.44	BIOPSIA CHIUSA [ENDOSCOPICA] DELLA TRACHEA
31.45	BIOPSIA A CIELO APERTO DELLA LARINGE O TRACHEA
31.5	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLA TRACHEA
32.0	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEI BRONCHI
32.1	ALTRA ASPORTAZIONE DEI BRONCHI
32.28	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO POLMONARE
32.29	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL POLMONE
32.3	RESEZIONE SEGMENTALE DEL POLMONE
32.4	LOBECTOMIA DEL POLMONE
32.5	PNEUMONECTOMIA COMPLETA
32.6	DISSEZIONE RADICALE DELLE STRUTTURE TORACICHE
32.9	ALTRA ASPORTAZIONE DEL POLMONE
33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA]
33.25	BIOPSIA A CIELO APERTO DEI BRONCHI
33.26	BIOPSIA CHIUSA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL POLMONE
33.27	BIOPSIA ENDOSCOPICA DEL POLMONE
33.28	BIOPSIA A CIELO APERTO DEL POLMONE
34.23	BIOPSIA DELLA PARETE TORACICA
34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA
34.25	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL MEDIASTINO
34.26	BIOPSIA MEDIASTINICA A CIELO APERTO
34.27	BIOPSIA DEL DIAFRAMMA
34.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DEL MEDIASTINO
34.4	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PARETE TORACICA
34.5	PLEURECTOMIA
37.24	BIOPSIA DEL PERICARDIO

ICD9	DESCRIZIONE
37.25	BIOPSIA DEL CUORE
37.31	PERICARDIECTOMIA
40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE
40.2	ASPORTAZIONE SEMPLICE DI STRUTTURE LINFATICHE
40.3	ASPORTAZIONE DI LINFONODI REGIONALI
40.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LINFONODI CERVICALI
40.5	ASPORTAZIONE RADICALI DI ALTRI LINFONODI
41.0	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO O DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE
41.31	BIOPSIA DEL MIDOLLO OSSEO
41.32	BIOPSIA [PER ASPIRAZIONE] [PERCUTANEA] DELLA MILZA
41.33	BIOPSIA A CIELO APERTO DELLA MILZA
41.38	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SUL MIDOLLO OSSEO
41.4	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA MILZA
41.43	SPLENECTOMIA PARZIALE
41.5	SPLENECTOMIA TOTALE
42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'ESOFAGO
42.25	BIOPSIA A CIELO APERTO DELL'ESOFAGO
42.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ESOFAGO
42.4	ASPORTAZIONE DELL'ESOFAGO
43.4	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO
43.5	GASTRECTOMIA PARZIALE CON ANASTOMOSI ESOFAGEA
43.6	GASTRECTOMIA PARZIALE CON ANASTOMOSI DUODENALE
43.7	GASTRECTOMIA PARZIALE CON ANASTOMOSI DIGIUNALE
43.8	ALTRA GASTRECTOMIA PARZIALE
43.9	GASTRECTOMIA TOTALE
44.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO
44.15	ALTRA BIOPSIA DELLO STOMACO
45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO TENUE
45.15	BIOPSIA A CIELO APERTO DELL'INTESTINO TENUE
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO CRASSO
45.26	ALTRA BIOPSIA DELL'INTESTINO CRASSO
45.27	BIOPSIA INTESTINALE, SEDE NON SPECIFICATA
45.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'INTESTINO TENUE
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO
45.49	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELL'INTESTINO CRASSO
45.6	ALTRA ASPORTAZIONE DELL'INTESTINO TENUE
45.71	RESEZIONE SEGMENTARIA MULTIPLA DELL'INTESTINO CRASSO
45.72	RESEZIONE DEL CIECO
45.73	EMICOLECTOMIA DESTRA
45.74	RESEZIONE DEL COLON TRASVERSO
45.75	EMICOLECTOMIA SINISTRA
45.76	SIGMOIDECTOMIA
45.79	ALTRA ASPORTAZIONE PARZIALE DELL'INTESTINO CRASSO
45.8	COLECTOMIA TOTALE INTRAADDOMINALE
47.0	APPENDICECTOMIA
47.1	APPENDECTOMIA LAPAROSCOPICA
47.99	ALTRI INTERVENTI SULL'APPENDICE
48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO
48.25	BIOPSIA A CIELO APERTO DEL RETTO
48.26	BIOPSIA DI TESSUTI PERIRETTALI
48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO
48.4	RESEZIONE DEL RETTO CON PULL-THROUGH
48.5	RESEZIONE DEL RETTO PER VIA ADDOMINOPERINEALE
48.6	ALTRA RESEZIONE DEL RETTO
48.92	ASPORTAZIONE DI TESSUTO PERIRETTALE
49.22	BIOPSIA DEI TESSUTI PERIANALI
49.23	BIOPSIA DELL'ANO

