

HL7 Italia

www.hl7italia.it

Implementation Guide
Clinical Document Architecture (CDA) Rel. 2

Lettera di Dimissione Ospedaliera *(LDO)*

(IT Realm)

Normativo

Versione 1.1.1

Aprile 2018

HL7® Version 3 Standard, © Health Level Seven®, Int.. All Rights Reserved.
HL7, CDAand Health Level Seven are registered trademarks of Health Level Seven, Int. Reg. U.S. Pat & TM Off

Questo documento[1]

Titolo (dc:title):	**CDA LDO HL7 Italia**
Data (dc:date):	**11/04/2018**
Status/Versione (hl7italia:version):	**v01.1.1 – Normativo**
Sostituisce (dc:relation.replaces):	**V01.0**
Diritti di accesso (dc:right.accessRights)	**Documento pubblico**
Nome File (hl7it:fileName):	**HL7IT-IG_CDA2_LDO-v1.1.1-S.docx**
Approvato da (hl7it:isRatifiedBy):	**Comitato Tecnico Strategico HL7 IT**
Emesso da: (dc:publisher):	**[HL7 Italia]**

Partecipanti alla redazione:

	Nome	**Organizzazione**
Responsabile (hl7it:responsible):	**Marco Devanna**	**CUP 2000 – Regione Emilia Romagna**
Autore (dc:creator):	**Marco Devanna**	**CUP 2000 – Regione Emilia Romagna**
Contributore (dc:contributor):	**Mara Zavalloni**	**CUP 2000 – Regione Emilia Romagna**
Contributore (dc:contributor):	**Gandolfo Miserendino**	**Regione Emilia Romagna**
Contributore (dc:contributor):	**Michele Merlo**	**Regione Emilia Romagna**
Contributore (dc:contributor):	**Guerrini Sara**	**Ministero Economia e Finanza**
Contributore (dc:contributor):	**Giuseppe Cesaretti**	**SOGEI**
Contributore (dc:contributor):	**Teodoro Fristachi**	**SOGEI**
Contributore (dc:contributor):	**Maria Franca Tomassi**	**Regione Liguria**
Contributore (dc:contributor):	**Roberto DeLorenzi**	**Liguria Digitale - Liguria**
Contributore (dc:contributor):	**Francesco Petruzza**	**CSI Piemonte - Piemonte**
Contributore (dc:contributor):	**Roberta Borgo**	**CSI Piemonte - Piemonte**
Contributore (dc:contributor):	**Marco Barbieri**	**CSI Piemonte - Piemonte**
Contributore (dc:contributor):	**Herbert Sarri**	**Regione Piemonte**
Contributore (dc:contributor):	**Claudio Cina**	**IN.VA. – Valle D'Aosta**
Contributore (dc:contributor):	**Luca Augello**	**Lombardia Informatica - Lombardia**
Contributore (dc:contributor):	**Francesca Fecchio**	**Lombardia Informatica - Lombardia**
Contributore (dc:contributor):	**Lucia Brambilla**	**Lombardia Informatica**
Contributore (dc:contributor):	**Cristina Ferri**	**Prov. Aut. Trento**
Contributore (dc:contributor):	**Graziano Piovesan**	**Regione Veneto**
Contributore (dc:contributor):	**Roberta Tessari**	**Regione Veneto**
Contributore (dc:contributor):	**Elena Costa**	**Arsenal.it - Veneto**
Contributore (dc:contributor):	**Stefano Terreni**	**Insiel – Friuli Venezia Giulia**
Contributore (dc:contributor):	**Gerard Mezzetti**	**Insiel – Friuli Venezia Giulia**
Contributore (dc:contributor):	**Alessandra Morelli**	**Regione Toscana**

REGISTRO DELLE MODIFICHE

Versione	**Stato**	**Data**	**Commenti**
1.0	Ballot 01	14/04/2014	Prima emissione ballot
1.0	Ballot 02	20/01/2015	Seconda emissione ballot
1.0	Finale	09/03/2015	Standard
1.1	Ballot 01	31/10/2017	Prima emissione ballot della versione revisionata dal Gruppo2 FSE
1.1	Finale	11/01/2018	Normativo
1.1.1	Finale	11/04/2018	Normativo Corretto esempio per identificativo Presidio di ricovero (codice struttura . subcodice struttura)

[1] I metadati del documento sono conformi allo standard Dublin Core 1.1 (ISO 15836:2003)

Sommario

1 INTRODUZIONE 1
1.1 Scopo del Documento 1
1.2 Contesto di Riferimento 1
1.3 A chi è indirizzato il documento 1
1.4 Contributi 1
1.5 Riferimenti 2
1.6 Uso dei template 2
1.7 Convenzioni 3
1.7.1 Requisiti di Conformità 3
1.7.2 Notazioni specifiche 3
1.7.3 Convenzioni utilizzate 3
1.7.4 Esempi xml 4
1.7.5 OID di test 5
1.8 Propedeuticità 5
1.9 CDA Conformance 5
1.9.1 Responsabilità del "Recipient" 5
1.9.2 Responsabilità dell'"Originator" 6
1.10 Rendering delle informazioni contenute nel documento CDA 7
1.11 Attestazione di conformità 7
1.12 Acronimi e definizioni 8
2 Header CDA del documento di LDO 10
2.1 Root del documento: <ClinicalDocument> 10
2.2 Dominio: <realmCode> 10
2.3 Identificativo CDA2: <typeId> 10
2.4 Identificativo del template HL7: <templateId> 11
2.5 Identificativo del documento: <id> 12
2.6 Codice del documento: <code> 13
2.7 Data di creazione del documento: <effectiveTime> 14
2.8 Riservatezza del documento: <confidentialityCode> 14
2.9 Lingua e dominio: <languageCode> 15
2.10 Versione del documento: <setId> e <versionNumber> 16
2.11 Paziente della lettera: <recordTarget> 18
2.11.1 Paziente soggetto del ricovero: <patientRole> 19
2.11.2 <patient> 23
2.12 Autore della lettera: <author> 25
2.13 Trascrittore della lettera: <dataEnterer> 27
2.14 Conservazione della lettera: <custodian> 29
2.14.1 Organismo Custode 29
2.15 Destinatari di una copia del documento: <informationRecipient> 30
2.16 Firmatario del documento: <legalAuthenticator> 31
2.17 Soggetti partecipanti: <participant> 32
2.18 Ricetta di ricovero: <inFulfillmentOf> 34
2.19 Versionamento del documento: <relatedDocument> 35
2.20 Ricovero di riferimento: <componentOf> 35
2.20.1 Identificativo del ricovero 35
2.20.2 Date di inizio e fine ricovero: <effectiveTime> 36
2.20.3 Unità operativa ed ospedale di dimissione: <healthCareFacility> 37
3 Body CDA del documento di LDO 41
3.1 Sezione Motivo del ricovero 44
3.1.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code> 44
3.1.2 Titolo della sezione: <title> 44
3.1.3 Blocco narrativo: <text> 44

3.1.4 Dettaglio di sezione: <entry> ... 45
3.2 Sezione Inquadramento clinico iniziale ... 48
3.2.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code> ... 48
3.2.2 Titolo della sezione: <title> ... 48
3.2.3 Blocco narrativo: <text> ... 49
3.2.4 Sezione Anamnesi: <section> ... 49
3.2.5 Sezione Esame Obiettivo: <section> ... 50
3.2.6 Sezione Terapia Farmacologica all'Ingresso ... 52
3.3 Sezione Decorso Ospedaliero ... 54
3.3.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code> ... 54
3.3.2 Titolo della sezione: <title> ... 54
3.3.3 Blocco narrativo: <text> ... 54
3.4 Sezione riscontri ed accertamenti significativi ... 56
3.4.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code> ... 56
3.4.2 Titolo della sezione: <title> ... 56
3.4.3 Blocco narrativo: <text> ... 56
3.5 Sezione Procedure eseguite durante il ricovero ... 57
3.5.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code> ... 57
3.5.2 Titolo della sezione: <title> ... 57
3.5.3 Blocco narrativo: <text> ... 57
3.6 Sezione Allergie ... 59
3.6.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code> ... 59
3.6.2 Titolo della sezione: <title> ... 59
3.6.3 Blocco narrativo: <text> ... 59
3.7 Sezione Terapia farmacologica effettuata durante il ricovero ... 61
3.7.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code> ... 61
3.7.2 Titolo della sezione: <title> ... 61
3.7.3 Blocco narrativo: <text> ... 61
3.7.4 Dettaglio di sezione: <entry> ... 62
3.8 Sezione Condizioni del paziente e diagnosi alla dimissione ... 64
3.8.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code> ... 64
3.8.2 Titolo della sezione: <title> ... 64
3.8.3 Blocco narrativo: <text> ... 64
3.8.4 Dettaglio di sezione: <entry> ... 65
3.9 Sezione Terapia farmacologica alla dimissione ... 67
3.9.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code> ... 67
3.9.2 Titolo della sezione: <title> ... 67
3.9.3 Blocco narrativo: <text> ... 67
3.9.4 Dettaglio di sezione: <entry> ... 68
3.10 Sezione Istruzioni di follow-up ... 70
3.10.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code> ... 70
3.10.2 Titolo della sezione: <title> ... 70
3.10.3 Blocco narrativo: <text> ... 70
4 Appendice A: Blocco Narrativo ... 72
4.1 Paragrafo ... 72
4.2 A capo ... 72
4.3 Liste di voci ... 72
4.4 Testo formattato ... 73

1 INTRODUZIONE

1.1 Scopo del Documento

L'obiettivo del presente documento è quello di definire, secondo lo standard HL7 CDA Rel 2.0, una guida all'implementazione per il CDA della Lettera di dimissione Ospedaliera valida nel contesto Italiano.

1.2 Contesto di Riferimento

Il documento in oggetto è la localizzazione Italiana delle specifiche per l'implementazione del documento clinico –Lettera di Dimissione Ospedaliera secondo lo standard HL7 v.3 – CDA Rel. 2. Tale documento intende fornire un supporto alla creazione di un Header e di un Body CDA strutturato per la tipologia di documento clinico in oggetto al fine di facilitare lo scambio di informazioni fra i vari attori che concorrono ai percorsi di cura dei pazienti.
La lettera di dimissione è un documento che viene rilasciato al paziente al termine di una fase di ricovero ospedaliero e contiene le indicazioni per gli eventuali controlli o terapie da effettuare. Questo documento contiene le principali informazioni inerenti al passaggio di cura dal contesto ospedaliero a quello territoriale. Le informazioni contenute nel documento sono destinate al medico che seguirà il paziente successivamente. Una copia della lettera viene inviata anche al medico di famiglia, al prescrittore del trattamento o a eventuali altri istituti di cura interessati nel percorso diagnostico-terapeutico.
La responsabilità della corretta compilazione della lettera di dimissione compete al medico responsabile della dimissione e la LDO DEVE riportare l'identificazione di detto medico e la sua firma.

1.3 A chi è indirizzato il documento

Il presente documento è il punto di riferimento per le fasi di progettazione e di sviluppo di un sistema che si basa sullo standard HL7 CDA R2.
I destinatari del documento sono gli analisti e gli sviluppatori con pieno possesso della terminologia e metodologia dello standard HL7 V3 ed in particolare del contenuto della specifica internazionale "HL7 Clinical Document Architecture, Release 2.0" (vedi Rif. 8).

1.4 Contributi

Al fine di accelerare il processo di predisposizione delle piattaforme FSE regionali, nel dicembre 2013 è stato istituito un Tavolo Tecnico, coordinato dall'AgID e dal Ministero della salute, nel quale sono stati coinvolti attivamente i rappresentanti delle regioni, del Ministero dell'economia e delle finanze, il CNR e il CISIS, per analizzare gli aspetti tecnici, normativi e procedurali e disegnare gli scenari di riferimento nella progettazione dell'intervento.

Al fine di avviare l'interoperabilità dei Fascicoli Sanitari Elettronici, il Tavolo Tecnico ha dato mandato ad alcune regioni di coordinare 9 gruppi di lavoro per la definizione dei contenuti informativi e delle specifiche CDA2 dei documenti ritenuti strategici all'interoperabilità dei Fascicoli Sanitari Elettronici tra le regioni.

Il documento Lettera di Dimissione Ospedaliera rientra tra i documenti clinici oggetto del lavoro del Gruppo 2.

© HL7 Italia 2018

Il Gruppo ha avviato le attività partendo dalle specifiche HL7 Italia del 2015, revisionandone il contenuto per adeguarlo al dataset individuato.

La presente versione del documento tra origine dal documento "HL7 Italia Implementation Guide per CDA R2 – Lettera di Dimissione Ospedaliera" ver 1.0, la quale è stata opportunamente emendata allo scopo di soddisfare i requisiti individuati nel deliverable del Gruppo 2 relativo al contenuto informativo della LDO.

Partecipanti alla redazione della versione originale:

	Nome	Organizzazione
Responsabile (hl7it:responsible):	Stefano Dalmiani	Fondazione CNR/Regione Toscana "Gabriele Monasterio"
Autore (dc:creator):	Stefano Dalmiani	Fondazione CNR/Regione Toscana "Gabriele Monasterio"
Contributore (dc:contributor):	Luca Augello	Lombardia Informatica
Contributore (dc:contributor):	Valeria Burchielli	
Contributore (dc:contributor):	Renato Calamai	eHealthTech
Contributore (dc:contributor):	Mario Ciampi	ICAR CNR
Contributore (dc:contributor):	Marco Devanna	CUP 2000
Contributore (dc:contributor):	Mauro Giacomini	UNIGE
Contributore (dc:contributor):	Federica Sandri	ARSENAL
Contributore (dc:contributor):	Elena Vio	ARSENAL

1.5 Riferimenti

Rif. 1. HL7 Clinical Document Architecture, Release 2- 4/21/2005.
Rif. 2. HL7 Version 3 Publishing Facilitator's Guide.
Rif. 3. HL7 OID, http://www.hl7.org/oid/index.cfm.
Rif. 4. HL7 Version 3 Standard: XML Implementation Technology Specification - Data Types, R1 4/8/2004.
Rif. 5. Identificazione OID HL7 Italia, Versione 2.0, 26/05/2009.
Rif. 6. Dominio AMPRPA Person Topic: Specifica di Localizzazione Italiana V 1.0.
Rif. 7. Dominio AMPRPA Patient Topic: Specifica di Localizzazione Italiana V 1.0.
Rif. 8. Linee Guida per la Localizzazione HL7 Header CDA Rel. 2 (IT Realm) V. 2.0.

