

**Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007
Anno 2005**

Regione proponente Campania

Titolo del progetto “Istituzione del Registro Campano delle Malattie Cronico Degenerative e per la Valutazione degli Esiti delle Cure”

REFERENTE TECNICO DEL PROGETTO

Dott. Enrico de Campora, Direttore Scientifico dell’UO Campania del Progetto CUORE II, Agenzia Regionale Sanitaria della Campania.

Centro Direzionale di Napoli Is. F/9 – 80143 Napoli. tel. 0816060231, fax 0816060246

enricodecampora@arsan.campania.it

REFERENTI SCIENTIFICI

Dott. Tonino Pedicini, Direttore della Struttura Operativa “Programmazione e Pianificazione Sanitaria” dell’Agenzia Regionale Sanitaria della Campania.

toninopedicini@arsan.campania.it

Prof. Salvatore Panico, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, c/o Università Federico II di Napoli.

spanico@unina.it

REFERENTE ISTITUZIONALE

Dott. Renato Pizzuti, Responsabile dell’Osservatorio Epidemiologico Regionale, Assessorato alla Sanità della Regione Campania.

Centro Direzionale di Napoli Is. C/3 – 80143 Napoli.

r.pizzuti@regione.campania.it

Durata del progetto triennale

Aspetti finanziari

Piano finanziario 1° anno	euro	%
1. Contratti e collaborazioni	€ 722.679,60	30,0
2. Potenziamento dei Sistemi Informativi degli Enti coinvolti (ARSAN, OER Campania, SEP, Registri Tumori ecc.)	€ 1.204.466,00	50,0
3. Beni e Servizi	€ 361.339,80	15,0
4. Formazione, promozione e comunicazione	€ 120.446,60	5,0
Totale	€ 2.408.932,00	100,0

Sintesi del contenuto del progetto

Le malattie “non infettive” o “cronico - degenerative” rappresentano la parte prevalente della patologia esistente nella nostra popolazione, sia in termini di diffusione che di gravità.

Il loro esito risulta essere spesso letale in tempi più o meno brevi e comunque sempre *invalidante*.

Esse sono rappresentate da numerose malattie:

Tumori

Malattie cardiovascolari

Broncopneumopatie croniche

Malattie dismetaboliche

Malattie mentali ecc.

Questo gruppo di malattie riconosce nella sua genesi, fattori di rischio di tipo ambientale e comportamentale. Per essi valgono le indicazioni generali: incoraggiare gli interventi mirati alla modifica dello stile di vita riguardo all'alimentazione ed all'attività fisica. Non ci si deve comunque attendere una sostanziale modifica a breve termine del trend di incidenza.

L'arma di lotta più efficace disponibile nei confronti di queste patologie, per il momento di difficile guarigione, è rappresentata dalla *prevenzione primaria*.

La prevenzione primaria ha l'effetto di ridurre l'incidenza, cioè la frequenza di nuovi casi.

Le strategie per la prevenzione primaria delle malattie non infettive possono essere così formulate:

- Rimuovere le cause;
- Eliminare i fattori di rischio;
- Proteggere dagli effetti dei fattori di rischio gli individui ed i gruppi di popolazione esposti.

È però possibile intervenire sulla mortalità attraverso due metodologie fondamentali:

- *la diagnosi precoce;*
- *l'adeguatezza terapeutica.*

La diagnosi precoce si realizza generalmente tramite *screening* della popolazione a rischio quando si ha disponibilità di un test accurato ad alta sensibilità e specificità per la malattia in stadio precoce, quando si ha disponibilità di un intervento sanitario ad efficacia riconosciuta scientificamente, quando, infine, sono soddisfatti i principi etici ed economici del sistema.

I principi dello screening come strumento di prevenzione delle malattie croniche non contagiose sono stati pubblicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1968 e dal Consiglio d'Europa nel 1994. I due documenti in questione, assieme all'attuale livello della ricerca scientifica in ciascuno dei settori di screening, formano la base delle raccomandazioni. In alternativa o in associazione allo screening resta raccomandabile, qualora si abbia disponibile un intervento sanitario cd. "EBM", la sorveglianza sanitaria personalizzata dei soggetti o gruppi ad alto rischio.