ICD9	DESCRIZIONE
49.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO
50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL FEGATO
50.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DEL FEGATO
50.22	EPATECTOMIA PARZIALE
50.3	LOBECTOMIA DEL FEGATO
50.4	EPATECTOMIA TOTALE
50.5	TRAPIANTO DEL FEGATO
51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI
51.13	BIOPSIA A CIELO APERTO DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI
51.14	ALTRA BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL TRATTO BILIARE O DELLO SFINTERE DI ODDI
51.2	COLECISTECTOMIA
52.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] [PERCUTANEA] [ASPIRAZIONE] DEL PANCREAS
52.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DEL PANCREAS
52.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL DOTTO PANCREATICO
52.5	PANCREATECTOMIA PARZIALE
52.6	PANCREATECTOMIA TOTALE
52.7	PANCREATICODUODENECTOMIA RADICALE
54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL'OMBELICO
54.23	BIOPSIA DEL PERITONEO
54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE
54.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DI PARETE ADDOMINALE O DELL'OMBELICO
54.4	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO PERITONEALE
55.23	BIOPSIA PERCUTANEA [AGOBIOPSIA] DEL RENE ALLA CIECA, ECOGUIDATA, TAC-GUIDATA, ENDOSCOPICA
55.24	BIOPSIA RENALE A CIELO APERTO
55.4	NEFRECTOMIA PARZIALE (SENZA URETERECTOMIA)
55.5	NEFRECTOMIA
56.32	BIOPSIA PERCUTANEA DELL'URETERE
56.33	BIOPSIA TRANSURETEROSCOPICA
56.34	BIOPSIA A CIELO APERTO DELL'URETERE
56.4	URETERECTOMIA
57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA
57.34	BIOPSIA VESCICALE A CIELO APERTO
57.49	ALTRA RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA
57.5	ALTRA CHIRURGIA VESCICALE
57.6	CISTECTOMIA PARZIALE
57.7	CISTECTOMIA TOTALE
58.23	BIOPSIA DELL'URETRA
58.24	BIOPSIA DEL TESSUTO PERIURETRALE
60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA
60.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DELLA PROSTATA
60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI
60.14	BIOPSIA A CIELO APERTO DELLE VESCICOLE SEMINALI
60.15	BIOPSIA DEL TESSUTO PERIPROSTATICO
60.2	PROSTATECTOMIA TRASURETRALE
60.3	ADENOMECTOMIA TRANSVESCICALE
60.4	ADENOMECTOMIA RETROPUBICA
60.5	TROSTACTECTOMIA RADICALE
60.6	ALTRA TROSTACTECTOMIA
60.73	ASPORTAZIONE DELLE VESCICOLE SEMINALI
61.11	BIOPSIA DELLO SCROTO O DELLA TUNICA VAGINALE
62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO
62.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DEL TESTICOLO
62.3	ORCHIECTOMIA MONOLATERALE
62.4	ORCHIECTOMIA BILATERALE
63.4	EPIDIDIMECTOMIA
64.11	BIOPSIA DEL PENE
64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE
64.3	AMPUTAZIONE DEL PENE

ICD9	DESCRIZIONE
65.11	BIOPSIA ASPIRATIVA DELL'OVAIO
65.12	ALTRA BIOPSIA DELL'OVAIO
65.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO OVARICO
65.3	OVARECTOMIA MONOLATERALE
65.4	SALPINGO-OVARECTOMIA MONOLATERALE
65.5	OVARECTOMIA BILATERALE
65.6	SALPINGO-OVARECTOMIA BILATERALE
65.99	ALTRI INTERVENTI SULL'OVAIO
66.4	SALPINGECTOMIA TOTALE MONOLATERALE
66.5	SALPINGECTOMIA TOTALE BILATERALE
67.11	BIOPSIA ENDOCERVICALE
67.12	ALTRA BIOPSIA CERVICALE
67.2	CONIZZAZIONE DELLA CERVICE
67.3	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CERVICE
67.4	ASPORTAZIONE DELLA CERVICE
68.13	BIOPSIA A CIELO APERTO DELL'UTERO
68.14	BIOPSIA A CIELO APERTO DEI LEGAMENTI UTERINI
68.15	BIOPSIA DEI LEGAMENTI UTERINI
68.16	BIOPSIA DELL'UTERO
68.29	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'UTERO
68.3	ISTERECTOMIA ADDOMINALE SUBTOTALE
68.4	ISTERECTOMIA ADDOMINALE TOTALE
68.5	ISTERECTOMIA VAGINALE
68.6	ISTERECTOMIA ADDOMINALE RADICALE
68.7	ISTERECTOMIA VAGINALE RADICALE
68.8	EVISCELAZIONE PELVICA
68.9	ALTRA E NON SPECIFICATA ISTERECTOMIA
69.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'UTERO E DELLE STRUTTURE DI SOSTEGNO
70.23	BIOPSIA DEL CUL DE SAC
70.24	BIOPSIA VAGINALE
70.32	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL CUL DE SAC
70.33	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA VAGINA
70.4	OBLITERAZIONE ED ASPORTAZIONE TOTALE DELLA VAGINA
71.11	BIOPSIA DELLA VULVA
71.4	INTERVENTI SUL CLITORIDE
71.5	VULVECTOMIA RADICALE
71.6	ALTRA VULVECTOMIA
76.11	BIOPSIA DELLE OSSA FACCIALI
76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI
76.31	MANDIBOLECTOMIA PARZIALE
76.41	MANDIBOLECTOMIA TOTALE CON RICOSTRUZIONE CONTEMPORANEA
76.42	ALTRA MANDIBOLECTOMIA TOTALE
77.2	RESEZIONE OSSEA CUNEIFORME
77.4	BIOPSIA DELL'OSSO
77.6	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO OSSEO
77.9	OSTECTOMIA TOTALE
80.3	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI
80.8	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELL'ARTICOLAZIONE
83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI
83.32	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI
83.39	ASPORTAZIONE DI LESIONE DI ALTRI TESSUTI MOLLI
83.49	ALTRA ASPORTAZIONE DI TESSUTI MOLLI
84.0	AMPUTAZIONE DELL'ARTO SUPERIORE
84.1	AMPUTAZIONE DELL'ARTO INFERIORE
84.91	AMPUTAZIONE, SAI
85.1	PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULLA MAMMELLA
85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, SAI
85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA



ICD9	DESCRIZIONE
85.22	QUADRANTECTOMIA DELLA MAMMELLA
85.23	MASTECTOMIA SUBTOTALE
85.25	ASPORTAZIONE DEL CAPEZZOLO
85.4	MASTECTOMIA
86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
86.3	ALTRA LESIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO
86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE
92.20	INFUSIONE DI RADIOISOTOPO PER BRACHITERAPIA
92.21	RADIAZIONE SUPERFICIALE
92.22	RADIAZIONE AD ORTOVOLTAGGIO
92.23	TELERADIOTERAPIA RADIOISOTOPICA
92.24	TELERADIOTERAPIA MEDIANTE FOTONI
92.25	TELERADIOTERAPIA CON ELETTRONI
92.26	TELERADIOTERAPIA CON ALTRE RADIAZIONI PARTICOLATE
92.27	IMPIANTO O INSERZIONE DI ELEMENTI RADIOATTIVI
92.28	INIEZIONE O INSTILLAZIONE DI RADIOISOTOPI
92.29	ALTRE PROCEDURE RADIOTERAPEUTICHE
99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERICAPICHE PER TUMORE
99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE

**Tabella C - Codici ATC per selezione farmaci oncologici dal flusso SDF**

ATC	Principio Attivo
L01	ANTINEOPLASTICI
L02	TERAPIA ENDOCRINA
L03	IMMUNOSTIMOLANTI
L04	IMMUNOSOPPRESSIVI
M05BA02	ACIDO CLODRONICO
M05BA03	ACIDO PAMIDRONICO
M05BA06	ACIDO IBANDRONICO
M05BA08	ACIDO ZOLEDRONICO
M05BX04	DENOSUMAB

**Tabella D - Codici ICD-10 per selezione delle schede di morte dal ReNCaM**

Categoria ICD-10	Denominazione
C00 – C97	Tumori maligni
D00 – D09	Tumori in situ
D10 – D36	Tumori benigni
D37 – D48	Tumori di comportamento incerto o sconosciuto

**Tabella E - Codici Strutture di Anatomia Patologica**

<b>Codice Struttura</b>	<b>Azienda Sanitaria</b>	<b>Servizio di Anatomia Patologica</b>	<b>Data inizio validità</b>	<b>Data fine validità</b>
20090401	AO Brotzu	AP P.O. San Michele		
20090402	AO Brotzu	AP P.O. Businco	01/07/2015	
20003600	ASL n.8 di Cagliari	AP P.O. Businco		30/06/2015
20090601	AOU Cagliari	AP San Giovanni di Dio		
20090501	AOU Sassari	AP P.O. SS Annunziata		
20003100	ATS - ASSL CA	AP P.O. SS Trinità		
20002500	ATS - ASSL CA	AP P.O. Binaghi		
20002800	ATS - ASSL Carbonia	AP P.O. Sirai		
20003400	ATS - ASSL Sanluri	AP P.O. N.S. di Bonaria		
20005200	ATS - ASSL Oristano	AP P.O. San Martino		
20001200	ATS - ASSL Olbia	AP P.O. Giovanni Paolo II		
20001700	ATS - ASSL Nuoro	AP P.O. San Francesco		
200172	Privati accreditati	AP Lab. analisi Valdes		
005020	Privati	AP Ferrelli		02/03/2017

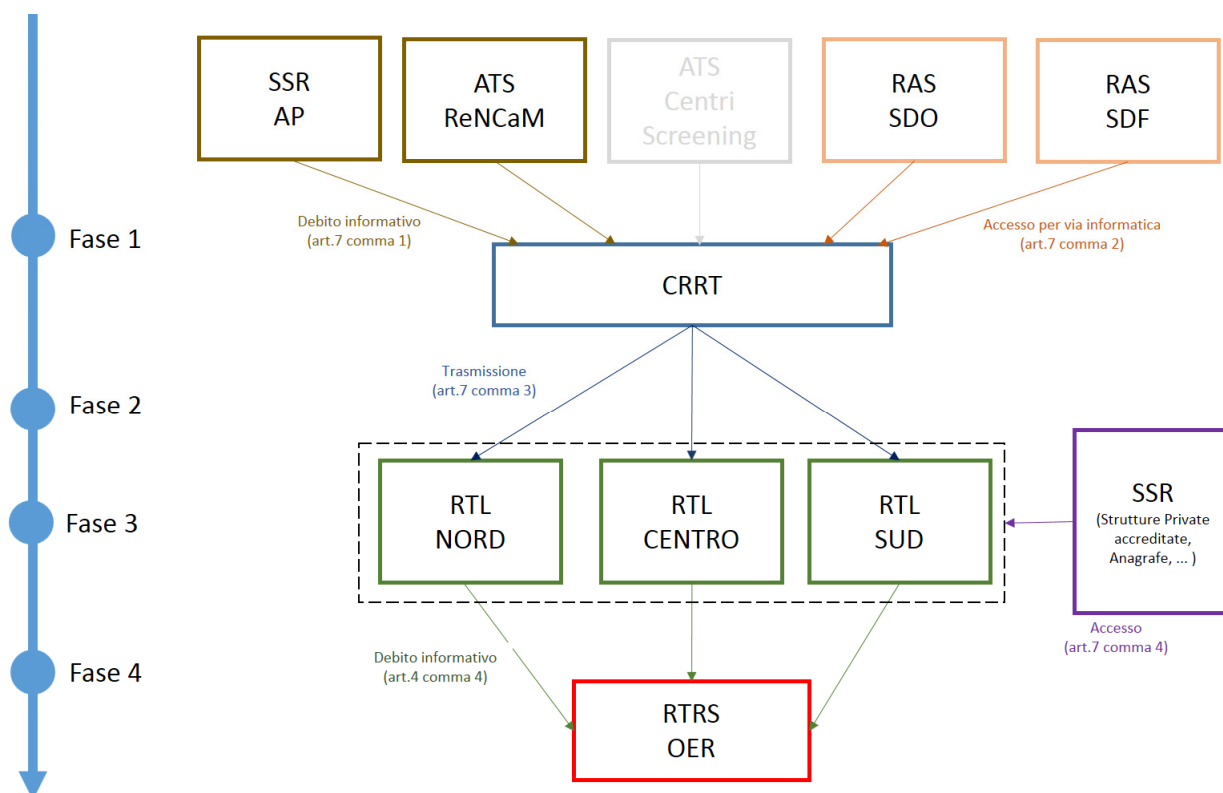
## Allegato A – Area di accoglienza informazioni CRRT