1.6 Uso dei template

I template definiscono modelli a livello di documento, section, clinical statement ed entry, che specificano ulteriori vincoli al modello standard del CDA.

I template sono identificati da un templateId con OID valido, che indica che il documento, section, clinical statement o entry identificato, non solo è conforme ai requisiti del CDA, ma è anche alle specifiche identificate dal template stesso.
La raccolta di singoli vincoli, e l'assegnazione di un identificativo unico al template, fornisce un meccanismo semplice per asserire la conformità con i suddetti vincoli.
Questo è un "open" template, che significa che in aggiunta agli elementi (sezioni, entry,.) opzionali o richiesti definiti da questo template, un implementatore, od una organizzazione (e.g. regione) che vuole ulteriormente profilare questo template, può aggiungere nuovi elementi in base alle proprie necessità, in conformità con le specifiche definite dallo Standard HL7 CDA R2.

1.7 Convenzioni

Nel presente documento sono adottate le convenzioni descritte nei paragrafi seguenti.

1.7.1 Requisiti di Conformità

I requisiti di conformità presenti in questa guida sono espressi come segue.

CONF-LDO-NNN: Requisito di conformità numero NNN

I vincoli LDO su CDA sono espressi in un formalismo "technology-neutral" che definisce I requisiti di conformance per le istanze LDO. Ci sono molti modi per aiutare la verifica che un'istanza soddisfi questi requisiti di conformance: quali per esempio la validazione tramite schematron.

1.7.2 Notazioni specifiche

Nel documento vengono utilizzate le seguenti notazioni specifiche:

- i valori costanti assunti dagli attributi sono indicati in *font* ***grassetto corsivo***;
- le classi, gli elementi e le componenti degli elementi del modello CDA sono indicati con font *corsivo*.

1.7.3 Convenzioni utilizzate

Nella definizione dei requisiti, delle specifiche e delle regole descritte nei documenti sono utilizzate le parole chiave **DEVE**, **NON DEVE**, **OBBLIGATORIO**, **VIETATO**, **DOVREBBE**, **CONSIGLIATO**, **NON DOVREBBE**, **SCONSIGLIATO**, **PUÒ**, **OPZIONALE** che devono essere interpretate in conformità con RFC2119[2].

In particolare:

- **DEVE**, **OBBLIGATORIO**, **NECESSARIO** (**MUST**, **REQUIRED**, **SHALL**) significano che la definizione è un requisito assoluto, la specifica deve essere implementata, la consegna è inderogabile.
- **NON DEVE**, **VIETATO** (**MUST NOT**, **SHALL NOT**) significano che c'è proibizione assoluta di implementazione di un determinato elemento di specifica.
- **DOVREBBE**, **CONSIGLIATO** (**SHOULD**, **RECOMMENDED**) significano che in particolari circostanze possono esistere validi motivi per ignorare un requisito, non

[2] Vedi: http://www.ietf.org/rfc/rfc2119.txt

implementare una specifica, derogare alla consegna, ma che occorre esaminare e valutare con attenzione le implicazioni correlate alla scelta.

- **NON DOVREBBE**, **SCONSIGLIATO** (**SHOULD NOT**, **NOT RECOMMENDED**) significano che in particolari circostanze possono esistere validi motivi per cui un elemento di specifica è accettabile o persino utile, ma, prima di implementarlo, le implicazioni correlate dovrebbero essere esaminate e valutate con attenzione.
- **PUÒ**, **OPZIONALE** (**MAY**, **OPTIONAL**) significano che un elemento della specifica è a implementazione facoltativa.

Le parole chiave nel testo sono segnalate in maiuscolo e neretto (es. **"DEVE").**

Per ciò che concerne i vincoli sui vocabolari il formalismo adottato è basato sulle ultime raccomandazioni del HL7 Vocabulary Committee. I vincoli sui Value set possono essere "STATIC," che significa che sono vincolati ad una specifica versione del value set, o "DYNAMIC," che significa che sono vincolati alla più recente versione del value set. Si usa un formalismo semplificato quando il binding è riferito ad un singolo codice.

Qualora non sia stato specificato altrimenti nell'asserzione di conformità, o non previsto dal modello del CDA , si assume che gli elementi/attributi possano essere sempre valorizzati con i nullFlavor. In pratica la specifica di un particolare binding con un value set in una asserzione di conformità (e.g l'elemento .. DEVE essere derivato dal Value Set …), non preclude l'uso del nullFlavor per quel particolare elemento, se non altrimenti specificato.

1.7.4 Esempi xml

Gli esempi xml saranno riportati nel documento in calibri font 11. In alcuni casi alcune porzioni degli xml di esempio potranno essere omesse per semplicità, in tal caso si utilizzerà la notazione seguente:

```
<ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3">
…
</ClinicalDocument>
```

In accordo, nel testo, elementi di strutture XML sono formattati nello stesso stile (ad es.: **<typeId>**) usato per il testo nella box per le strutture XML.
Per quanto riguarda la descrizione del valore degli attributi degli elementi, è utilizzata la notazione **[..]** o la notazione **[MNEMONIC]**, per indicare valori o parti di valori che sono variabili dipendenti dal contesto di utilizzo o generazione, ad esempio i riferimenti ad un anagrafe regionale **[ANAG.REG.OPT]** dipende dalla regione in cui il CDA viene generato, oppure riferimenti ad istanze del documento che contengono il codice fiscale di un medico o di un paziente **[CF.MEDICO]** o **[CF.PAZIENTE].**
Ad esempio, di seguito **[ANAG.REG.OPT]** è utilizzato per indicare una porzione del codice **OID** assegnato ad una regione e che identifica l'anagrafica regionale degli operatori a cui il codice riportato nell'attributo **extension** si riferisce:

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.[ANAG.REG.OPT]"
    extension="[CODICE REGIONALE]"/>
```

1.7.5 OID di test

Si osserva che tutti gli OID relativi al "ramo" "99" sono OID non permanenti usati solo a titolo esemplificativo per test e/o debugging, non devono pertanto essere utilizzati nella produzione di istanze di documenti CDA.

1.8 Propedeuticità

Per la lettura di questa guida si assume che il lettore abbia conoscenza dello standard HL7 V3, in particolare del CDA Release 2, ed accesso alle relative specifiche[3].

1.9 CDA Conformance

Nel presente paragrafo viene riportato un estratto della specifica CDA R2 relativo alle conformance riguardanti in particolare le responsabilità degli Application Role "Originator" e "Recipient" per quanto concerne il rendering.
La verifica di conformità allo standard CDA R2 di un'istanza xml che rappresenta un documento clinico, viene validata attraverso lo schema xsd messo a disposizione dallo standard (CDA.xsd) .
La validazione attraverso lo schema tuttavia, non fornisce alcun tipo di informazione sul modo in cui i dati contenuti nel documento CDA vengono visualizzati (rendering). Di fatto la specifica CDA R2 non prevede limitazione specifiche riguardanti il rendering del documento, bensì definisce delle responsabilità agli attori (Application Role) che si scambiano un documento CDA.
Riportiamo di seguito quanto citato dalla specifica relativamente alle responsabilità degli attori così definiti (vedi CDA Conformance paragrafo 1.3 in "HL7 Clinical Document Architecture, Release 2- 4/21/2005"):

- "Recipient". Application Role che riceve documenti in formato CDA R2 da un sistema che li genera e che ne garantisce la conformità;
- "Originator". Application Role che crea i documenti CDA R2 sia attraverso una trasformazione da formati diversi che direttamente come output da un'applicazione o da un sistema nativo.

Si osserva che è comunque possibile per gli applicativi che si scambiano documenti CDA estendere le responsabilità degli Application Role a livello locale.

1.9.1 Responsabilità del "*Recipient*"

- ***Header CDA***: un "*Recipient*" di documenti CDA deve essere in grado di effettuare il parsing e l'interpretazione di tutto il contenuto informativo dell'Header CDA. Per quanto concerne il rendering dell'Header del documento CDA, le applicazioni potrebbero scegliere di visualizzare dei dati anagrafici oppure altri dati contenuti nel CDA Header ed è per questo motivo che l'implementazione del rendering del documento CDA Header è a discrezione del "*Recipient*". Il rendering del documento CDA Header può dipendere anche dagli obiettivi di business dei singoli applicativi (es. organizzazione di un fascicolo sanitario elettronico, costruzione di un repository di dati clinici anonimi; etc). Si osserva che, laddove l'applicazione che origina i documenti CDA, vuole suggerire un particolare rendering, allora essa

[3] Le specifiche sono accessibili gratuitamente per tutti i soci di HL7 o di una sua affiliata (HL7 Italia www.hl7italia.it)

includerà assieme al documento scambiato, uno o più xml style sheet. Comunque l'uso di questi style sheet è a discrezione del "Recipient".

- ***Body CDA Livello 2***: un "*Recipient*" di documenti CDA deve essere in grado di effettuare il parsing e l'interpretazione del Body CDA per garantire il rendering delle informazioni contenute nel Body a partire dall'applicazione di queste regole:
    - Se il CDA Body è di tipo strutturato, allora deve essere effettuato il rendering dell'etichetta della section che, per convenzione, viene inserita nell'elemento Section.title. L'assenza del Section.title implica che la section non è etichettata;
    - Se il CDA Body è di tipo strutturato, allora deve essere effettuato il rendering del contenuto dell'elemento Section.text secondo le regole definite dallo schema (NarrativeBlock.xsd) che definiscono la cosiddetta Section Narrative Block (es. interpretazione degli elementi che vengono utilizzati all'interno della Section.text per la formattazione del testo come ad esempio <br>, <table>, <list>, etc. e per i riferimenti alla parte Machine Readable del Body come per esempio <renderMultiMedia>, etc.).
- ***Body CDA Livello 3*** (CDA Entry): ad un "*Recipient*" di documenti CDA non è richiesto di effettuare il parsing e l'interpretazione completa delle Entry contenute nel Body CDA. Si osserva che è possibile per gli applicativi che si scambiano documenti CDA, estendere le responsabilità degli *Application Role* a livello locale, in modo tale da interpretare alcune particolari Entry.

1.9.2 Responsabilità dell'"*Originator*"

- ***Correttezza della struttura del CDA Narrative Block***: un "Originator" di documenti CDA deve assicurare che quella particolare porzione del Body del documento CDA afferente al Narrative Block, venga strutturata in modo tale che il "Recipient" sia in grado di effettuare il rendering del documento in aderenza alle proprie responsabilità (vedi "Recipient"). Questo si traduce nelle seguenti regole:
    - Se il CDA Body è di tipo strutturato, l'etichetta della section deve, per convenzione, essere gestita nell'elemento Section.title. L'assenza del Section.title implica che la section non è etichettata;
    - Se il CDA Body è di tipo strutturato, la parte narrative della section deve essere gestita nell'elemento Section.text, anche se alcune informazioni sono riportate nelle Entry del CDA. I riferimenti multimediali all'interno del Narrative Block devono essere corrisposti dalle Entry di tipo ObservationMedia e/o di tipo RegionOfInterest.
    - Se il CDA Body è di tipo strutturato, il contenuto dell'elemento Section.text deve essere generato a partire dalle regole definite per la generazione della Section Narrative Block (NarrativeBlock.xsd – vedi paragrafo 4.3.5 in "HL7 Clinical Document Architecture, Release 2- 4/21/2005")

Codifica del Narrative Block in CDA entry: Ad un "Originator" di documenti CDA non è richiesto di codificare tutto il contenuto informativo del Narrative Block in CDA Entry all'interno del CDA Body.

1.10 Rendering delle informazioni contenute nel documento CDA

Per quanto concerne le modalità di generazione del rendering del CDA della Lettera di Dimissione Ospedaliera, questa guida suggerisce di prendere come riferimento le responsabilità degli Application Role definite in 1.9 - CDA Conformance.

1.11 Attestazione di conformità

La conformità di un documento CDA alle specifiche ed ai vincoli definiti in questa guida per gli elementi dell'Header e del Body, è attestata dal produttore della Lettera di Dimissione Ospedaliera utilizzando il meccanismo previsto da HL7 che associa ad un template/Implementation Guide un identificativo unico, pubblicamente riconosciuto.

Tale Identificativo per questa guida è: *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.5*
L'indicazione di conformità rispetto ad un template implica non solo l'aderenza alle specifiche della guida ma anche a quelle del CDA.

Per attestare l'aderenza di un documento CDA alle specifiche di questa guida, si dovrà utilizzare l'elemento ***templateId*** come segue:

```
<ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3">
      <typeId extension="POCD_HD000040" root="2.16.840.1.113883.1.3"/>
      <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.5"/>
      …
</ClinicalDocument>
```

L'attestazione di conformità può essere fatta non solo a livello di intero documento, ma anche a livello di "modulo" (sezione, clinical stetements, entry) all'interno del documento stesso. Anche in questo caso l'attestazione avviene tramite riferimento ad un identificativo che indica l'aderenza del modulo ad uno specifico pattern (i.e un insieme di vincoli e specifiche per il suddetto modulo).

Per attestare l'aderenza di un "modulo" alle specifiche di questa guida, si dovrà utilizzare l'elemento ***templateId*** come segue:

```
<section>
      <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.99.99"/>
      …
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
      <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.99.99.99"/>
      …
      </observation>
</section>
```

1.12 Acronimi e definizioni

Acronimo	Termine	Descrizione
ANSI	American National Standards Institute	Organizzazione che promuove standard per gli Stati Uniti.
ASL	Azienda Sanitaria Locale	Ente regionale che gestisce le prestazioni sanitarie.
CDA	Clinical Document Architecture	Standard specificato da HL7 che specifica come strutturare un documento clinico.
ENI	Europeo Non Iscritto	Codice identificativo di un cittadino straniero europeo non iscritto al SSN rilasciato da una Regione.
HL7	Health Level 7	Organizzazione internazionale impegnata nello sviluppo di standard internazionali nel settore sanitario, allo scopo di consentire la condivisione e l'integrazione di informazioni cliniche.
ISO	International Organization for Standardization	Organizzazione internazionale per la definizione di norme tecniche.
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica	Istituto Nazionale di Statistica
IUD	Identificativo Unico del Documento	Identificatore utilizzato per individuare univocamente un documento all'interno del dominio di identificazione (e.g. ASL, Azienda Ospedaliera,…)
IURD	Identificativo Unico della Revisione del Documento	Identificativo Unico della Revisione del documento all'interno del dominio di identificazione.
LDO	Lettera di Dimissione Ospedaliera	Documento sanitario rilasciato al paziente all'atto della dimissione.
LOINC	Logical Observation Identifiers Names and Codes	Standard per la nomenclatura e codifica di indagini di laboratorio ed osservazioni cliniche.
MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze	Ministero dell'Economia e delle Finanze.
OID	Object IDentifier	Identificatore utilizzato per etichettare univocamente un oggetto. Strutturalmente, gli OID sono associati tra di loro in maniera tale da formare un albero all'interno di un namespace.
OIDnazionale	ISO Object Identifier di HL7 Italia (2.16.840.1.113883.2.9)	
RIM HL7	Reference Information Model HL7	Modello Informativo della versione 3 di HL7 che specifica il contenuto dei dati necessari in specifici contesti clinici o amministrativi.

Acronimo	Termine	Descrizione
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale	Struttura non ospedaliera che ospita persone non autosufficienti.
SSN	Servizio Sanitario Nazionale	Servizio pubblico che assicura la tutela della salute e l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini italianie stranieri.
STP	Straniero Temporaneamente Presente	Codice identificativo di un cittadino straniero rilasciato da qualsiasi Azienda Sanitaria.
XML	eXtensible Markup Language	Metalinguaggio di markup, sviluppato da W3G, costituito da elementi, o tag, bilanciati e organizzati in maniera gerarchica, contenenti eventualmente del testo. Ogni elemento può comprendere degli attributi, i quali forniscono informazioni addizionali sugli elementi stessi.
XSD	XML Schema Definition	Linguaggio di descrizione del contenuto di un file XML gestito da W3C.

Tabella 1: Acronimi e definizioni

2 Header CDA del documento di LDO

Nell'header del CDA sono riportate le informazioni gestionali del documento, quali: la data ed ora di emissione, il paziente a cui si riferisce, il medico autore, la corsia di dimissione, ecc.

2.1 Root del documento: <ClinicalDocument>

Elemento root per la struttura XML che rappresenta il documento CDA. Ogni documento CDA DEVE iniziare con questo elemento, che comprende gli attributi speciali *xsi:schemaLocation, xmlns* e *xmlsn:xsi*, i quali specificano il riferimento ad un namespace esterno, come esemplificato nel codice XML seguente:

```
<ClinicalDocument xsi:schemaLocation="urn:hl7-org:v3 CDA.xsd"
                  xmlns="urn:hl7-org:v3"
                  xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
```

2.2 Dominio: <realmCode>

Elemento OBBLIGATORIO che indica il dominio di appartenenza del documento.
Più precisamente, indica l'esistenza di una serie di restrizioni applicate per il dominio ITALIANO allo standard HL7–CDA Rel. 2.0.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	cs	"IT"	Definisce l'id di contesto per l'Italia.

codice XML corrispondente:

```
<realmCode code="IT"/>
```

CONF-LDO-1: Il documento **DEVE** contenere un elemento *realmCode* con valore dell'attributo *code* uguale a "***IT***".

2.3 Identificativo CDA2: <typeId>

È un elemento OBBLIGATORIO che indica che il documento è strutturato secondo le specifiche HL7-CDA Rel 2.0.
L'elemento <*typeId*> rappresenta un identificatore univoco (di tipo HL7 Instance Identifier) ed è composto dagli attributi seguenti.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.1.3"	Object Identifier di HL7 per i modelli registrati.
extension	ST	"POCD_HD000040"	Codifica identificativa del "CDA Release Two Hierarchical Description" che è lo schema che contiene la gerarchia delle classi di un documento CDA.

codice XML corrispondente:

```
<typeId root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="POCD_HD000040"/>
```

CONF-LDO-2: La componente root dell'elemento *ClinicalDocument/typeId* **DEVE** assumere il valore costante ***2.16.840.1.113883.1.3***.

CONF-LDO-3: La componente extension dell'elemento *ClinicalDocument/typeId* **DEVE** assumere il valore costante ***POCD_HD000040***

2.4 Identificativo del template HL7: <templateId>

Elemento OBBLIGATORIO che indica il template di riferimento per il documento CDA.
L'elemento <*templateId*> (di tipo HL7 Instance Identifier) è composto da un attributo *root* che riporta un codice OID, un attributo *extension* che riporta un codice specifico.
I template possono essere utilizzati per individuare, in relazione alla tipologia di documento espresso dall'elemento <*code*>, vedi più avanti paragrafo 2.6, un insieme di restrizioni/linee guida da applicare all'intero documento o ad una specifica sezione dello stesso.
Nel caso specifico, dal momento che l'elemento <*code*> indica il codice relativo al documento di "Lettera di Dimissione Ospedaliera", l'elemento <*templateId*> identificherà la specifica versione del template che dovrebbe essere utilizzata dal document consumer per la validazione del documento corrente.
L'elemento <*templateId*> può, in questo contesto, permettere la progressiva evoluzione dei modelli di documento CDA utilizzati.
L'elemento <*templateId*> rappresenta un identificatore univoco ed è composto dagli attributi seguenti.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.10.1.5"	Radice del template Lettera di dimissione per HI7 Italia.
extension	ST	"201710"	Identificativo del template descritto nel presente documento.

Esempio di utilizzo:

```
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.10.1.5" extension=”201710” />
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.10.99"
            extension="Versione template regionale"/>
```

Cambiando la versione del *template* viene modificata la cifra dell'attributo *extension* e non dell'attributo *root*.
L'attributo *extension* è rappresentativo della specifica versione del template di riferimento.

CONF-LDO-4: Il documento **DEVE** contenere almeno un elemento templateId con valore dell'attributo root valorizzato con "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.5".

CONF-LDO-5: Il documento **PUO'**contenere almeno un elemento templateId con valore dell'attributo extension valorizzato con "201710".

2.5 Identificativo del documento: <id>

Elemento OBBLIGATORIO che identifica univocamente l'istanza di ogni documento CDA.
L'elemento *<id>* è un valore del tipo HL7 "Instance Identifier" ed è composto in generale da un attributo *root* che riporta un codice OID, un attributo *extension* che riporta un codice specifico ed un attributo con il nome dell'organizzazione che è responsabile della identificazione posta nel campo *extension*.
Ogni singola istanza di documento CDA (Singola lettera di dimissione) DEVE essere dotata di un IDENTIFICATIVO UNIVERSALMENTE UNIVOCO, che andrà specificato nell'elemento *<id>* del documento.
L'assegnazione ad ogni entità generatrice di documenti di un nodo OID, a cui riferirsi per generare sequenze univoche di identificatori, garantisce l'unicità dei documenti.
L'elemento *<id>* è composto dagli attributi seguenti:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID DOMINIO IDENTIFICAZIONE DOCUMENTI]	Identificativo univoco del dominio di indentificazione dei documenti. Tale identificativo – riconosciuto pubblicamente - garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale.
extension	ST	[IUD]	Identificativo univoco documento. Generato dal client dell'autore secondo regole condivise, in modo da evitare collisioni all'interno del medesimo dominio di competenza (es. ASL/AO/Regione di competenza).
assigningAuthorityName	ST	[NOME AUTORITA' DI COMPETENZA]	Nome dell'autorità responsabile del dominio di identificazione dei documenti (es. ASL/AO/Regione di competenza).

Esempio di utilizzo:

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.90907"
    extension="HMS.LDO.20140228.123456"
    assigningAuthorityName="FTGM Sistema HMS"/>
```

CONF-LDO-6: Il documento **DEVE** contenere uno e non più di un elemento *ClinicalDocument/id*.

CONF-LDO-7: L'elemento *ClinicalDocument/id* **DEVE** riportare l'attributo *root* valorizzato con un identificativo – riconosciuto pubblicamente – che **DEVE** garantire l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale, l'attributo *extension* che contiene l'identificativo dell'*id* all'interno del dominio di identificazione.

CONF-LDO-8: L'elemento *ClinicalDocument/id* **DOVREBBE** riportare l'attributo *assigningAuthorityName* valorizzato con il nome descrittivo assegnato alla struttura responsabile del dominio di identificazione del documento .

2.6 Codice del documento: *<code>*

Elemento OBBLIGATORIO che indica la tipologia di documento.
L'elemento *<code>* riporta un codice che identifica la tipologia di documento a cui il CDA si riferisce (prescrizione, tipologia referto, lettera di dimissione, patient summary).
Il valore DEVE fare riferimento al sistema di codifica LOINC.
Nel seguito si farà esplicito riferimento al sistema di codifica LOINC. In particolare, si dovrà utilizzare il codice LOINC "34105-7" - Discharge Summarization Note, Setting=HOSPITAL - per identificare il documento clinico strutturato Lettera di Dimissione Ospedaliera (LDO).

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del sistema di codifica dei codici di documento LOINC.
code	cs	"34105-7"	Codice relativo alla tipologia di documento trattata (LDO).
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario.
codeSystemVersion	ST	[Versione Loinc]	Versione del vocabolario.
displayName	ST	"Lettera di dimissione ospedaliera"	Nome o titolo descrittivo del codice con cui è visualizzato dal sistema all'utente.

Esempio di utilizzo:

```
<code code="34105-7"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
      displayName="Lettera di dimissione ospedaliera"/>
```

CONF-LDO-9: Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *ClinicalDocument/code*.

CONF-LDO-10: L'elemento *ClinicalDocument/code* **DEVE** riportare l'attributo **code** valorizzato con "**34105-7**"

CONF-LDO-11: L'elemento *ClinicalDocument/code* **DEVE** riportare l'attributo codeSystem valorizzato con "**2.16.840.1.113883.6.1**".

CONF-LDO-12: L'elemento *ClinicalDocument/code* **DEVE** riportare l'attributo codeSystemName valorizzato con "**LOINC**".

CONF-LDO-13: L'elemento **ClinicalDocument/code DOVREBBE** riportare l'attributo codeSystemVersion valorizzato con la verisone di LOINC usata.

CONF-LDO-14: L'elemento ClinicalDocument/code **DEVE** riportare l'attributo displayName valorizzato rispettivamente con "Lettera di dimissione ospedaliera".

2.7 Data di creazione del documento: <effectiveTime>

Elemento OBBLIGATORIO che indica la data di creazione del documento CDA. L'elemento *<effectiveTime>* rappresenta un codice temporale, che deve essere valorizzato attraverso un tipo Time Stamp (*TS*), come presentato di seguito. Tale valore deve essere quello del client utilizzato dal *document source*, opportunamente certificato.
Nel caso del lettera di dimissione ospedaliera, l'elemento deve essere valorizzato tramite un tipo Time Stamp (TS) come presentato di seguito:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
value	TS	[YYYYMMDDHHMMSS+|-ZZZZ]	Anno, mese, giorno, ora, minuti, secondi. Le ore devono essere riportate nell'intervallo 00:00:00 - 23:59:59. ZZZZ rappresenta l'offset rispetto al tempo di Greenwich (GMT – Greenwich Mean Time). Il valore dell'offset dipenderà dalle impostazioni di ora legale; per l'Italia potrà variare fra ZZZZ valorizzato con +0100 oppure +0200 (nel caso di ora legale).

Esempio di utilizzo:

```
<effectiveTime value="20050729183023+0100"/>
```

CONF-LDO-15: Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *ClinicalDocument/effectiveTime*.

CONF-LDO-16: L'elemento *ClinicalDocument/effectiveTime* **DEVE** riportare l'attributo *value* valorizzato nel formato [YYYYMMDDHHMMSS+|-ZZZZ] ed una lunghezza uguale a 19.

2.8 Riservatezza del documento: <confidentialityCode>

Elemento OBBLIGATORIO che specifica il livello di riservatezza del documento.
L'elemento *<confidentialityCode>* riporta un codice che identifica il livello di confidenzialità del documento CDA secondo la codifica di "Confidentiality" di HL7 definito dal seguente vocabolario:

Codice	Definizione
N (normal)	Regole normali di confidenzialità (secondo le buone e corrette pratiche mediche). Ad esempio: Il paziente o suoi tutori/delegati possono sempre accedere al documento, o Solo gli operatori autorizzati per scopi medici o sanitari, all'interno di un mandato assistenziale o di un consenso specifico, possono accedere al documento.
R (restricted)	Accesso ristretto soltanto al personale medico o sanitario che ha un mandato di cura attivo in relazione al documento (ad esempio un referto di una indagine richiesta per un percorso

	diagnostico può essere visualizzato dal medico richiedente o curante)
V (very restricted)	Accesso Molto Ristretto, come dichiarato dal Referente Privacy dell'erogatore del servizion sanitario. Questa voce è in corso di definizione, si può interpretare come accessibile solo al paziente e suoi tutori/delegati e dal medico autore del referto.