In ogni caso, si delineano due attività epidemiologiche attualmente ritenute di estrema rilevanza:

- 1) la raccolta di dati e informazioni sulla frequenza e sull'assistenza necessaria a queste malattie;
- 2) la valutazione degli esiti delle cure.

1) In mancanza di registrazioni o di una raccolta sistematica di dati di morbosità, informazioni sulla frequenza delle malattie non infettive possono essere tratte dai dati di mortalità elaborati e pubblicati annualmente dall'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica); essi possono fornire indicazioni di una certa utilità sull'andamento epidemiologico generale seppure con un ritardo che varia tra i tre ed i cinque anni.

L'istituzione di un Registro delle Patologie Cronico Degenerative e per la Valutazione degli Esiti, alimentato da basi di dati informatizzati, risponde alle indicazioni contenute nel Piano Sanitario Nazionale e nel Piano Sanitario Regionale vigenti, esso costituisce uno strumento informativo utile sia per la ricerca, sia per la programmazione degli interventi preventivi, sia per il miglioramento dell'assistenza ai malati. Ha il pregio della rapidità di risposta e della economicità gestionale, inoltre la standardizzazione delle procedure adottate ed il confronto con informazioni provenienti dai Registri Tumori, da Registri degli Eventi Cardiovascolari e Cerebrovascolari, da studi di Outcome e altre indagini ad hoc può consentire di misurare i margini di precisione e validità al fine di ottenere una qualità controllata delle informazioni prodotte.

Nella sua struttura essenziale vi confluiscono tre fonti di dati che vengono opportunamente "linkati" tra loro tramite un'ideale chiave identificativa del paziente, onde evitare duplicazioni dei casi.

Basi di dati del Registro sono:

- . dimissioni ospedaliere
- . referti di Anatomia Patologica
- . certificati di morte.

Il concetto di “*record linkage*” non è nuovo e nasce ancora prima della diffusione capillare della tecnologia informatica.

I principali motivi di interesse risiedono nelle grandi dimensioni delle popolazioni di riferimento, nella sistematicità nei processi di acquisizione e nella loro integrabilità che consentono di aumentare il contenuto informativo dei data-base amministrativi esistenti. A fronte delle grandi potenzialità applicative occorre, però, sottolineare i problemi che si possono incontrare nell'utilizzo per finalità epidemiologiche dei data-base amministrativi:

- i livelli di copertura: quali sono i livelli di copertura delle popolazioni target e, più precisamente, quali sono le caratteristiche dei soggetti non inclusi?
- la qualità dei dati: in questo caso è lecito attendersi che solo i dati che hanno un diretto impatto sul processo gestionale abbiano un livello di qualità alto e controllabile.

Le esperienze di realizzazione di sistemi informativi molto articolati e complessi in alcune realtà regionali, dove è possibile correlare archivi riferiti alle dimissioni ospedaliere, alla prescrizione di farmaci, alla mortalità, hanno offerto e continuano ad offrire interessanti opportunità nella realizzazione, ad esempio, di Registri di Patologia come anche di studi osservazionali. Tutto ciò nella consapevolezza dei limiti, non solo tecnico/scientifici, ma anche di quelli etici relativi soprattutto ai meccanismi di tutela della privacy. Le modalità di accesso e linkage, in insiemi eterogenei di dati personali a carattere sanitario, deve essere regolata da un preciso protocollo di studio.