### Flusso di processo

Il flusso di processo, come da Disciplinare Flussi informativi del Registro tumori della Regione Sardegna - Regolamento n° 2, 8 novembre 2016 “Norme per il funzionamento del Registro tumori della Regione Sardegna, istituito con legge regionale 7 novembre 2012, n. 21” prevede le seguenti Fasi

- **Fase 1:** Debito informativo verso il CRRT da parte delle Aziende Sanitarie, delle strutture sanitarie private accreditate e della Direzione generale della Sanità del competente Assessorato
- **Fase 2:** Ripartizione dei dati raccolti dal CRRT verso i RTL
- **Fase 3:** Raccolta di ulteriori informazioni da parte dei RTL
- **Fase 4:** Debito informativo dei RTL verso l'RTRS (OER).

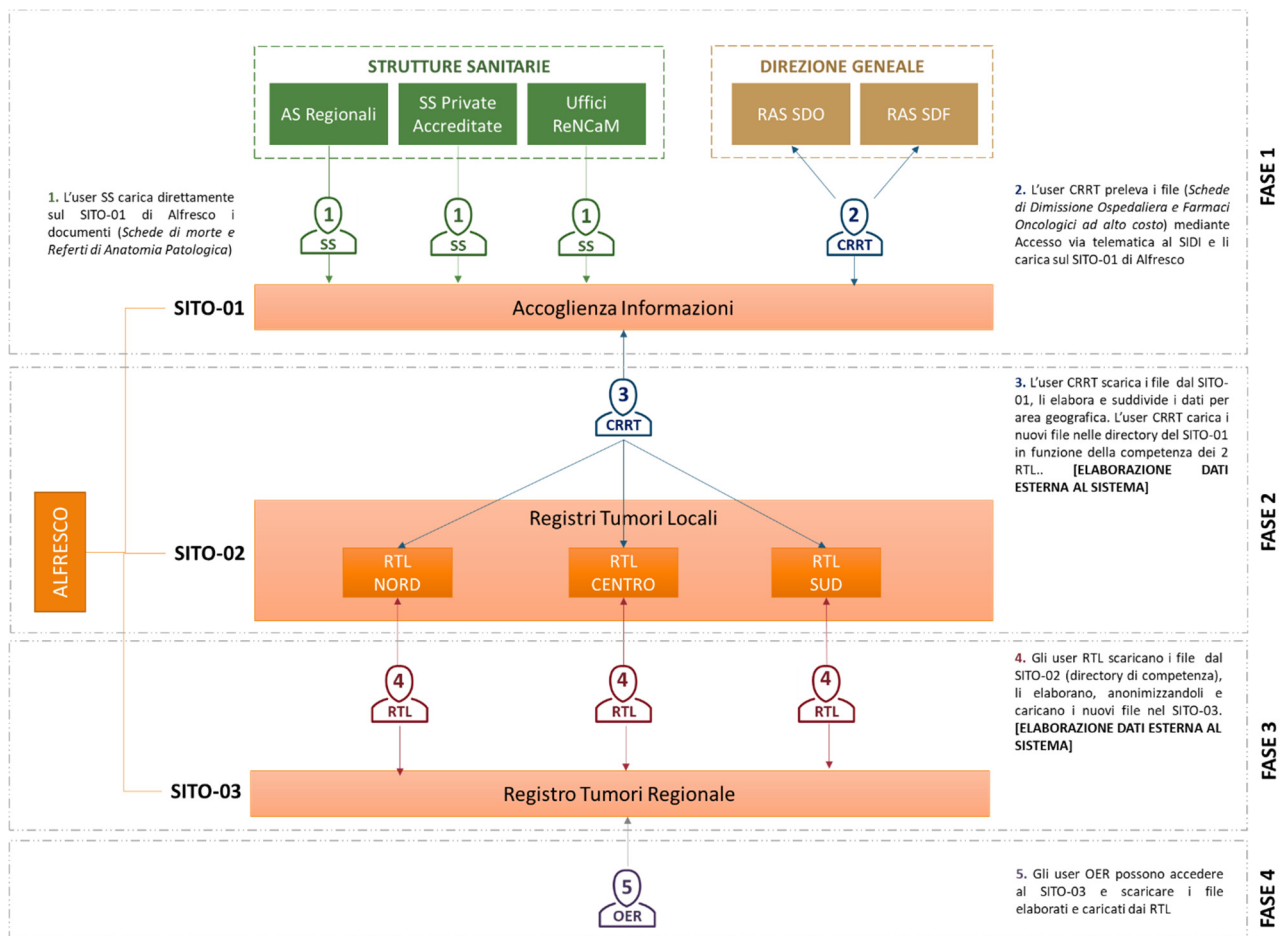
Di seguito la schematizzazione del flusso di scambio dati previsto.