Nel caso della lettera di dimissione, l'elemento deve essere valorizzato nel modo seguente:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.5.25"	OID codifica.
code	ST	"N", "R", "V"	Regole di riservatezza.
codeSystemName	ST	"Confidentiality"	Nome della codifica.

Esempio di utilizzo:

```
<confidentialityCode code="N"
                     codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25"
                     codeSystemName="Confidentiality"/>
```

CONF-LDO-17: Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *ClinicalDocument/confidentialityCode*.

CONF-LDO-18: L'elemento *ClinicalDocument/confidentialityCode* **DEVE** riportare l'attributo *code* valorizzato con uno dei valori "**N**" or "**R**" or "**V**", l'attributo *codeSystem* valorizzato con "**2.16.840.1.113883.5.25**", l'attributo *codeSystemName* valorizzato con "**Confidentiality**".

2.9 Lingua e dominio: <languageCode>

Elemento OBBLIGATORIO che indica la lingua in cui è redatto il documento.
L'elemento *<languageCode>* rappresenta un codice conforme alle specifiche dell'***IETF (Internet Engineering Task Force) RFC 3066 (OID:2.16.840.1.113883.6.121).***
Nel caso di lettera di dimissione ospedaliera, l'elemento DEVE essere così valorizzato:

Composizione di *<languageCode>*:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"it-IT"	Identificativo del nome della lingua.

Esempio di utilizzo:

```
<languageCode code="it-IT"/>
```

CONF-LDO-19: Il documento **DEVE** contenere uno e non più di un elemento *ClinicalDocument/languageCode*.

CONF-LDO-20: L'elemento *ClinicalDocument/languageCode* **DEVE** riportare l'attributo code valorizzato con "it-IT".

2.10 Versione del documento: <setId> e <versionNumber>

Elementi OBBLIGATORI[4] che consentono di gestire le revisioni del documento, od eventuali addendum integrativi.
Nel caso di sostituzione del documento, l'elemento *<setId>* ha un valore costante tra le diverse versioni del medesimo documento, mentre l'elemento *<versionNumber>* cambia al variare della revisione.
Tutte le nuove versioni del documento devono avere un *<id>* univoco e diverso da quello delle versioni precedenti ed un *<setId>* uguale a quello definito nel primo documento pubblicato.
Il nuovo documento può comprendere un elemento *<relatedDocument>* che punta al documento sostituito.
Anche l'elemento *<setId>*, come l'elemento *<id>*, deve essere globalmente unico. E' CONSIGLIATO, pertanto, valorizzare, alla prima creazione del documento, i campi *<setId>* e *<id>* allo stesso modo, modificando successivamente nelle diverse revisioni solo l'elemento *<id>* con un nuovo IUD e lasciando costante il valore dell'elemento *<setId>*.

Nel caso di addendum integrativo al documento, questo deve avere un *<id>* univoco e diverso da quello dei documenti precedenti associati, l'elemento *<setId>* assume un nuovo valore rispetto al documento iniziale, mentre l'elemento *<versionNumber>* riparte per ciascun addendum.
Il nuovo documento addendum può comprendere un elemento *<relatedDocument>* che punta al documento iniziale.

L'elemento *<setId>* è composto dagli attributi seguenti:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID DOMINIO IDENTIFICAZIONE DOCUMENTI]	Identificativo univoco del dominio di indentificazione dei documenti. Tale identificativo – riconosciuto pubblicamente - garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale.
extension	ST	[IURD]	Identificativo Unico della Revisione del documento all'interno del dominio di identificazione. Generato dal client dell'autore secondo regole condivise all'interno del dominio di competenza (definito dal root) in maniera tale da assicurare l'univocità di tale attributo all'interno del medesimo dominio.
assigningAuthorityName	ST	[NOME AUTORITA' DI COMPETENZA]	Nome dell'autorità responsabile del dominio di identificazione dei documenti (es. ASL/AO/Regione di competenza).

[4] *<setId>* e *<versionNumber>* sono, secondo lo standard CDA, elementi opzionali, o meglio, condizionalmente obbligatori.

<versionNumber> è composto dagli attributi seguenti:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
value	INT	[VERSIONE DOCUMENTO]	Ad ogni successiva versione del documento, in caso di sostituzione, tale numero deve essere incrementato di una unità (partendo da 1).

Esempio di utilizzo:

```
<setId root="2.16.840.1.113883.2.9.2.99.4.4"
       extension="204.1234.20070327120000.DW322"
       assigningAuthorityName="[NOME STRUTTURA]"/>
<versionNumber value="1"/>
```

CONF-LDO-21: Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *ClinicalDocument/setId*.

CONF-LDO-22: L'elemento *ClinicalDocument/setId* **DEVE** riportare l'attributo *root* valorizzato con un *OID* assegnato alla struttura di riferimento del documento (ad es. struttura di ricovero o ASL/AO/Regione), l'attributo *extension* valorizzato con un identificativo unico all'interno del dominio di identificazione.

CONF-LDO-23: L'elemento *ClinicalDocument/setId* **DOVREBBE** riportare l'attributo *assigningAuthorityName* valorizzato con il nome descrittivo assegnato alla struttura di riferimento del documento a cui l'OID della *root* fa riferimento.

CONF-LDO-24: Se l'elemento ClinicalDocument/relatedDocument manca, l'elemento ClinicalDocument/setId **DEVE** riportare l'attributo *root* valorizzato come *ClinicalDocument/id[@root]*, l'attributo *extension* valorizzato come *ClinicalDocument/id[@extension]*, l'attributo *assigningAuthorityName* valorizzato come *ClinicalDocument/id[@assigningAuthorityName]*.

CONF-LDO-25: Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *ClinicalDocument/versionNumber* valorizzato con un intero positivo a partire dal numero **1**. La progressione delle versioni incrementerà il numero di versione di 1 (sequenza delle versioni densa).

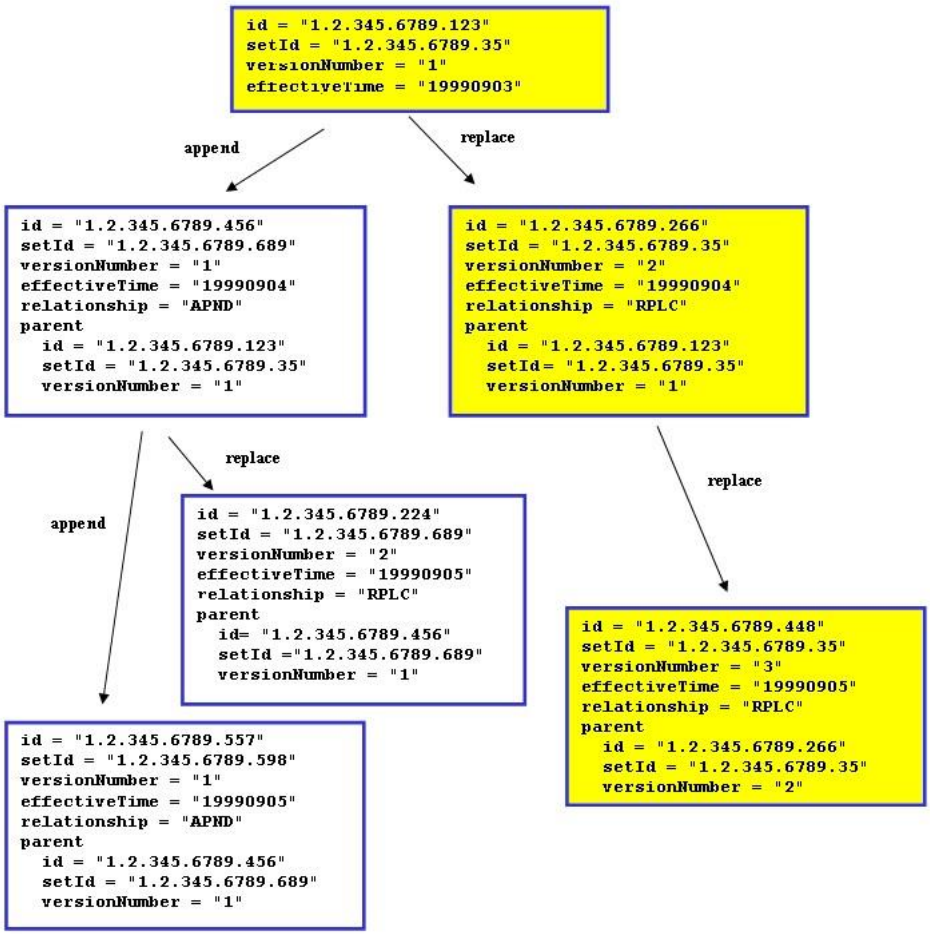


Figura 1 – Schema di Versionamento del documento usando le funzioni Replace e Append

2.11 Paziente della lettera: <recordTarget>

Elemento OBBLIGATORIO che identifica il soggetto della prestazione, ovvero il paziente soggetto del ricovero.
<recordTarget> è un elemento composto da un ruolo *<patienRole>* svolto da un'entità identificata dall'elemento *<patient>*.
Per la lettera di dimissione ospedaliera l'elemento deve pertanto essere strutturato come mostrato di seguito.

```
<recordTarget>
      <patientRole>
            <patient>
            ...
            </patient>
      </patientRole>
</recordtarget>
```

CONF-LDO-26: Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *ClinicalDocument/recordTarget*

2.11.1 Paziente soggetto del ricovero: <patientRole>

L'elemento *<patientRole>* deve prevedere al suo interno almeno un elemento di tipo *<id>*, destinato ad accogliere la chiave identificativa del paziente, secondo gli schemi assegnati da ogni singola organizzazione, ed eventualmente ulteriori elementi di tipo *<id>*, destinati ad accogliere le informazioni relative al codice fiscale ed altri identificativi (regionali, europei, termporanei, ecc).

CONF-LDO-27: ClinicalDocument/recordTarget **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *patientRole*.

Diverse sono le casistiche possibili e le relative eccezioni, che dipendono dalla tipologia di soggetto in esame; tali casistiche possono essere così sintetizzate:

- Soggetti assicurati da istituzioni estere;
- Europei Non Iscritti (ENI) al SSN;
- Stranieri Temporaneamente Presenti (STP);
- Cittadino italiano o straniero residente (iscritto SSN).

2.11.1.1 Soggetti assicurati da istituzioni estere

<patientRole> DEVE riportare due elementi di tipo *<id>* contenenti:

- Il numero di identificazione personale ed il numero di identificazione della Tessera Sanitaria.
- Il codice dell'istituzione competente e del paese.

Opzionalmente, *<patientRole>* PUO' riportare un ulteriore elemento di tipo *<id>* atto a identificare il paziente mediante un codice anagrafico regionale.

Primo <id>:
Numero della tessera TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia) per i soggetti assicurati da istituzioni estere.

Attributo	Tipo	Valore	Note
Root	OID	"**2.16.840.1.113883.2.9.4.3.7**"	HL7 OID numero di tessera TEAM estera.
Extension	ST	[STATO ESTERO] + "." + [NUMERO SERIALE]	Sigla di identificazione dello stato che rilascia la tessera secondo il codice ISO 3166-1 a 3 caratteri (ad es. FRA) + "." + numero seriale carta.
assigningAuthorityName	ST	[ISTITUZIONE ESTERA]	Nome Ente che gestisce gli identificativi.

Secondo `<id>`:
Numero di Identificazione Personale TEAM per i soggetti assicurati da istituzioni estere.

Attributo	Tipo	Valore	Note
Root	OID	"**2.16.840.1.113883.2.9.4.3.3**"	HL7 OID per l'identificazione personale TEAM per gli Stati esteri

Attributo	Tipo	Valore	Note
Extension	ST	[STATO ESTERO] + "." + [NUMERO IDENTIFICAZIONE PERSONALE]	Sigla di identificazione dello Stato che rilascia la tessera secondo il codice ISO 3166-1 a 3 caratteri (ad es. "FRA") + "." + numero di identificazione personale.
assigningAuthorityName	ST	[ISTITUZIONE ESTERA]	Nome dell'Ente che gestisce gli identificativi.

Terzo <id>:
Identificazione opzionale del paziente mediante un codice anagrafico regionale

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID ROOT ANAGRAFE REGIONALE]	OID dello schema di identificazione regionale. (e.g. "2.16.840.1.113883.2.9.2" + [REGIONE] + ".4.1")
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice dell'anagrafica regionale.
assigningAuthorityName	ST	[NOME_REGIONE]	Nome Regione

Esempio di utilizzo:

```
<id   root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.7"
      extension="NLD.096074309.80528070070000000001"
      assigningAuthorityName="AGIS-7007"/>

<id   root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.3"
      extension="NLD.4637465980125364"
      assigningAuthorityName="AGIS-7007"/>

<id   root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.1"
      extension="83741345"
      assigningAuthorityName="Regione Toscana"/>
```

2.11.1.2 Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)

<patientRole> DEVE riportare un elemento di tipo *<id>* contenente il codice identificativo STP (OBBLIGATORIO).
Opzionalmente, *<patientRole>* PUO' riportare un ulteriore elemento di tipo *<id>* atto a identificare il paziente mediante un codice anagrafico regionale.

Composizione di Primo <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Note
Root	OID	[OID ROOT STP REGIONALI]	OID dello schema di identificazione regionale delle persone.
Extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO STP ASSEGNATO]	Codice STP di 16 caratteri assegnato allo straniero temporaneamente presente. Deve iniziare con la stringa "STP". Il codice STP può essere assegnato anche dalla ASL.
assigningAuthorityName	ST	[NOME_REGIONE/ASL]	Nome Regione, Nome ASL.