Da tempo l'analisi di informazioni di carattere socio-sanitario utilizza il collegamento di dati relativi alle persone fisiche presenti in archivi di differente provenienza, livello di aggiornamento, accessibilità e qualità. In assenza, almeno per la situazione italiana, di un univoco codice in grado di individuare ogni persona in modo indipendente dallo specifico settore di interesse, è utile collegare i diversi archivi informatizzati attraverso la definizione di chiavi identificative ricavate da sottoinsiemi, più o meno ampi, dei dati anagrafici disponibili. In Italia, esperienze di utilizzo di chiavi identificative estratte da dati di tipo anagrafico sono state effettuate per il collegamento di informazioni relative alla stessa persona presenti su differenti archivi o sulla medesima fonte informativa, come nel caso dell'individuazione di successivi ricoveri ospedalieri del medesimo assistito, tramite, ad esempio, dell'utilizzo di differenti chiavi sperimentate anche su tre diversi archivi di interesse epidemiologico.

I **Registri** sono strutture che archiviano e analizzano, in modo continuativo e sistematico, le informazioni su tutti i casi di determinate malattie che insorgono in una determinata popolazione o

area geografica. L'obiettivo è stimare l'incidenza della malattia, cioè il numero di nuovi casi che si registrano ogni anno.

Nel caso dei Registri Tumori, con i loro sistemi informativi, essi risultano indispensabili per la ricerca, la prevenzione e la cura e sono previsti dal Piano Sanitario Nazionale, ma la loro realizzazione è affidata alle iniziative spontanee a livello locale.

La conseguenza è una distribuzione geografica che non risponde completamente alle esigenze di controllo della patologia neoplastica, soprattutto per quanto riguarda il Sud Italia, dove sono attualmente operativi solo due registri (Napoli 4 e Ragusa) e, più recentemente la provincia di Salerno.

L'Italia, per la forte incidenza delle malattie neoplastiche nel nord rispetto al sud, rappresenta un'eccezione a livello europeo: una diffusione più capillare dei RT su tutto il territorio nazionale darebbe un contributo essenziale alla comprensione di una malattia tra le più complesse, sia dal punto di vista delle cause, sia da quello della prevenzione e della cura.

Tra le regioni del nord, il Friuli Venezia Giulia presenta una delle più elevate incidenze tumorali. Ciò ha favorito una particolare attenzione alle problematiche oncologiche e quindi anche alla realizzazione del Registro informatizzato su base di popolazione che copre l'intero territorio regionale. Questa esperienza appare quale modello ideale per l'impianto del registro campano anche perché il Friuli Venezia Giulia ha scelto la tecnologia SAS, la stessa alla base dell'Archivio SDO della Regione Campania, per la realizzazione del sistema, per lo sviluppo dell'algoritmo che genera l'incidenza della malattia, per il datawarehouse che analizza i dati a fini statistici e di programmazione non solo per questa particolare patologia, ma per l'intero sistema sanitario regionale.

La condivisione dell'algoritmo ha permesso di condurre simulazioni anche su altre realtà e banche dati, e l'esperienza maturata è stata utilizzata come esempio di realizzazione e ipotesi di studio per valutare la possibilità d'introdurre queste procedure in altre aree europee.

A livello nazionale la regione Lombardia ha espresso interesse per la procedura sviluppata e sta avviando il suo Registro a partire dalla città di Milano utilizzando la stessa filosofia di base del sistema.

Il Registro fa parte, con le Province Autonome di Trento e di Bolzano, del network di sorveglianza tumorale del Nord-Est (NEICSN) che condivide la stessa metodologia informatica.

Un Registro alimentato con le informazioni già presenti nei sistemi informativi regionali, quale quello realizzato nel Friuli Venezia Giulia, presenta notevoli vantaggi rispetto a uno alimentato appositamente:

- costi contenuti, perché generato da un algoritmo
- semplicità e velocità di implementazione
- . più ampia disponibilità di informazioni per le funzioni di programmazione sanitaria e di controllo, per la realizzazione di politiche sanitarie efficaci.

La particolare metodologia di lavoro ha consentito infine alla Regione Friuli Venezia Giulia di dotarsi, in tempi relativamente brevi e con costi contenuti, del Registro Tumori di popolazione, la cui qualità è attestata dall'accREDITAMENTO sia presso l'**Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRT)**, sia presso l'**Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (AIRC)**.