In funzione del flusso di processo sopra riportato, il Sistema Gestione Accoglienza Flussi (SGAF) è strutturato all'interno della piattaforma Alfresco con n. 3 SITI indipendenti:

- **SITO-01** “Accoglienza informazioni” accessibile dalle strutture sanitarie (SS) e dal CRRT per il caricamento dei file e dal CRRT per la visualizzazione e gestione dei file.
- **SITO-02** “Registri Tumori Locali” accessibile al CRRT per il caricamento dei documenti e dai RTL per il download e la gestione dei documenti
- **SITO-03** “Registro Tumori Regionale” accessibile dai RTL per il caricamento dei documenti e dall'OER per il download.

Di seguito la strutturazione di Alfresco e il flusso operativo dei diversi attori coinvolti.



## **Fase 1 - Debito informativo verso il CRRT da parte delle Strutture Sanitarie**

Nell'ambito della **Fase 1** le SS devono trasferire al CRRT le seguenti tipologie di dati secondo tracciati definiti nel Disciplinare Flussi informativi del Registro tumori della Regione Sardegna schede di dimissione ospedaliera

- ▶ farmaci oncologici ad alto costo
- ▶ schede di morte
- ▶ referti di anatomia patologica

In particolare:

- ▶ Direzione generale della Sanità del competente Assessorato > schede di dimissione ospedaliera e i farmaci oncologici ad alto costo
- ▶ Aziende Sanitarie e strutture sanitarie private accreditate > schede di morte e referti di anatomia patologica

Di seguito le modalità di trasferimento previste per ciascuna tipologia di documenti.

Tipologia di documento/Soggetto debitore	Modalità operative da Disciplinare Flussi informativi del Registro tumori della Regione Sardegna	Modalità operative all'interno del Sistema di Gestione Accoglienza Flussi
<b>Schede di dimissione ospedaliera</b>  <i>Debitore: Direzione Generale</i>	Gli operatori incaricati del CRRT hanno accesso nel sistema informatico SIDI, mediante creazione di apposito account e profilazione, ad una vista del flusso SDO secondo le specifiche del tracciato dei ricoveri riportato nella Scheda 1 contenenti i codici di cui alle tabelle A e B in qualsiasi posizione delle diagnosi/interventi.	Gli Operatori incaricati del CRRT, una volta prelevati i file di competenza dal sistema SIDI, mediante accesso telematico, devono loggarsi sul SGAF e caricare, in apposita directory, tali documenti.  <b>[Non è prevista l'integrazione del SGAF con il SIDI per il recupero automatico del flusso SDO]</b>
<b>SDF</b>  <i>Debitore: Direzione Generale</i>	Gli operatori incaricati del CRRT hanno accesso nel sistema informatico SIDI, mediante creazione di apposito account e profilazione, ad una vista del flusso SDF secondo le specifiche del tracciato riportato nella Scheda 2	Gli Operatori incaricati del CRRT, una volta prelevati i file di competenza dal sistema SIDI, mediante accesso telematico, devono loggarsi sul SGAF e caricare, in apposita directory, tali documenti.  <b>[Non è prevista l'integrazione del SGAF con il SIDI per il recupero automatico del flusso SDF]</b>
<b>ReNCaM</b>  <i>Debitore: Strutture Sanitarie</i>	I referenti dei ReNCaM caricano nell'apposita area di accoglienza informazioni del CRRT i dati relativi alle schede di morte estratti dal gestionale Sisar-RENCAM, secondo il tracciato riportato nella Scheda 3, limitatamente a quelle contenenti codici di neoplasie di cui alla tabella D in qualsiasi posizione dei campi delle cause di morte oppure condizione morbosa rilevante per il decesso.	HP 1 > L'utente CRRT riceve il file dal ReNCaM e lo carica su Alfresco  HP 2 > Il ReNCaM avrà sul SGAF n. 1 (una) utenza abilitata al caricamento dei file sul SITO-01.
<b>Referti di Anatomia patologica</b>  <i>Debitore: Strutture Sanitarie</i>	Gli operatori incaricati di ATS, aziende ospedaliere e strutture private accreditate del SSR caricano nell'apposita area di accoglienza informazioni del CRRT, i referti di AP secondo il formato stabilito (Scheda 4). Ogni struttura inviante viene identificata secondo la codifica specificata in tabella E.	HP 1 > L'utente CRRT riceve il file dalla SS e lo carica su SGAF  HP 2 > Ogni SS avrà sul SGAF n. 1 (una) utenza abilitata al caricamento dei file sul SITO-01.

## **Specifiche del SITO-01 – ACCOGLIENZA INFORMAZIONI**

### **Struttura Directory**

- STRUTTURA SANITARIA
  - ANNO

### **Profili di utenti abilitati**

- **SS** → L'utente SS avrà accesso al SGAF per il caricamento dei file relativi alla propria struttura. Il numero delle utenze abilitate per ciascuna SS sarà definito in funzione del numero totale di SS per non sovraccaricare il Sistema.
- **CRRT** → L'utente CRRT sarà abilitato sia al caricamento dei file prelevati precedentemente dal SIDI, sia alla visualizzazione/gestione complessiva di tutti i file presenti nel SITO-01 in modo da poterli classificare, elaborare e suddividerli per RTL.

### **Attributi dei documenti**

Al caricamento dei documenti sul SGAF l'utente dovrà assegnare al documento i seguenti attributi:

- Anno
- Struttura sanitaria
- Area geografica (Nord, Centro, Sud)
- Tipologia file

Il sistema non entrerà nel merito del contenuto dei file caricati e pertanto non verranno effettuati controlli né sui dati né sul tracciato record.