Composizione di Secondo `<id>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID ROOT ANAGRAFE REGIONALE]	OID dello schema di identificazione regionale. (e.g. "2.16.840.1.113883.2.9.2" + [REGIONE] + ".4.1")
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale.
assigningAuthorityName	ST	[NOME_REGIONE/ASL]	Nome Regione, Nome ASL.

Esempio di utilizzo:

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.170105.4.1"
    extension="STP1701051234567"
    assigningAuthorityName="ASL 5 Montalbano Jonico"/>
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.90.4.1"
    extension="83741345"
    assigningAuthorityName="Regione Toscana"/>
```

2.11.1.3 Cittadino Europeo non Iscritto al SSN

I cittadini comunitari privi dei requisiti per l'iscrizione al SSN e non in possesso di TEAM o titolo equipollente accedono alle prestazioni sanitarie indifferibili ed urgenti. L'identificazione del paziente avviene attraverso un codice ENI (Europeo Non Iscritto) assegnato dalla ASL, della lunghezza di 16 caratteri e da trascriversi nell'attributo *extension*.
<*patientRole*> DEVE riportare un elemento di tipo <*id*> contenente il codice identificativo ENI.

Composizione di <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Note
root	OID	[OID ROOT ENI REGIONALI]	OID dello schema di identificazione regionale delle persone. Il codice ENI può essere assegnato dalla ASL.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO ENI ASSEGNATO]	Valore cifrato secondo le specifiche MEF. Codice ENI di 16 caratteri assegnato al cittadino europeo non iscritto al SSN e non provvisto di TEAM. Deve iniziare con la stringa "ENI".
assigningAuthorityName	ST	[NOME_REGIONE/ASL]	Nome Regione, Nome ASL.

Esempio di utilizzo:

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.170105.4.1"
    extension="ENI5412369875149"
    assigningAuthorityName="ASL 5 Montalbano Jonico"/>
```

2.11.1.4 Cittadino italiano o straniero residente (iscritto SSN)

Due elementi di tipo <*id*> contenenti:

- Il codice fiscale del paziente (OBBLIGATORIO).
- Il codice assegnato dall'anagrafica regionale (FACOLTATIVO).

codice fiscale del paziente `<id>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"	OID del Ministero dell'Economia e delle Finanze.
Extension	ST	[CODICE FISCALE]	Codice fiscale del paziente.
assigningAuthorityName	ST	"Ministero Economia e Finanze"	Ministero dell'Economia e delle Finanze.

codice dell'anagrafica regionale <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	[OID ROOT ANAGRAFE REGIONALE]	OID dello schema di identificazione regionale. (e.g. "2.16.840.1.113883.2.9.2" + [REGIONE] + ".4.1")
Extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale.
assigningAuthorityName	ST	[NOME_REGIONE]	Nome Regione.

Esempio di utilizzo:

```
<recordTarget>
  <patientRole>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.4.3.2"
        extension="XYILNI99M22G999T"
        assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.90.4.1"
        extension="83741345"
        assigningAuthorityName="Regione Toscana"/>
      <patient>
      ...
      </patient>
  </patientRole>
</recordTarget>
```

2.11.2 <patient>

L'elemento <*patient*> contiene i dettagli anagrafici relativi al paziente.
Riporta alcuni sotto-elementi OBBLIGATORI con l'indicazione dei dati anagrafici, eventualmente indicati con NullFlavor, quali il nominativo del paziente, attraverso l'elemento <*name*> (ed i sotto-elementi <*family*> e <*given*>), il sesso, attraverso l'elemento <*administrativeGenderCode*>, e la data di nascita in <*birthTime*>. È inoltre FACOLTATIVO inserire il luogo di nascita nell'elemento <*birthplace*>.

Esempio di utilizzo:

```
<recordTarget>
       <patientRole>
           <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.90.4.1"
                 extension="SIS.12383741345"
                 assigningAuthorityName="Regione Toscana"/>
           <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
                 extension="XYILNI99M22G999T"
                 assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
           <patient>
               <name>
                   <family>Guido</family>
                   <given>Rossi</given>
               </name>
               <administrativeGenderCode code="M"
                 codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"/>
               <birthTime value="20080329"/>
               <birthplace>
                   <place>
                       <addr>
                           <city>Cirie'</city>
                           <censusTract>001086</censusTract>
                       </addr>
                   </place>
               </birthplace>
           </patient>
       </patientRole>
</recordTarget>
```

Nel caso di documenti per i quali sia prevista la possibilità di anonimato, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 87 nella nuova disciplina sulla Privacy (D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196), gli elementi anagrafici *<name>* e *<birthplace>*, qualora presenti, vanno riportati sprovvisti di valori, ma devono ambedue essere valorizzati con l'attributo **`nullFlavor="MSK"`** per permetterne la comprensione al *document consumer*.
Per ulteriori dettagli sui dati anagrafici fare riferimento alla specifica di HL7 Italia "Person Topic".

CONF-LDO-28: *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole* **DEVE** contenere un elemento patient con valorizzato almeno un elemento *<id>*.

CONF-LDO-29: *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient* **DEVE** contenere un elemento *name*.

CONF-LDO-30: **SE** l'elemento *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name* non è valorizzato con **nullFlavor**, **ALLORA** gli elementi *family* e *given* **DEVONO** essere presenti.

CONF-LDO-31: **SE** l'elemento *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name* ha un attributo **nullFlavor**, **ALLORA** gli elementi *family* e *given* **NON DEVONO** essere presenti.

CONF-LDO-32: **SE** presente, l'elemento *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthPlace* **DEVE** contenere un elemento *place*.

CONF-LDO-33: L'elemento *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthPlace/place* **PUO'** contenere un elemento *addr*.

CONF-LDO-34: **SE** il paziente è nato in italia ***ED*** è presente l'elemento *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace* (luogo di nascita) **ALLORA** tale elemento **DEVE** includere l'elemento *censusTrac*, per il codice del comune di nascita, **O** l'elemento *city*, per il codice del comune di nascita.

CONF-LDO-35: **SE** il paziente è nato all'estero **ED** è presente l'elemento *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace* (luogo di nascita) **ALLORA** tale elemento **DEVE** includere l'elemento *country*, codice nazione di nascita.

CONF-LDO-36: L'elemento *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace/place/addr/censusTract*, SE presente, **DEVE** riportare il codice ***ISTAT*** del comune valido nella data di nascita (rif. http://www.istat.it/strumenti/definizioni/).

CONF-LDO-37: **SE** presente, l'elemento *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace/place/addr/country* **DEVE** essere valorizzato con il codice della nazione di nascita, in base alla codifica per le nazioni ISO-3166-1 a 2 oppure 3 caratteri.

CONF-LDO-38: l'elemento *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient* **DEVE** contenere un elemento administrativeGenderCode che riporta un attributo *@code* valorizzato con "***M***" or "**F**", "**UN**" e *@codeSystem* valorizzato a "***2.16.840.1.113883.5.1***"

CONF-LDO-39: **SE** l'elemento *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthTime* è presente ALLORA **DEVE** essere valorizzato con la data di nascita del paziente, valorizzata al minimo come ***YYYYMMDD***

CONF-LDO-40: L'elemento *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole* **PUO'** contenere l'elemento *addr* per riportare l'indirizzo di residenza del paziente.

CONF-LDO-41: L'elemento *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole* **PUO'** contenere l'elemento *telecom* per riportare il recapito telefonico del paziente.

2.12 Autore della lettera: <author>

Elemento OBBLIGATORIO che identifica il soggetto che ha creato il documento. Esso può essere una persona.
L'autore può essere identificato da uno o due elementi *<id>*.
L'elemento *<author>* DEVE contenere un sotto-elemento *<time>*, con l'indicazione dell'ora di produzione del documento. La valorizzazione deve essere effettuata attraverso un tipo Time Stamp (**TS**).
La sezione può OPZIONALMENTE contenere un elemento *<assignedPerson>*/*<name>* che riporti i dati relativi al nome del soggetto in esame all'interno delle sezioni opportune, così come sezioni dedicate alla memorizzazione di indirizzo, recapiti telefonici, ecc. (sezioni *<addr>, <telecom>, ...)*.

Composizione di <time>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
value	TS	[YYYYMMDDHHMMSS+|-ZZZZ]	Anno, mese, giorno, ora, minuti, secondi.

			Le ore devono essere riportate nell'intervallo 00:00:00 - 23:59:59. ZZzz rappresenta l'offset rispetto al tempo di Greenwich (GMT – Greenwich Mean Time). Il valore dell'offset dipenderà dalle impostazioni di ora legale; per l'Italia potrà variare fra ZZZZ valorizzato con +0100 oppure +0200 (nel caso di ora legale).

Composizione di Primo `<id>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"	OID del Ministero dell'Economia e delle Finanze.
extension	ST	[CODICE FISCALE]	Codice fiscale dell'autore del documento.

Composizione di Secondo `<id>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID ROOT ANAGRAFE REGIONALE]	OID dello schema di identificazione regionale operatori. (e.g. "2.16.840.1.113883.2.9.2" + [REGIONE] + ".4.2")
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale degli operatori.

Esempio di utilizzo:

```
<author>
        <time value="20000407130000+0100"/>
        <assignedAuthor>
            <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
                extension="PNCPLL99M22G999T"/>
            <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.90.4.2" extension="87245"/>

            <assignedPerson>
                <name>
                    <given>Dr. Pinco</given>
                    <family>Palla</family>
                </name>
            </assignedPerson>
        </assignedAuthor>
    </author>
```

CONF-LDO-42: Il documento **DEVE** contenere un elemento *ClinicalDocument/author*.

CONF-LDO-43: *ClinicalDocument/author* **DEVE** contenere un elemento *assignedAuthor*.

CONF-LDO-44: *ClinicalDocument/author/assignedAuthor* **DEVE** contenere almeno un elemento *id*.

CONF-LDO-45: *ClinicalDocument/author/assignedAuthor* **DEVE** contenere un elemento *id* con valore dell'attributo root uguale a "**2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2**".

CONF-LDO-46: L'attributo extension dell'elemento *ClinicalDocument/author/assignedAuthor/id* **DEVE** essere valorizzato con un codice fiscale e **DEVE** essere composto da una stringa lunga 16 caratteri.

CONF-LDO-47: ClinicalDocument/author/assignedAuthor **PUO'** contenere un elemento id con valore dell'attributo root uguale a "**2.16.840.1.113883.2.9.2.**" + [REGIONE] + **".4.2**".

CONF-LDO-48: L'attributo *extension* dell'elemento *ClinicalDocument/author/assignedAuthor/id* **DEVE** essere presente e valorizzato.

CONF-LDO-49: *ClinicalDocument/author/assignedAuthor* **DEVE** contenere un elemento *assignedPerson*.

CONF-LDO-50: *ClinicalDocument/author/assignedAuthor/assignedPerson* **DEVE** contenere un elemento name, che **PUO'** essere valorizzato con un nullFlavor. Se tale elemento non è valorizzato con un nullFlavor allora **DEVE** contenere gli elementi *given* e *family* valorizzati con nome e cognome dell'autore.

2.13Trascrittore della lettera: <dataEnterer>

Elemento OPZIONALE che identifica una persona coinvolta nel processo di elaborazione dati.
Se i dati registrati della lettera di dimissione ospedaliera in formato elettronico vengono digitati da una persona diversa dell'autore è opportuno registrare questa informazione e occorre dunque indicare il trascrittore in questo campo.
Il trascrittore potrebbe essere una persona della struttura opportunamente formata e autorizzata al trattamento informatico dei dati.
Il trascrittore può essere identificato da uno o due elementi *<id>*.
L'elemento *<dataEnterer>* DEVE contenere un sotto-elemento *<time>*, con l'indicazione dell'ora di produzione del documento. La valorizzazione deve essere effettuata attraverso un tipo Time Stamp (**TS**).
La sezione può OPZIONALMENTE contenere un elemento *<assignedPerson>*/*<name>* per riportare i dati relativi al nome del soggetto in esame all'interno delle sezioni opportune, così come sezioni dedicate alla memorizzazione di indirizzo, recapiti telefonici, ecc. (sezioni *<addr>, <telecom>, ...*).

Composizione di <time>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Value	TS	[YYYYMMDDHHMMSS+|-ZZZZ]	Anno, mese, giorno, ora, minuti, secondi. Le ore devono essere riportate nell'intervallo 00:00:00 - 23:59:59. ZZZZ rappresenta l'offset rispetto al tempo di Greenwich (GMT – Greenwich Mean Time). Il valore dell'offset dipenderà dalle impostazioni di ora legale; per l'Italia potrà variare fra ZZZZ valorizzato con +0100 oppure +0200 (nel caso di ora legale).

Composizione di Primo `<id>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli

Root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"	OID del Ministero dell'Economia e delle Finanze.
extension	ST	[CODICE FISCALE]	Codice fiscale dell'autore del documento.

Composizione di Secondo `<id>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	[OID ROOT ANAGRAFE REGIONALE]	OID dello schema di identificazione regionale operatori. (e.g. "2.16.840.1.113883.2.9.2" + [REGIONE] + ".4.2")
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale degli operatori.

Esempio di utilizzo:

```
<dataEnterer>
        <time value="20140329173500+0100"/>
        <assignedEntity>
        <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
            extension="PNCPLL75B61Z100Z"/>
        <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.90.4.2" extension="87245"/>
        <assignedPerson>
            <name>
                <given>Pinca</given>
                <family>Palla</family>
                <suffix>Segretaria</suffix>
            </name>
        </assignedPerson>
        </assignedEntity>
    </dataEnterer>
```

CONF-LDO-51: Il documento **PUO'** contenere un elemento *ClinicalDocument/dataEnterer*.