Fasi di realizzazione:

1. alimentazione automatica (batch mode) del sistema attraverso le banche dati esistenti e il linkage anagrafico legato al paziente;
2. transcodifica di tutti i dati: classificazione SNOMED per i referti di Anatomia Patologica, classificazione ICD-IX per le dimissioni ospedaliere e i certificati di morte;
3. segnalazione e rifiuto dei casi dubbi o non risolvibili automaticamente, che vengono analizzati singolarmente e manualmente, anche consultando direttamente le cartelle cliniche.

Motivazioni del progetto

Le malattie cronic- degenerative hanno acquistato un particolare rilievo non solo da un punto di vista sanitario ma anche economico e sociale rappresentando, al momento, il problema di gran lunga più rilevante per la Sanità Pubblica.

Se l'invecchiamento della popolazione ha costituito il fattore indispensabile per la migliore evidenziazione di queste malattie, tuttavia, la loro incidenza è stata in gran parte regolata da altri meccanismi attinenti la loro origine.

Questo gruppo di malattie riconosce, infatti, nella sua genesi, fattori di tipo ambientale e comportamentale.

Per *fattori di rischio* intendiamo le abitudini, caratteristiche o anomalie che si associano a un notevole aumento della probabilità di sviluppare la malattia.

Alcuni di questi fattori costituiscono caratteristiche non modificabili di quel determinato individuo (età, sesso, storia familiare, predisposizione genetica).

Altri fattori sono suscettibili di essere modificati, in maggiore o minore misura, al fine di ridurre il rischio di malattia, come ad es. la dieta ricca di grassi e di calorie, l'ipercolesterolemia, l'ipertensione, il fumo di sigaretta, l'obesità, il diabete, lo stress, la scarsa attività fisica.

Fattori di rischio frequentemente associati

a malattie cronico degenerative

- Abitudini personali
- Alimentazione
- Fumo di tabacco
- Alcool
- Droga
- Sedentarietà

- Contaminazione ambientale
- Inquinamento atmosferico
- Inquinamento idrico
- Contaminazione alimentare

Allo stato attuale, in Italia, le malattie non infettive sono responsabili della quasi totalità delle morti:

<u>Causa</u>	<u>%</u>
M. cardiocircolatorie	43.3%
Tumori	28.2%
BPCO	3.3%
Diabete	3.3%
Incidenti stradali	1.4%
Malattie infettive	0.5%
Altro	20%

Background epidemiologico in Campania

Mortalità e Incidenza

In Campania le malattie del sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte ed i tassi standardizzati di mortalità superano in modo rilevante quelli medi italiani, al secondo posto compaiono i Tumori. Prese insieme, questi due gruppi di malattie costituiscono il 75% delle cause di morte:

Causa	Campania	Italia
Malattie sistema circolatorio	507,5	438,5
Tumori	257,1	275,6
Malattie apparato respiratorio	71,5	64,6
Traumatismi ed avvelenamenti	33,8	48,2
Malattie apparato digerente	61,2	46,0
Diabete mellito	50,4	30,9
Malattie apparato genito-urinario	18,9	14,2
Cause mal definite	12,2	12,1
Malattie infettive	5,6	6,0
Malformazioni congenite	2,8	2,7
Alcune cause di mortalità perinatale	3,1	2,7
Totale	1.023,9	941,4

tassi di mortalità per causa, standardizzati per età, per 100.000 ab.

Calcolando gli anni di vita potenziale persi (PYLLs) i Tumori sono al primo posto sia in Campania sia in Italia e le malattie cardiovascolari compaiono al terzo rango della mortalità ma, nell'insieme, costituiscono il 18% dei PYLLs rispetto ad un valore medio nazionale del 15% circa.

Tra le cause di morte per malattia circolatoria, le malattie cerebrovascolari sono al sesto rango in Campania ed al nono posto in Italia.