## **Fase 2 - Ripartizione dei dati raccolti dal CRRT verso i RTL**

Il CRRT raccoglie i file caricati nei SITO-01 e li elabora (all'esterno del SGAF) in modo da ripartirli secondo il criterio della residenza anagrafica dei pazienti, o del domicilio per i non residenti in Sardegna, all'atto della prima diagnosi. Il CRRT, pertanto, creerà all'esterno del SGAF documenti differenti da indirizzare ai 3 RTL. Il CRRT caricherà tali documenti all'interno del SITO-02 nella directory dedicata allo specifico RTL.

## **Specifiche del SITO-02 – REGISTRI TUMORI LOCALI**

### **Struttura Directory**

- RTL NORD
  - ANNO
- RTL SUD
  - ANNO
- RTL CENTRO
  - ANNO

### **Profili di utenti abilitati**

- **CRRT** → L'utente CRRT sarà abilitato al caricamento dei documenti creati a valle dell'elaborazione dei documenti presenti nel SITO-01. I documenti dovranno essere caricati nella directory del RTL di competenza
- **RTL** → L'utente RTL (Nord, Centro, Sud) può accedere, esclusivamente alla directory di propria competenza, per prelevare i documenti caricati dal CRRT.

### **Attributi dei documenti**

Al caricamento dei documenti sul SGAF l'utente dovrà assegnare al documento i seguenti attributi:

- Anno
- Area geografica (Nord, Centro, Sud)
- Struttura sanitaria
- Tipologia file

Il sistema non entrerà nel merito del contenuto dei file caricati e pertanto non verranno effettuati controlli né sui dati né sul tracciato record.

### **Fasi 3 e 4 - Raccolta di ulteriori informazioni da parte dei RTL e Debito informativo verso l'OER**

Nell'ambito della Fase 3 il RTL (Nord, Centro, Sud) accede al SITO-02 del SGAF e scarica i file di propria competenza. I dati vengono elaborati mediante un software gestionale ad hoc (CRTOOL). Tutte le elaborazioni previste nella "Fase 3: Raccolta di ulteriori informazioni da parte dei RTL" del Disciplinare vengono effettuate al di fuori del SGAF. Una volta ultimate le elaborazioni, il RTL carica sul SITO-03 (datawarehouse RTRS) il file che sarà messo a disposizione dell'OER per la visualizzazione e lo scaricamento (Fase 4).

## **Specifiche del SITO-03 – REGISTRO TUMORI REGIONALE**

### **Struttura Directory**

- ANNO

### **Profili di utenti abilitati**

- **RTL** → L'utente RTL sarà abilitato al caricamento dei documenti creati a valle dell'elaborazione dei documenti presenti nel SITO-02. Ha la visibilità limitata ai soli documenti di competenza dello specifico RTL.
- **OER** → L'utente OER può accedere per visualizzare/prelevare i documenti caricati dai RTL.

### **Attributi dei documenti**

Al caricamento dei documenti sul SGAF l'utente dovrà assegnare al documento i seguenti attributi:

- Anno
- Area geografica (Nord, Centro, Sud)

Si sottolinea che il sistema NON entrerà nel merito del contenuto dei file caricati e pertanto non verranno effettuati controlli né sui dati né sul tracciato record.

### **Utenti e Ruoli**

In funzione del processo operativo di cui ai paragrafi precedenti si prevede l'abilitazione dei seguenti profili di accesso:

- ▶ SS → Ad ogni SS sarà fornita n. 1 (una) utenza per l'accesso in caricamento al SITO-01
- ▶ CRRT → Le utenze con tale profilo avranno accesso ai siti SITO-01 e SITO-02
- ▶ RTL → Avrà accesso (per l'area territoriale di competenza) al SITO-02 e al SITO-03
- ▶ OER → Avrà accesso al SITO-03

Per ciascuna utenza dovrà essere definito nel dettaglio il livello di accesso alle specifiche funzionalità.



### Integrazione con il sistema OTP MoST per l'accesso alla piattaforma

Sul SGAF sono state sviluppate le interfacce di integrazione per il colloquio con la piattaforma di autenticazione Mobile Strong Authentication (MoST) resa disponibile da Telecom Italia Trust Technologies sul Data Center di Pomezia. La comunicazione tra il server MoST e il web server dell'applicazione cliente su SPC Cloud avviene tramite web services.

MoST consente di implementare una strong authentication a due canali, dove uno dei canali è la linea dal proprio telefono cellulare/smartphone e la chiave è il numero chiamante dell'utente.

Nella soluzione adottata, l'applicazione client chiede ai propri utenti di:



1. inserire le credenziali di accesso (Nome Utente e Password) assegnate;
2. effettuare una chiamata col proprio cellulare/smartphone verso un numero verde e inserire la OTP (One Time Password) proposta;
3. La chiamata, una volta arrivata sui server MoST, sarà quindi abbattuta, il numero telefonico chiamante sarà comunicato all'applicazione client e verrà abilitato l'accesso in sicurezza al SGAF.





## Allegato C – Modulo di richiesta informazioni sanitarie (extra-regione)



### REGISTRO TUMORI DELLA REGIONE SARDEGNA – Registro tumori locale \_\_\_\_\_ Sardegna

Spett.le \_\_\_\_\_

C.a. Dott./ssa \_\_\_\_\_

**Oggetto:** richiesta documentazione.

Il Registro Tumori della Regione Sardegna (RTRS) è stato istituito con la legge regionale n. 21 del 7 novembre 2012 per la raccolta centralizzata a livello regionale dei casi di neoplasia diagnosticati nella popolazione residente in Sardegna. Il Consiglio regionale, in data 8 novembre 2016, acquisito il parere favorevole dall'Ufficio del Garante della privacy, ha approvato il Regolamento che ne disciplina il funzionamento.