CONF-LDO-52: *ClinicalDocument/dataEnterer* **DEVE** contenere un elemento assignedEntity.

CONF-LDO-53: *ClinicalDocument/dataEnterer /assignedEntity* **DEVE** contenere almeno uno elemento id.

CONF-LDO-54: *ClinicalDocument/dataEnterer /assignedEntity* **DEVE** contenere un elemento id con valore dell'attributo root uguale a "**2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2**".

CONF-LDO-55: L'attributo extension dell'elemento *ClinicalDocument/dataEnterer /assignedEntity /id* **DEVE** essere valorizzato con un codice fiscale e **DEVE** essere composto da una stringa lunga 16 caratteri.

CONF-LDO-56: *ClinicalDocument/dataEnterer /assignedEntity* **PUO'** contenere un elemento id con valore dell'attributo root uguale a "2**.16.840.1.113883.2.9.2.**" + [REGIONE] + **".4.2"**

CONF-LDO-57: L'attributo extension dell'elemento *ClinicalDocument/dataEnterer /assignedEntity /id* **DEVE** essere presente e valorizzato

2.14 Conservazione della lettera: <custodian>

Elemento OBBLIGATORIO che identifica l'organizzazione incaricata della custodia del documento originale, corrispondente al conservatore dei beni digitali. Tale organizzazione è solitamente la struttura di cui fa parte colui che ha creato il documento.
L'elemento *<custodian>* è composto da un ruolo, rappresentato dall'elemento nominato *<assignedCustodian>*, svolto da un'entità rappresentata dall'elemento *<representedCustodianOrganization>*.

Pertanto, l'elemento deve essere strutturato come segue.

```
<custodian>
   <assignedCustodian>
      <representedCustodianOrganization>

      </representedCustodianOrganization>
   </assignedCustodian>
</custodian>
```

CONF-LDO-58: Il documento **DEVE** contenere un elemento *ClinicalDocument/custodian*.

2.14.1 Organismo Custode

L'elemento *<representedCustodianOrganization>* deve contenere al suo interno un elemento *<id>* che riporta l'identificativo della struttura che ha la responsabilità della conservazione del documento. La descrizione degli attributi dell'elemento **<id>** è mostrata di seguito.

Composizione di <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	[OID DOMINIO DI INDENTIFICAZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI]	Identificativo del dominio di identificazione delle organizzazioni.
Extension	ST	[ID ORGANIZZAZIONE]	Identificativo dell' organizzazione (ASL, Regione) da parte del dominio di identificazione definito nell'attributo **root.**

Per quanto riguarda le strutture che ricadono sotto la competenza delle ASL/AO, è previsto che un identificatore univoco, se non già esistente, sia assegnato da parte di queste.

Esempio di utilizzo:

```
<custodian>
      <assignedCustodian>
         <representedCustodianOrganization>
              <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2" extension="130106"/>
              <name>ASL Teramo</name>
         </representedCustodianOrganization>
      </assignedCustodian>
```

```
</custodian>
```

CONF-LDO-59: L'elemento *ClinicalDocument/custodian* **DEVE** contenere un elemento *assignedOrganization*.

CONF-LDO-60: L'elemento *ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian* **DEVE** contenere un elemento *representedCustodianOrganization*.

CONF-LDO-61: *ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization* **DEVE** contenere uno e non più di un elemento *id* con valore dell'attributo root uguale all' OID del dominio di indentificazione delle organizzazioni.

CONF-LDO-62: L'attributo extension dell'elemento *ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/id* **DEVE** essere presente e valorizzato con l' identificativo della struttura.

2.15 Destinatari di una copia del documento: <informationRecipient>

Elemento OPZIONALE che riporta l'identificativo dei destinatari che dovrebbero ricevere una copia del documento.

L'elemento *<informationRecipient>* DEVE riportare uno o più elementi *<intendedRecipient>,* ognuno dei quali identifica univocamente gli interessati al documento all'interno del dominio specificato. Tale elemento DEVE contenere almeno un elemento <id>.
L'elemento può OPZIONALMENTE contenere un sotto-elemento *<informationRecipient>* che - se presente – DEVE riportare obbligatoriamente nell'elemento <name> i dati relativi al nome del soggetto destinatario.

Composizione di <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID ROOT ANAGRAFICA]	OID dominio di identificazione .
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice personale interno al dominio. Può essere il codice fiscale del medico ricevente, solitamente il MMG/PLS del paziente.

Esempio di utilizzo:

```
<informationRecipient>
  <intendedRecipient>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.100204.99"
        extension="999999"
        assigningAuthorityName="ASL Terni 4"/>
     <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="PNCPLL99M22G999T"/>
     <informationRecipient>
       <name>
          ...
       </name>
     </informationRecipient>
  </intendedRecipient>
```

```
</informationRecipient>
```

CONF-LDO-63: Il documento **PUO'** contenere uno o più elementi *ClinicalDocument/informationRecipient*.

CONF-LDO-64: *ClinicalDocument/informationRecipient* **DEVE** contenere un elemento *intendedRecipient*.

CONF-LDO-65: *intendedRecipient* **DEVE** contenere almeno un elemento *id*

CONF-LDO-66: *intendedRecipient* **PUO'** contenere un elemento *informationRecipient*.

CONF-LDO-67: *informationRecipient* **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *name* che contenga tutti gli elementi del nome del destinatario del documento.

2.16 Firmatario del documento: <legalAuthenticator>

Elemento OBBLIGATORIO che riporta il firmatario del documento. Se il documento è generato da una macchina, il responsabile del documento è l'organizzazione responsabile della generazione del documento.
L'elemento *<legalAuthenticator>* DEVE contenere un elemento *<time>* con l'indicazione dell'ora in cui il documento è stato firmato, un elemento *<signatureCode>* per indicare che il documento è firmato, ed un elemento *<assignedEntity>,* destinato ad accogliere l'elemento *<id>* del medico responsabile del documento.
La sezione può OPZIONALMENTE contenere un elemento *<assignedPerson>/<name>* per riportare i dati relativi al nome del soggetto in esame all'interno delle sezioni opportune, così come sezioni dedicate alla memorizzazione di indirizzo, recapiti telefonici, ecc. (sezioni *<addr>, <telecom>, ...)*.

Composizione di <time>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
value	TS	[YYYYMMDDHHMMSS+|-ZZZZ]	Anno, mese, giorno, ora, minuti, secondi. Le ore devono essere riportate nell'intervallo 00:00:00 - 23:59:59. ZZzz rappresenta l'offset rispetto al tempo di Greenwich (GMT – Greenwich Mean Time). Il valore dell'offset dipenderà dalle impostazioni di ora legale; per l'Italia potrà variare fra ZZZZ valorizzato con +0100 oppure +0200 (nel caso di ora legale).

Composizione di <signatureCode>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"S"	Codice che indica che il documento è firmato

Composizione di <assignedEntity>/<id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"	OID del Ministero dell'Economia e delle Finanze.
extension	ST	[CODICE FISCALE]	Codice fiscale del firmatario.

Esempio di utilizzo:

```
<legalAuthenticator>
        <time value="20140329173712+0100"/>
        <signatureCode code="S"/>
        <assignedEntity>
            <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
                  extension="PNCPLL99M22G999T"/>
            <assignedPerson>
                <name>
                    <prefix>Professore</prefix>
                    <given>Pinco</given>
                    <family>Palla</family>
                </name>
            </assignedPerson>
        </assignedEntity>
</legalAuthenticator>
```

CONF-LDO-68: Il documento **DEVE** contenere un elemento *ClinicalDocument/legalAuthenticator*.

CONF-LDO-69: *ClinicalDocument/legalAuthenticator* **DEVE** contenere un elemento time.

CONF-LDO-70: L'elemento *ClinicalDocument/legalAuthenticator/time* **DEVE** riportare l'attributo value valorizzato nel formato [YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz] e la sua lunghezza deve essere uguale a 14 caratteri.

CONF-LDO-71: *ClinicalDocument/legalAuthenticator* **DEVE** contenere un elemento *signatureCode* che riporta un attributo code valorizzato con "**S**".

CONF-LDO-72: *ClinicalDocument/legalAuthenticator* **DEVE** contenere un elemento *assignedEntity*.

CONF-LDO-73: *ClinicalDocument/legalAuthenticator/assignedEntity* **DEVE** contenere un elemento *id* con valore dell'attributo root uguale a "**2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2**".

CONF-LDO-74: L'attributo extension dell'elemento *ClinicalDocument/legalAuthenticator/assignedEntity/id* **DEVE** essere valorizzato con un codice fiscale e deve essere composto da una stringa lunga 16 caratteri.

CONF-LDO-75: *ClinicalDocument/ legalAuthenticator/assignedEntity* **DEVE** contenere un elemento assignedPerson/*name,* tale elemento DEVE contenere gli elementi *given* e *family* valorizzati con nome e cognome del firmatario della lettera.

2.17 Soggetti partecipanti: <participant>

Elemento OPZIONALE che rappresenta tutti coloro che partecipano all'atto descritto dal documento, e che non sono stati già preventivamente inclusi negli elementi precedenti (autore, custode, validatore, firmatario).

L'identificazione dei partecipanti deve essere riportata all'interno dell'elemento *<id>*.
L'elemento può OPZIONALMENTE contenere un elemento *<associatedPerson>/<name>* per riportare i dati relativi al nome del soggetto partecipante.

Composizione di <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID DOMINIO DI IDENTIFICAZIONE]	OID dominio di identificazione .
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice identificativo della persona o dell'organizzazione all'interno del dominio.

Esempio di utilizzo:

```
<participant typeCode="REF">
  <associatedEntity classCode="CAREGIVER">
    <id extension="ABCDFG76R29L123T"
        root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"/>
    <associatedPerson>
      <name>
        <given>Otto</given>
        <family>Accaellesette</family>
        <prefix>Dott.</ prefix>
      </name>
    </associatedPerson>
  </associatedEntity>
</participant>
```

CONF-LDO-76: Il documento **PUO'** contenere uno o più elementi *ClinicalDocument/participant*.

CONF-LDO-77: *ClinicalDocument/participant* **DEVE** contenere un elemento associatedEntity.

CONF-LDO-78: *associatedEntity* **DEVE** contenere almeno un elemento *id*.

CONF-LDO-79: *associatedEntity* **PUO'** contenere un elemento *associatedPerson*.

CONF-LDO-80: *associatedPerson* **DEVE** contenere un elemento name, che contiene gli elementi necessari per mappare il nome del partecipante al documento.

Nel caso in cui il ricovero (e quindi la produzione del documento di lettera di dimissione all'atto della dimissione dello stesso dalla struttura ospedaliera) sia stato determinato da una prescrizione di ricovero, è possibile riportare l'informazione sul prescrittore.

L'informazione sulla prescrizione è contenuta nell'elemento *inFulfilmmentOf*.

I dati del prescrittore che ha richiesto il ricovero sono descritto nell'elemento *participant* che **DEVE** avere i seguenti attributi così valorizzati:

- *participant/@typeCode* popolato con la stringa *REF* (referrer);
- *participant/associatedEntity/@classCode* popolato con la stringa *PROV* (healthcare provider).

In particolare:

- il codice fiscale **DEVE** essere riportato nell'elemento *associatedEntity/id*;
- il nome **PUÒ** essere riportato nell'elemento *associatedEntity/associatedPerson/name*.

2.18 Ricetta di ricovero: <inFulfillmentOf>

Elemento OPZIONALE che identifica la prescrizione di ricovero, che ha determinato il ricovero del paziente e quindi la produzione del documento di lettera di dimissione all'atto della dimissione dello stesso dalla struttura ospedaliera.
L'elemento *<id>* riportato fa riferimento allo IUD del documento di prescrizione originale, se disponibile dal sistema informativo della struttura che crea il documento. Se tale identificativo non è accessibile all'atto della stesura del documento, è POSSIBILE utilizzare un ID interno univoco all'interno della struttura stessa.
Nel caso di ricetta elettronica, è possibile riportare l'identificativo NRE della prescrizione di ricovero, che ha determinato il ricovero del paziente documentato nella lettera di dimissione.

Esempio di utilizzo con le ricette elettroniche:

```
<inFulfillmentOf>
  <order classCode="ACT" moodCode="RQO">
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.8"
        extension="[NRE]"
        assigningAuthorityName="Ministero delle Finanze"/>
  </order>
</inFulfillmentOf>
```

Esempio di utilizzo con le ricette rosse cartace:

```
<inFulfillmentOf>
  <order classCode="ACT" moodCode="RQO">
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.4"
        extension="[CONCATENAZIONE BAR1 BAR2]"
        assigningAuthorityName="Ministero delle Finanze"/>
  </order>
</inFulfillmentOf>
```

CONF-LDO-81: Il documento **PUO'** contenere uno ed un solo elemento *ClinicalDocument/inFulfillmentOf*.

CONF-LDO-82: *ClinicalDocument/inFulfillmentOf* **DEVE** contenere un elemento <order>.

CONF-LDO-83: <order> **DEVE** contenere un elemento id valorizzato con l'identificativo della prescrizione di ricovero

2.19 Versionamento del documento: <relatedDocument>

Elemento OPZIONALE utilizzato per gestire la versione del documento corrente. Nel caso in cui la lettera di dimissione attuale sostituisca una lettera preesistente, la relazione di subentro può essere facilmente individuata specificando l'attributo *typeCode* opportuno (come previsto dallo standard HL7) e l'id del documento padre.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
typeCode	ST	"RPLC"	Replace
typeCode	ST	"APND"	Append

Esempio di utilizzo:

```
<relatedDocument typeCode="RPLC">
  <parentDocument>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.100204.4.4.99"
        extension="204.1234.20070327120000.DW322"/>
  </parentDocument>
</relatedDocument>
```

CONF-LDO-84: Il documento **PUO'** contenere uno ed un solo elemento *ClinicalDocument/relatedDocument*.