Insieme ai Tumori rappresentano la causa di perdita del 50% circa dei PYLLs:

%	% cum	CAMPANIA	rango	ITALIA	%	% cum
30%	30%	CANCRO	1	CANCRO	30%	30%
7%	37%	INCIDENTE VEICOLO M.	2	INCIDENTE VEICOLO M.	12%	41%
7%	44%	CARDIOPATIE ISCHEMICHE	3	CARDIOPATIE ISCHEMICHE	6%	48%
7%	50%	ALTRE CARDIACHE	4	ALTRE CARDIACHE	6%	53%
6%	56%	ANOMALIE CONGENITE	5	ALTRI INCIDENTI	5%	58%
4%	61%	M. CEREBROVASCOLARI	6	SUICIDIO	5%	63%
4%	64%	ALTRI INCIDENTI	7	ANOMALIE CONGENITE	5%	68%
4%	68%	MAL. CRONICHE FEGATO	8	INFEZIONI HIV	4%	72%
4%	71%	M. NEUROLOGICHE	9	M. CEREBROVASCOLARI	3%	75%
3%	74%	S. DA DISTRESS RESP.	10	MAL. CRONICHE FEGATO	3%	79%

Ambito di intervento

In questa prima fase pilota si ritiene utile e fattibile l'istituzione di un Registro che copra l'intera Provincia di Napoli.

La scelta di questa area regionale risponde in maniera soddisfacente ad alcune caratteristiche essenziali per l'allestimento e uno studio di fattibilità, inteso quale momento fondamentale di verifica delle possibilità e delle modalità di realizzazione e di funzionamento, è di rapida realizzazione.

Criticità

In Campania è già attiva e qualificata la Banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (Archivio SDO ARSAN) che ha effettuato analisi sulla prevalenza periodale dei soggetti affetti da malattie neoplastiche ospedalizzati ovunque in Italia, mentre è in corso di implementazione quella relativa al RENCAM (Registro Nominativo delle Cause di Morte) realizzato, a livello locale, dai Servizi Epidemiologia e Prevenzione, e, a livello regionale, dall'OER Campania.

È stato inoltre istituito presso l'Agenzia Regionale Sanitaria il Registro degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari della città di Napoli che si avvale della collaborazione del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale e del Servizio di Epidemiologia e Prevenzione della ASL Napoli 1 e collabora, a sua volta, al Progetto Nazionale CUORE condotto dall'Istituto Superiore di Sanità.

Il registro delle malattie cardiovascolari, diretto dal dott. de Campora, è un sistema di sorveglianza degli eventi coronarici e cerebrovascolari, fatali e non fatali, realizzato nella popolazione generale di 35-74 anni d'età residente nell'area della città di Napoli. Il registro, ha l'obiettivo di stimare l'occorrenza di eventi coronarici e cerebrovascolari acuti, in particolare i tassi di attacco, di letalità nonché le frequenze di utilizzo di procedure diagnostiche e terapeutiche in fase acuta e post-acuta ed opera a partire da un coorte di ricoverati nel 1998.

In particolare ha già prodotto valutazioni sulla sopravvivenza di pazienti che hanno subito un evento cardio o cerebrovascolare acquisendo rilevante esperienza nella validazione delle diagnosi e dei referti riportati nelle cartelle cliniche di ospedali e case di cura.

La maggiore criticità rilevabile, oltre la necessaria implementazione e potenziamento dei Sistemi Informativi legati alla banca dati SDO dell'ARSAN, del Registro Regionale Nominativo delle Cause di Morte gestito dall'OER e alimentato dai Servizi Epidemiologia delle ASL e dei Registri Tumori campani, allo stato è costituita dalla necessità di informatizzare ed addestrare i 19 laboratori di Anatomia Patologica standardizzando procedure, modalità di refertazione e controlli di qualità.