Nell'ambito delle finalità di rilevante interesse pubblico, le principali azioni che Il Registro Tumori Regionale della Regione Sardegna si propone di perseguire sono le seguenti:

- a) produrre dati di incidenza, mortalità, sopravvivenza e prevalenza dei tumori per sede, per sesso, per età, e per altre caratteristiche della popolazione in modo omogeneo e standardizzato sull'intero territorio;
- b) descrivere la frequenza della patologia neoplastica in Sardegna e sullo stato di prevenzione primaria e secondaria del cancro, sulla base della quale individuare aree critiche e priorità;
- c) svolgere studi epidemiologici intesi a stimare i rischi cancerogeni nel territorio regionale e a formulare ipotesi circa le cause, anche in collaborazione con altri enti e strutture di ricerca scientifica nazionali e internazionali;
- d) contribuire alla pianificazione e all'attuazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, alla valutazione dell'efficacia di programmi di screening per i tumori e dell'impatto di programmi di prevenzione primaria rivolti alle persone ed all'ambiente di vita e di lavoro;
- e) individuare le priorità per programmare gli interventi volti a migliorare lo stato sanitario della popolazione e dell'ambiente, i livelli di funzionalità e le caratteristiche strutturali dell'organizzazione sanitaria regionale.

A tal fine Il Registro Tumori Regionale della Regione Sardegna, attraverso la sua articolazione territoriale del Registro tumori Locale \_\_\_\_\_ Sardegna, per le finalità sopra riportate, chiede di acquisire la seguente documentazione, detenuta presso di voi:

---



---



---



---

La documentazione, dovrà necessariamente essere inserita in plico chiuso e la trasmissione dovrà avvenire su supporti informatici o cartacei, mediante corriere espresso, posta assicurata o recapito a mano, con garanzia di tracciabilità in fase di trasporto e consegna del plico medesimo presso la sede dello scrivente Registro Tumori Locale sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_.

Il plico dovrà contenere al suo interno una lettera di accompagnamento priva di qualsiasi riferimento a dati identificativi o sanitari ed un'altra busta chiusa e sigillata contenente la documentazione, che deve essere firmata o siglata sui lembi di chiusura, recante la dicitura "CONTIENE DOCUMENTI SANITARI RISERVATI – NON APRIRE - L'apertura della busta da parte di personale non autorizzato si configura come reato di cui all'art. 616 del Codice Penale. Riservato agli incaricati del trattamento del Registro tumori Locale di "XXX".

Inoltre, non potranno essere utilizzate buste o "incarti" trasparenti o che rendano in qualche modo intelligibile il contenuto.

Si rimane a disposizione per ulteriori chiarimenti e si inviano distinti saluti.

Il Responsabile Registro tumori locale \_\_\_\_\_ Sardegna

Registro tumori locale \_\_\_\_\_ Sardegna – registrotumori\_\_\_\_\_sardegna@atssardegna.it-07xx-xxxxxxx

## Allegato D – Flusso AP – File XSD e XML

### File XSD

```
<?xml version="1.0"?>
<xsd:schema xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <xsd:simpleType name="genderType">
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:pattern value="[MF]" />
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
  <xsd:simpleType name="dateType">
    <xsd:restriction base="xsd:string">
      <xsd:pattern value="[12][09][0-9][0-9][01][0-9][0-3][0-9]" />
    </xsd:restriction>
  </xsd:simpleType>
  <xsd:complexType name="RecordAPType">
    <xsd:sequence>
      <xsd:element name="CodiceAP" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="MedRef" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="MedRich" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="StruttRich" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="CodRicovery" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="Cognome" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="Nome" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="Sesso" type="genderType"/>
      <xsd:element name="DataNascita" type="dateType"/>
      <xsd:element name="LuogoNascita" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="Eta" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="CodFiscale" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="Residenza" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="ResidenzaISTAT" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="TipoEsame" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="NumReferto" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="DataAccettazione" type="dateType"/>
      <xsd:element name="AnnoRifReferto" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="DataReferto" type="dateType"/>
      <xsd:element name="SedeAnatom" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="DescrizioneMateriale" type="xsd:string"/>
      <xsd:element name="Notizie" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="DescMacro" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="DescMicro" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="Diagnosi" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="Indagini" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="EsamiAssociati" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="TipoCodifica" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="CodTopograficoPrinc" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="CodTopograficoAltri" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="CodMorfologicoPrinc" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="CodMorfologicoAltri" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
      <xsd:element name="Stadio" type="xsd:string" minOccurs="0"/>
    </xsd:sequence>
  </xsd:complexType>
  <xsd:element name="AnatomiaPatologica">
    <xsd:complexType>
      <xsd:sequence>
        <xsd:element name="RecordAP" type="RecordAPType" minOccurs="0" maxOccurs="unbounded"/>
      </xsd:sequence>
    </xsd:complexType>
  </xsd:element>
</xsd:schema>
```