CONF-LDO-85: *ClinicalDocument/relatedDocument* **DEVE** contenere un attributo *typeCode* valorizzato con "***RPLC***", o con "APND".

CONF-LDO-86: *ClinicalDocument/relatedDocument* **DEVE** contenere un elemento *parentDocument*.

CONF-LDO-87: *parentDocument* **DEVE** contenere un elemento *id* con valore degli attributi *root* e *extension* pari ai codici del documento di cui si fa il replace o l'append.

2.20 Ricovero di riferimento: <componentOf>

Elemento OBBLIGATORIO che identifica il ricovero a cui si riferisce la dimissione, riferito da *<componentOf>/<encompassingEncounter>*.

CONF-LDO-88: Il documento **DEVE** contenere un elemento *ClinicalDocument/componentOf*

Su questo elemento vengono riportati l'identificativo del ricovero, la data di inizio e fine ricovero, il reparto di ricovero ed i recapiti della relativa segreteria, l'Ospedale e l'Azienda sanitaria di ricovero

2.20.1 Identificativo del ricovero

L'elemento *<id>* è OBBLIGATORIO e rappresenta l'identificativo del ricovero, cioè riporta il numero nosologico corrispondente al ricovero.

Se tale identificativo non è noto o applicabile all'atto della stesura del documento, è POSSIBILE utilizzare un ID interno univoco all'interno della struttura stessa.

Esempio di utilizzo:

```
</componentOf>
  <encompassingEncounter>
     <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.[RAMO:AZIENDALE.NOSOLOGICI].4.6"
           extension="NUMERO _NOSOLOGICO"
           assigningAuthorityName="Azienda" displayable="true"/>
…
  </encompassingEncounter>
</componentOf>
```

Il root è variabile a seconda della struttura che ha definito il numero nosologico, ad esempio:

```
</componentOf>
  <encompassingEncounter>
   <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.90907.4.6"
      extension="2014000123"
      assigningAuthorityName="Fondazione Toscana Gabriele Monasterio" />
…
  </encompassingEncounter>
</componentOf>
```

CONF-LDO-89: L'elemento *componentOf/encompassingEncounter/id* **DEVE** riportare il numero nosologico corrispondente al ricovero oppure un ID interno della struttura di ricovero.

2.20.2 Date di inizio e fine ricovero: <effectiveTime>

Elemento OBBLIGATORIO che identifica le date di inizio e fine ricovero. Tali date DEVONO essere inserite, rispettivamente, all'interno dell'elemento *encompassingEncounter*
<effectiveTime>/<low>
e dell'elemento
<effectiveTime>/<high>.
Entrambe le date devono essere codificate all'interno dell'attributo *value* come riportato in tabella.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
value	TS	[YYYYMMDDHHMMSS+|-ZZZZ]	Anno, mese, giorno, ora, minuti, secondi. Le ore devono essere riportate nell'intervallo 00:00:00 - 23:59:59. ZZZZ rappresenta l'offset rispetto al tempo di Greenwich (GMT – Greenwich Mean Time). Il valore dell'offset dipenderà dalle impostazioni di ora legale; per l'Italia potrà variare fra ZZZZ valorizzato con +0100 oppure +0200 (nel caso di ora legale).

Esempio di utilizzo:

```
<componentOf>
   <encompassingEncounter>
      <effectiveTime>
          <low value="20140727000000+0100"/>
          <high value="20140728000000+0100”/>
      </effectiveTime>
   </ encompassingEncounter>
</componentOf>
```

CONF-LDO-90: L'elemento *componentOf/encompassingEncounter/effectiveTime* **DEVE** contenere un elemento *low* ed un elemento *high*

CONF-LDO-91: L'elemento *effectiveTime/low* **DEVE** avere un attributo value valorizzato nel formato [YYYYMMDDHHMMSS+|-ZZZZ] e **DOVREBBE** avere una lunghezza uguale a 19

CONF-LDO-92: L'elemento *effectiveTime/high* **DEVE** avere un attributo value valorizzato nel formato [YYYYMMDDHHMMSS+|-ZZZZ] e **DOVREBBE** avere una lunghezza uguale a 19.

2.20.3 Unità operativa ed ospedale di dimissione: <healthCareFacility>

È l'Elemento OBBLIGATORIO che specifica l'unità operativa che ha dimesso il paziente, ed ha come percorso *componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility*.

Il codice da utilizzare per individuare l'Unità Operativa corrisponde al codice struttura (che identifica il presidio), seguito dal subcodice struttura interna (progressivo che identifica lo stabilimento ospedaliero - presidio ospedaliero -, nel caso in cui la struttura di ricovero è articolata su più stabilimenti), dal codice disciplina (codice che identifica la specialità clinica o disciplina ospedaliera), e opzionalmente dal progressivo divisione (progressivo con cui viene distinta l'unità operativa dell'ambito della stessa disciplina).

L'identificativo di reparto viene riporato in *healthCareFacilty/id*:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6	Elenco dei Reparti (Struttura ospedaliera) cui l'unità operativa di ricovero fa capo
extension	ST	*[CODICE UNITA' OPERATIVA]*	Codice Struttura + Sub Codice Struttura Interna + Codice DIsciplina che rappresenta l'unità operativa interna a quel particolare dominio + opzionalmente il Codice Divisione.

Per i presidi, la lista più aggiornata dei codici struttura e subcodici struttura interna (secondo codifica HSP11) è presente su:
http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?lingua=italiano&id=13
nel menu "Strutture di ricovero".

Per i reparti, il dataset dei codici discipline ospedaliere è presente su:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4302&area=statisticheSSN&menu=definizioni

Esempio, nel caso in cui un paziente sia stato dimesso dal reparto di "Terapia Intensiva Coronarica" dell'"Ospedale del Cuore – Massa" dell'ente sanitario "FONDAZIONE CNR-RT G. MONASTERIO", il codice dell'unità operativa sarà composto da:

Ente: FONDAZIONE CNR-RT G. MONASTERIO, codice struttura= "090907"
Presidio Ospedaliero: "Ospedale del Cuore – Massa" subcodice struttura= "02"
Reparto: TERAPIA INTENSIVA CORONARICA, codice disciplina="50"

E quindi l'id è composto da:
OID Root= "2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6"
Extension = "090907.02.50"

Il Nome del reparto viene riportato nell'elemento: *heathCareFacility/location/name*

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Name	ST	[NOME REPARTO]	Nome del Reparto

L'identificativo del presidio viene riportato nell'elemento:
heathCareFacility/serviceProviderOrganization/id

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2	Elenco dei presidi Ospedalieri cui l'unità operativa di ricovero fa capo
Extension	ST	*[CODICE PRESIDIO] o [CODICE PRESIDIO . STABILIMENTO]*	Codici HSP11 e HSP11bis che rappresentano il presidio e lo stabilimento (subcodice struttura interna) di ricovero

Il Nome del presidio viene riportato nell'elemento:
heathCareFacility/serviceProviderOrganization/name

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Name	ST		Nome del presidio

I recapiti telefonico e email della segreteria del reparto vengono riportato nell'elemento:
heathCareFacility/serviceProviderOrganization/telecom

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Value	ST	[email] o [telefono]	Telefono o email della segreteria del reparto di dimissione

L'identificativo dell'Azienda Sanitaria di cui il presidio fa parte è riportato in: *healthCareFacility/serviceProviderOrganization/asOrganizationPartOf/id:*

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1	Elenco delle Aziende Sanitarie
Extension	ST	*[CODICE AZIENDA SANITARIA]*	Codice FLS11 che rappresenta il l'Azienda Sanitaria di ricovero

Esempio:

```
<location>
    <healthCareFacility>
       <!-- Reparti sanitari: Codice Struttura HSP.12 -->
       <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6" extension="CODICE_REPARTO"/>
        <location>
            <name>Nome Reparto</name>
        </location>
        <serviceProviderOrganization>
            <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
                  extension="CODICE_MINISTERIALE_HSP11-OSPEDALE"
                  assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>
        </serviceProviderOrganization>
    </healthCareFacility>
</location>
```

Esempio:

```
<location>
  <healthCareFacility>
      <!-- Reparti sanitari: Codice Struttura -->
      <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6" extension="090907.02.50"/>
      <location>
          <name>Cardiologia Terapia Intensiva</name>
      </location>
      <serviceProviderOrganization>
         <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
                  extension="090907.02"
                  assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>
         <telecom value="mailto://user@domain.com"></telecom>
         <telecom value="tel:023456789012"></telecom>
            <asOrganizationPartOf>
                  <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1"
                  extension="[CODICE_ASL_FLS11-ISTAT]"/>
            </asOrganizationPartOf>
      </serviceProviderOrganization>
  </healthCareFacility>
</location>
```

CONF-LDO-93: l'elemento *encompassingEncounter* **DEVE** includere l'elemento *location*

CONF-LDO-94: l'elemento *encompassingEncounter/location/healthCareFacility* **DEVE** includere l'elemento *id* valorizzato con l'identificativo del reparto di dimissione.

CONF-LDO-95: l'elemento *encompassingEncounter/location/healthCareFacility* **PUO'** includere l'elemento *location/name* valorizzato con il nome del reparto di dimissione.

CONF-LDO-96: l'elemento *encompassingEncounter/location/healthCareFacility* **DEVE** includere l'elemento *serviceProviderOrganization*.

CONF-LDO-97: L'elemento *serviceProviderOrganization* **DEVE** includere l'elemento *id valorizzato con l'identificativo del Presidio e della Struttura (stabilimento) di dimissione*.

CONF-LDO-98: L'elemento *serviceProviderOrganization* **PUO'** includere l'elemento *telecom* valorizzato con recapito telefonico e email della segreteria del reparto di dimissione.

CONF-LDO-99: L'elemento *serviceProviderOrganization* **DEVE** includere l'elemento *asOrganizationPartOf/id* valorizzato con l'identificativo dell'Azienda Sanitaria in cui è avvenuto il ricovero.

3 Body CDA del documento di LDO

Lo standard CDA prevede che il corpo di un documento possa essere formato in modo strutturato (<structuredBody>) o in modo destrutturato (<nonXMLBody>). Nel seguito del documento sarà dettagliato il BODY strutturato del documento di lettera di dimissione ospedaliera. Dato che lo standard HL7 prevede che il dettaglio di un documento CDA strutturato possa raggiungere differenti livelli di specializzazione (nella fattispecie tre), si fornirà una linea guida che si focalizzi al massimo livello di dettaglio disponibile, cioè il terzo livello. Occorre comunque sottolineare che gli elementi del terzo livello (entry codificate) restano OPZIONALI e che il documento sarà comunque considerato well-formed anche se dettagliato al livello **due** (sezioni senza entry codificate).

CONF-LDO-100: Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *component/structuredBody*

La LDO definita secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2.0, prevede un body strutturato in più sezioni cui sia possibile inserire tutte le informazioni di interesse in maniera semplice ed accurata. La Lettera di Dimissione Ospedaliera è organizzata secondo una sequenza di elementi **`<section>`**. Di seguito si elencano le sezioni previste, indicandone la codifica LOINC associata e l'obbligatorietà.

Sezioni	Codici LOINC	Descrizioni LOINC ShortName	Obbligatorietà
Motivo del ricovero	**46241-6**	**Hospital Admission Dx**	**OBBLIGATORIO**
Inquadramento clinico iniziale. Sotto-sezioni:	47039-3	Hospital Admission History And Physical Note	OPZIONALE
Anamnesi	11329-0	History General	OPZIONALE
Esame Obiettivo	29545-1	Phisical Examination	OPZIONALE
Terapia Farmacologica	42346-7	Medications On Admission	OPZIONALE
Decorso Ospedaliero	**8648-8**	**Hospital Course**	**OBBLIGATORIO**
Riscontri ed accertamenti significativi, Indagini strumentali diagnostiche	30954-2	Relevant Diagnostic Tests &Or Laboratory Data	OPZIONALE
Procedure eseguite durante il ricovero	29554-3	Procedure	OPZIONALE
Allergie	48765-2	Allergies	OPZIONALE
Terapia farmacologica effettuata durante il ricovero	10160-0	Hx of Medication use	OPZIONALE
Condizioni del paziente alla dimissione + diagnosi alla dimissione	**11535-2**	Hospital Discharge Dx	**OBBLIGATORIO**
Terapia farmacologica alla dimissione	10183-2	Discharge Medications	OPZIONALE
Istruzioni di follow-up	18776-5	Treatment Plan	OPZIONALE

Le informazioni contenute nella lettera descrivono aspetti clinici del ricovero (diagnosi e sintomi rilevanti, interventi chirurgici, procedure diagnostico-terapeutiche, impianto di protesi, modalità di dimissione):

- La sezione **"Motivo del ricovero"** è OBBLIGATORIA ed è atta a descrivere la causa principale che ha determinato il ricovero del paziente attraverso la diagnosi di accettazione.
- La sezione **"Inquadramento clinico iniziale"** è OPZIONALE e comprende informazioni inerenti all'anamnesi del paziente e all'esame obiettivo alla accettazione ed alla terapia medica domicilare o comunque precedente al ricovero.
- La sezione **"Valutazione e decorso clinico"** è OBBLIGATORIA ed include la descrizione dell'andamento del ricovero, il percorso diagnostico, terapeutico, riabilitativo o assistenziale.
- La sezione **"Riscontri ed accertamenti significativi"** è OPZIONALE ed è dedicata a descrivere esami e prestazioni specialistiche effettuate durante il ricovero ai fini di approfondimento delle condizioni patologiche del paziente (compresi gli esami di laboratorio analisi).
- La sezione **" Procedure eseguite durante il ricovero"** è OPZIONALE ed è dedicata a descrivere le procedure diagnostiche e degli interventi (ad es.: endoscopie, biopsie, coronarografie, impianti di pace-maker e defibrillatori, artrocentesi, artroscopie, ecc.) effettuati durante il ricovero.
- La sezione **"Terapia farmacologica effettuata durante il ricovero"** è OPZIONALE ed è dedicata a descrivere l'elenco dei farmaci e le somministrazioni ricevute dal paziente durante il ricovero.
- La sezione **"Allergie "** è OPZIONALE ed è dedicata a descrivere l'elenco dei principi attivi o agenti allergenici rilevati sul paziente, incluse le intolleranze.
- La sezione **"Condizioni del paziente e diagnosi alla dimissione"** è OBBLIGATORIA e descrive l'elenco delle diagnosi di dimissione, in ordine di rilevanza.
- La sezione **"Terapia farmacologica alla dimissione"** è OPZIONALE ed è dedicata a descrivere tutti i farmaci che il paziente dovrebbe assumere al domicilio con le relative somministrazioni.
- La sezione **"Istruzioni di follow-up"** è OPZIONALE e include informazioni generali dell'evento clinico inerenti al passaggio di cura dal contesto ospedaliero a quello territoriale. In questa sezione possono essere descritti anche eventuali controlli, procedure o visite consigliate.