Elenco Strutture di Anatomia ed Istologia Patologica e Citopatologia della Regione Campania

Napoli e provincia:

AUP Università Federico II

AUP Seconda Università degli Studi di Napoli

IRCCS Fondazione Sen. G. Pascale

A.O.R.N. Cardarelli

A.O. Monaldi

A.O. Cotugno

A.O. Santobono-Pausillipon

P.O. dei Pellegrini (NA1)

P.O. Incurabili (NA1)

P.O. S. Leonardo di Castellammare (NA5)

P.O. di Torre del Greco (NA5)

P.O. di Nola (NA 4)

Caserta e provincia:

A.O. S. Sebastiano di Caserta

P.O. Aversa (CE2)

Avellino e provincia:

A.O. Moscati di Avellino

Salerno e provincia:

A.O. S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona di Salerno

P.O. di Battipaglia (SA1)

P.O. di Scafati (SA2)

Benevento e provincia:

A.O. Rummo di Benevento

Valenza sanitaria dei risultati ottenibili

Il Registro, una volta a regime, potrà:

- fornire dati utili alla programmazione sanitaria ed alla ricerca scientifica in tempi brevi;
- alimentare i Registri dei Tumori di Napoli 4 e di Salerno;
- contribuire alle valutazioni di efficacia degli screening oncologici programmati (Cervice uterina, Cancro della Mammella, Carcinoma del Colon Retto);
- alimentare il Registro degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari della città di Napoli ed eventualmente estenderlo all'intero territorio regionale;
- fornire utili informazioni sulla distribuzione locale delle patologie cronico degenerative, in tempi relativamente brevi, ai Servizi di Epidemiologia e Prevenzione dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL.. Inoltre, la funzione di monitoraggio, utile alla programmazione delle azioni, viene assicurata con un'adeguata attività valutativa condotta sulle informazioni già disponibili e, ove ritenuto necessario, attraverso sistemi informativi dedicati. È evidente quindi che ciò è reso possibile solo attraverso la garanzia nell'accesso ai Sistemi Informativi Sanitari, regionali per l'OER e aziendali per i DP-SEP, e viene condotta in collaborazione con le strutture che gestiscono tali sistemi.

Obiettivi e risultati attesi (Obiettivo complessivo del programma, suddiviso in obiettivi specifici, intermedi e finali; risultati attesi e relativi indicatori)

Obiettivo complessivo del Programma è istituire il Registro Campano delle Malattie Cronico Degenerative, in fase pilota per l'area della provincia di Napoli, con particolare riferimento, nella fase di istituzione, alle patologie oncologiche oggetto di screening (Cancro della Cervice uterina, Cancro della Mammella, Carcinoma del Colon Retto) ed agli eventi cardiovascolari e cerebrovascolari maggiori (Infarto Miocardio Acuto e Ictus cerebrale). L'identificazione delle sunnominate patologie è dovuta sia alla loro indubbia rilevanza sia alla disponibilità di altre iniziative già descritte (Registro dei Tumori di Napoli 4, screening oncologici programmati, Registro degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari della città di Napoli) che consentiranno un opportuno controllo di qualità e sensibilità dell'istituendo Registro basato sull'incrocio delle informazioni. Le funzioni di coordinamento delle azioni aziendali derivanti dalle informazioni acquisite dal RRP, e di valutazione delle stesse, sono affidate ai Dipartimenti di Prevenzione – Servizi di Epidemiologia e Prevenzione e sono condotte sotto il coordinamento dell'OER e in stretta collaborazione con le strutture operative responsabili dell'attuazione dei programmi preventivi e delle campagne informative. Per queste funzioni il Dipartimento di Prevenzione – Servizio di

Epidemiologia e Prevenzione opera quale supporto tecnico-scientifico alla Direzione Strategica Aziendale in materia di prevenzione.