### Esempio file XML

```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<AnatomiaPatologica>
  <RecordAP>
    <CodiceAP>2001081</CodiceAP>
    <MedRef>Mario Rossi</MedRef>
    <MedRich>Giuseppe Verdi</MedRich>
    <StruttRich>Reparto Chirurgia 1</StruttRich>
    <CodRicovery>P012345</CodRicovery>
    <Cognome>PAZIENTE</Cognome>
    <Nome>TEST</Nome>
    <Sesso>F</Sesso>
    <DataNascita>19561127</DataNascita>
    <LuogoNascita>Cagliari</LuogoNascita>
    <Eta>65</Eta>
    <CodFiscale>PZTTST56V27C123W</CodFiscale>
    <Residenza>Cagliari</Residenza>
    <ResidenzaISTAT>090123</ResidenzaISTAT>
    <TipoEsame>Istologia</TipoEsame>
    <NumReferto>123456</NumReferto>
    <DataAccettazione>20170911</DataAccettazione>
    <AnnoRifReferto>2017</AnnoRifReferto>
    <DataReferto>20171022</DataReferto>
    <SedeAnatom>DIGERENTE - COLON - EMICOLECTOMIA CON LINFOADENECTOMIA</SedeAnatom>
    <DescrizioneMateriale>
      <![CDATA[A] Colon dx.; B) rondella colica; C) linfonodo legamento gastro-colico (B/
288/2011 a-b-c)]]>
    </DescrizioneMateriale>
    <DescMacro>
      <![CDATA[A] Pezzo operatorio comprendente porzione di ileo (cm 7) appendice, cieco,
colon ascendente (cm 15) e relativo meso. A circa 9 cm dalla valvola ileo-ciecale è presente
neoformazione a carattere essenzialmente stenotomica che si estende a tutto spessore e a tutta
circonferenza. Si effettuano prelievi: A1) margine ileale; A2) appendice vermiforme; A3)
neoformazione; A4) formazioni nodulari isolate dal meso. B) i.t.C) Due formazioni nodulari. Dr.
Orrù]]>
    </DescMacro>
    <DescMicro>Non presente</DescMicro>
    <Diagnosi>
      ADENOCARCINOMA MODERATAMENTE DIFFERENZIATO ESTESAMENTE INFILTRANTE I TESSUTI
SOTTOSIEROSI G2, pT3, pN1c CON PRESENZA DI DEPOSITI TUMORALI NELLA SOTTOSIEROSA IN ASSENZA DI
METASTASI NEI LINFONDI REGIONALI. MARGINI INDENNATI. 15 LINFONODI INDENNATI
    </Diagnosi>
    <Indagini>NS</Indagini>
  </RecordAP>
  <RecordAP>
    <CodiceAP>2001081</CodiceAP>
    <MedRef>Tiziano Meloni</MedRef>
    <MedRich>Giuseppe Verdi</MedRich>
    <StruttRich>Oncologia 1</StruttRich>
    <CodRicovery>P06789</CodRicovery>
    <Cognome>PAZIENTE2</Cognome>
    <Nome>TEST2</Nome>
    <Sesso>F</Sesso>
    <DataNascita>19660203</DataNascita>
    <LuogoNascita>Sassari</LuogoNascita>
    <Eta>57</Eta>
    <CodFiscale>PZTTST66B03H123W</CodFiscale>
    <Residenza>Carbonia</Residenza>
    <ResidenzaISTAT>097123</ResidenzaISTAT>
    <TipoEsame>Istologia</TipoEsame>
    <NumReferto>9999111</NumReferto>
    <DataAccettazione>20170911</DataAccettazione>
    <AnnoRifReferto>2017</AnnoRifReferto>
    <DataReferto>20171022</DataReferto>
    <SedeAnatom>MAMMELLA</SedeAnatom>
    <DescrizioneMateriale>
      Q.M.I. mammella destra (il filo luno angolo inferiore, filo triplo angolo areolare,
filo corto margine esterno, filo doppio margine interno).
    </DescrizioneMateriale>
    <Notizie>Nodulo di 8 mm</Notizie>
    <DescMacro>
      Quadrante di mammella (cm 6,5x3x2,8) comprendente losanga di cute (cm 7x1); al taglio,
il parenchima appare addensato e centralmente è area nodulare grigiasta (diametro massimo mm 9)
di consistenza aumentata. Si effettuano prelievi (spessore medio mm 3): A1) angolo areolare (filo

```

triplo); A2) angolo opposto all'areolare - angolo inferiore (filo lungo); A3) margine interno (filo doppio); A4) margine esterno (filo corto); A5) piano profondo; A6) area grigiastra.

</DescMacro>  
 <DescMicro>Non presente</DescMicro>  
 <Diagnosi>  
 A1) Parenchima mammario displasico con adenosi florida e sclerosante, nel cui contesto si osserva piccolo focolaio di iperplasia duttale atipica; osservate microcalcificazioni. A2)A3)A4)A5) Parenchima mammario displasico con microcalcificazioni.A6) Carcinoma duttale infiltrante moderatamente differenziato  
 </Diagnosi>  
 <Indagini>  
 <![CDATA[ANTICORPIREATTIVITA' RECETTORE ESTROGENICO CLONE (1D5) RECETTORE PROGESTINICO (PgR636) KI 67 AG.PROLIF. (MIB-1) HER2 POLICLONALE DAKO Immunoreazione nel 90% circa delle cellule neoplastiche Immunoreazione nel 45% circa delle cellule neoplastiche Immunoreazione nel 18% circa delle cellule neoplastiche Colorazione di membrana assente (---)]]>  
 </Indagini>  
 <EsamiAssociati></EsamiAssociati>  
 <TipoCodifica>SNOMED3</TipoCodifica>  
 <CodTopograficoPrinc>C508</CodTopograficoPrinc>  
 <CodTopograficoAltri></CodTopograficoAltri>  
 <CodMorfologicoPrinc>M85003</CodMorfologicoPrinc>  
 <CodMorfologicoAltri></CodMorfologicoAltri>  
 <Stadio>IA</Stadio>  
 </RecordAP>  
 </AnatomiaPatologica>