Al termine il Registro potrà contribuire a:

- fornire dati utili alla programmazione sanitaria in tempi brevi;
- alimentare i Registri dei Tumori di Napoli 4 e di Salerno per i rispettivi residenti;
- valutazioni di efficacia degli screening oncologici programmati (Cervice uterina, Mammella, Colon Retto);
- alimentare il Registro degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari della città di Napoli ed estenderlo all'intero territorio regionale;
- fornire informazioni sulla distribuzione territoriale delle patologie cronico degenerative, in tempi relativamente brevi.

Obiettivi intermedi e relativi indicatori

- Individuazione dei criteri di fattibilità e praticabilità del Protocollo operativo per l'alimentazione automatica (batch mode) del sistema;
- Formulazione del Piano di Formazione del Personale coinvolto con particolare riguardo a quello operante nei Laboratori di Anatomia Patologica;
- Definizione del Sistema Informativo (SI): *Principi generali, funzioni, soggetti, valutazioni d'efficacia, procedure, variabili di I e II livello, Diritto di accesso, Architettura (descrizione e specifiche)*;
- Adozione del CODICE ETICO e DI COMPORTAMENTO per garantire la tutela dei dati personali.

Obiettivi finali e relativi indicatori alla prima annualità

1. Promuovere la informatizzazione dei laboratori di Anatomia Patologica standardizzando procedure, modalità di refertazione e controlli di qualità;
2. Inizio della Formazione del Personale coinvolto a tutti i livelli;
3. Potenziamento delle banche dati esistenti (SDO, RENCAM regionale e Registri Tumori);
4. Adozione del Sistema Informativo (SI);
5. Sperimentare l'alimentazione automatica (batch mode) del sistema attraverso le banche dati esistenti e il linkage anagrafico legato al paziente superando le criticità individuate.

Risultati attesi

1. alimentazione automatica (batch mode) del sistema attraverso le banche dati esistenti e il linkage anagrafico legato al paziente;
2. transcodifica di tutti i dati: classificazione SNOMED per i referti di Anatomia Patologica, classificazione ICD-IX per le dimissioni ospedaliere e i certificati di morte;

Strategia di comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori

Sono previsti un Convegno Regionale e Corsi di Formazione per gli operatori centrali di sistema, per gli Anatomici Patologi, per le Direzioni Sanitarie dei Presidi e Aziende Ospedaliere e per gli Epidemiologi dei Servizi di Epidemiologia e Prevenzione Territoriali.

Piano Operativo, azioni e tempi	
Attività	mese
Istituzione di un comitato scientifico e di un coordinamento operativo	1
Arruolamento dei laboratori di anatomia patologica rientranti nel territorio selezionato	3
Definizione del sistema informativo	6
Definizione del Piano di formazione degli operatori	6
Sperimentazione del SI	6
Adozione del CODICE ETICO e DI COMPORTAMENTO per garantire la tutela dei dati personali.	6
Inizio del Piano di formazione degli operatori	9
Caricamento record campani anno 2004	9
Transcodifica e linkage all'anagrafico del paziente	12
Convegno di presentazione del Progetto	12
Alimentazione dei database dei Registri dei Tumori di Napoli 4 e di Salerno (dimessi nell'area selezionata)	14
Alimentazione dei database degli Screening Oncologici Regionali (dimessi nell'area selezionata)	14
Alimentazione database del Registro degli Eventi Cardiovascolari e Cerebrovascolari della città di Napoli (dimessi nell'area selezionata)	14
Arruolamento dei laboratori di anatomia patologica regionali	18
Caricamento record altre Regioni (mobilità sanitaria) anno 2004	18
Report ad interim sulla completezza e valutazione dell'andamento del progetto	24
Confronto e alimentazione dei database dei Registri dei Tumori di Napoli 4 e di Salerno	30
Confronto e alimentazione dei database degli Screening Oncologici Regionali	30
Confronto e alimentazione database del Registro degli Eventi Cardiovascolari e Cerebrovascolari della città di Napoli	30
Estensione del Registro degli Eventi Cardiovascolari e Cerebrovascolari all'intera area regionale	30
Convegno di presentazione dei risultati del Progetto	36