All'interno di ciascuna sezione DEVE essere presente un elemento **`<text>`** che contiene le informazioni human-readable specifiche della sezione.
A seconda del tipo di **`<section>`**, possono essere previsti elementi **`<entry>`**, parzialmente o totalmente codificati, contenenti informazioni di dettaglio quali misurazioni, interventi, somministrazione di farmaci o allegati multimediali,
Il contenuto informativo presente nelle entry codificate deve essere sempre riportato anche in forma testuale nel narrative block della sezione.

La referenziazione nella parte narrativa può avvenire sia tramite l'elemento *text* che attraverso l'elemento ***value/OriginalText***. Speciali vincoli esistenti a livello di entry possono imporre la presenza di entrambi: il primo elemento (*text*) descrive infatti le informazioni inerenti l'entry nella sua interezza (incluso date, commenti, etc etc); il secondo (***value/OriginalText)*** il solo concetto espresso dal codice (e.g. una diagnosi) senza le informazioni accessorie quali commenti aggiuntivi, stato della diagnosi, etc etc.

CONF-LDO-101: Ogni sezione, non contenente altre sottosezioni, **DEVE** contenere un CDA Narrative Block [parte narrativa di sezione] *clinicalDocument/component/structuredBody/component/section/text*)

CONF-LDO-102: Ogni sezione **DEVE** contenere un codice che ne definisce il tipo (*clinicalDocument/component/structuredBody/component/section/code*).

CONF-LDO-103: Ogni sezione **DEVE** contenere un titolo (*clinicalDocument/component/structuredBody/component/section/title*).

Esempio di utilizzo:

```
<component>
  <structuredBody moodCode="EVN" classCode="DOCBODY">
    <component typeCode="COMP">
      <section classCode="DOCSECT" moodCode="EVN">
        <code .../>
        <title>...</title>
        <text>...</text>
        <entry>
           <entryRelationship>...</entryRelationship>
           <entryRelationship>...</entryRelationship>
        </entry>
      </section>
    </component>
    <component typeCode="COMP">
      <section classCode="DOCSECT" moodCode="EVN">
        <code .../>
        <title>...</title>
        <text>...</text>
        <entry>
           <observation>...</observation>
        </entry>
      </section>
    </component>
  </structuredBody>
</component>
```

3.1 Sezione Motivo del ricovero

Elemento OBBLIGATORIO atto a descrivere la causa principale che ha determinato il ricovero del paziente.
Questa sezione è costituita da un elemento <section> di testo libero associato eventualmente ad elementy <entry> di tipo <observation> contenenti i codici delle diagnosi alla accettazione.
In questo elemento viene riportato il motivo del ricovero, inteso come diagnosi, quesito diagnostico o sintomatologia richiedente accertamenti ospedalieri.

3.1.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento OBBLIGATORIO di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di *<section>* che si sta compilando. La codifica che DEVE essere utilizzata per indicare che la *section* in oggetto è relativa al motivo del ricovero è la codifica LOINC.
Composizione di *<code>*:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"46241-6"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilzzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	Diagnosi di Accettazione	Nome della section ovvero descrizione sintetica del contenuto informativo secondo il vocabolario usato.

Esempio di utilizzo:

```
<code code="46241-6"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
      displayName=" Diagnosi di Accettazione "/>
```

3.1.2 Titolo della sezione: <title>

Elemento OBBLIGATORIO che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, deve essere mostrato a video insieme a tutto il testo della sezione (elemento *<text>*).

Esempio di utilizzo:

```
<title>Motivo del ricovero</title>
```

3.1.3 Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni "*human-readable*" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere *anche* articolata in modo da codificare l'informazione testuale nel

dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo. Vedere Appendice A per l'uso del blocco narrativo.

Esempio di utilizzo:

```
<text>
   <list>
      <item>
         <content ID="DIAG-1">Disturbo di panico</content>
      </item>
      <item>
         <content ID="DIAG-2">Ipertiroidismo</content>
      </item>
   </list>
</text>
```

3.1.4 Dettaglio di sezione: <entry>

Elemento OPZIONALE che consente di rappresentare in modo strutturato le informazioni di dettaglio riferite nel blocco narrativo.

3.1.4.1 Entry diagnosi di ammissione: <observation>

Elemento OPZIONALE atto a descrivere la/le diagnosi di ammissione, o ipotesi diagnostica, generalmente indicata tramite un codice del vocabilario ICD9_CM. Viene asssociato alla entry di cui sopra, e ripetuto per ogni elemento diagnostico distintivo.
L'attributo *<observation>/@moodCode* OBBLIGATORIO DEVE assumere valore costante **"EVN"**; l'attributo *<observation>/@classCode* DEVE assumere valore costante **"OBS"**.

Composizione di <observation>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		OBS	Observation

L'elemento *<observation>* DEVE contenere un elemento *<code>* che definisce il tipo di osservazione, ed un elemento <value> che specifica, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la diagnosi.

Composizione di <observation>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	8646-2	Codice diagnosi di ammissione
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID del Sistema di codifica LOINC.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Descrizione del sistema di codifica.
displayName	ST	"Diagnosi di Accettazione Ospedaliera"	Descrizione della diagnosi.

Composizione di <observation>/<value>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[CODICE _DIAGNOSI]	Codice della diagnosi.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.103"	OID del Sistema di codifica ICD-9-CM.
codeSystemName	ST	"ICD9CM"	Descrizione del sistema di codifica.
displayName	ST	[DESCRIZIONE_DIAGNOSI]	Descrizione della diagnosi.

L'elemento <*value*> PUO' contenere un elemento <*translation*> per riportare una ulteriore codifica della diagnosi. Gli attributi da valorizzare sono gli stessi dell'elemento <*value*> riportato in precedenza.

Esempio di utilizzo:

```
<entry>
       <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
……
        <code code="8646-2"
            codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
            displayName="Diagnosi di Accettazione Ospedaliera" />
…….
        <value xsi:type="CD"  code="[CODICE_ICD9_DIAGNOSI]"
            codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD9CM"
            displayName="[DESCRIZIONE_DIAGNOSI]">
            <translation code="[CODICE_DIAGNOSI]"  codeSystem="2.16.99"
              codeSystemName="Catalogo Ultraspecialisitco Locale"
              displayName="[DESCRIZIONE_DETTAGLIO_DIAGNOSI]"/>
         </code>
      </observation>
 </entry>
```

CONF-LDO-104: Il documento **DEVE** contenere una ed una sola sezione Motivo del ricovero

CONF-LDO-105: la sezione Motivo del ricovero **DEVE** avere un attributo <*code*> valorizzato con il codice **"46241-6"** ed il *codesystem* uguale a **"2.16.840.1.113883.6.1"**

CONF-LDO-106: la sezione "Motivo del ricovero" **PUO'** contenere un elemento *entry/observation*. Tale observation, se presente, **DEVE** contenere un elemento <code> valorizzato con l'attributo **@code = *"8646-2"*** e **@root = *"2.16.840.1.113883.6.1"*** e **PUÒ** contenere un elemento <*value*> che descrive la diagnosi di ammissione, avente l'attributo ***xsi:type="CD";*** l'attrbuto code derivato dal dizionario IDC9CM e l'attributo root uguale a "***2.16.840.1.113883.6.103***"

3.2 Sezione Inquadramento clinico iniziale

Elemento OPZIONALE che permette di riportare, in una parte testuale ed in altre tre strutturate una serie di informazioni relative all'anamnesi, all'esame obiettivo e alla terapia medica domiciliare.
Le indicazioni che seguono si riferiscono applicate a ciascun gruppo di informazioni, ognuno dei quali è rappresentato da una sezione.
Nel caso in cui non sia possibile seguire la strutturazione proposta in questo documento, sarà comunque possibile inserire nella parte testuale di questa sezione tutto il contenuto informativo.

3.2.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento OBBLIGATORIO di tipo Coded Element (CE) che qualifica ciascuna sezione di anamnesi/esame obiettivo. La codifica che DEVE essere utilizzata per specificare la tipologia della section in oggetto è la codifica LOINC.

Composizione di *<code>*:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	47039-3	Elemento estratto dal vocabolario utilizzato: "Hospital Admission history and physical note"
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilzzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	"Ricovero Ospedaliero, anamnesi ed esame obiettivo"	Inquadramento clinico iniziale

Esempio di utilizzo:

```
<code code=" 47039-3 "
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
      displayName="Ricovero Ospedaliero, anamnesi ed esame obiettivo"/>
```

3.2.2 Titolo della sezione: <title>

Elemento OBBLIGATORIO che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, deve essere mostrato a video insieme a tutto il testo della sezione (elemento *<text>*).

Esempio di utilizzo:

```
<title>Inquadramento Clinico Iniziale</title>
```

3.2.3 Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni "*human-readable*" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere *anche* articolata in modo da codificare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo. Vedere Appendice A per l'uso del blocco narrativo.

Esempio di utilizzo:

```
<text>
 <paragraph>
Proveniente da PS.
Paziente Diabetico NID, Ipertensione Arteriosa familiare.
EO Edemi declivi, murmure vescicolare normotrasmesso.
 </paragraph>
</text>
```

3.2.4 Sezione Anamnesi: <section>

Elemento OPZIONALE interno alla sezione "inquadramento clinico iniziale"che consente di rappresentare le informazioni di dettaglio riferite nel blocco narrativo
Questo elemento è collegato alla sezione contenitore Inquadramento clinico iniziale.
In questo elemento sono raggruppate le informazioni riguardanti l'anamnesi secondo la tipologia:

- Anamnesi Patologica Remota (malattie e interventi passati, disturbi noti, ecc.).
- Anamnesi Patologica Prossima.
- Anamnesi fisiologica, usi ed abitudini, sociale, riguardante le condizioni di vita del paziente, lo stile di vita, eventuali usi ed abusi.
- Anamnesi familiare

3.2.4.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento OBBLIGATORIO di tipo Coded Element (CE) che qualifica la sezione di anamnesi. La codifica che DEVE essere utilizzata per specificare la tipologia della section in oggetto è la codifica LOINC.

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	11329-0	Elemento estratto dal vocabolario utilizzato.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilzzata
displayName	ST	"Anamnesi Generale"	Nome della section ovvero descrizione sintetica del contenuto informativo secondo il vocabolario usato.

Esempio di utilizzo:

```
<code code=" 11329-0"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
      displayName=" Anamnesi Generale "/>
```

3.2.4.2 Titolo della sezione: <title>

Elemento OBBLIGATORIO che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, deve essere mostrato a video insieme a tutto il testo della sezione (elemento *<text>*).

Esempio di utilizzo:

```
<title>Anamnesi</title>
```

3.2.4.3 Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni "*human-readable*" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere *anche* articolata in modo da codificare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo. Vedere Appendice A per l'uso del blocco narrativo.

Esempio di utilizzo:

```
<text>
 <paragraph>
   <caption>Elenco degli interventi, data e commenti</caption>
   <content ID="INTCHIR-1">Appendicectomia nel giugno 2009
   </content>
   <content ID="INTCHIR-2">Cordotomia percutanea nel febbraio 1999,
</content>
 </paragraph>
</text>
```

3.2.5 Sezione Esame Obiettivo: <section>

Elemento OPZIONALE che rappresenta l'esame Obiettivo compiuto sul paziente all'ingresso, riportato nel blocco narrativo.
Questo elemento è collegato alla sezione contenitore Inquadramento clinico iniziale.

3.2.5.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento OBBLIGATORIO di tipo Coded Element (CE) che qualifica la sezione di anamnesi. La codifica che DEVE essere utilizzata per specificare la tipologia della section in oggetto è la codifica LOINC.

Composizione di *<code>*:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	29545-1	Codice Loinc per Esame Obiettivo
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilzzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	"Esame Obiettivo"	Nome della section ovvero descrizione sintetica del contenuto informativo secondo il vocabolario usato.

Esempio di utilizzo:

```
<code code=" 29545-1 "
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
      displayName=" Esame Obiettivo"/>
```

3.2.5.2 Titolo della sezione: <title>

Elemento OBBLIGATORIO che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, deve essere mostrato a video insieme a tutto il testo della sezione (elemento *<text>*).

Esempio di utilizzo:

```
<title>Esame Obiettivo</title>
```

3.2.5.3 Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni "*human-readable*" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere *anche* articolata in modo da codificare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo. Vedere Appendice A per l'uso del blocco narrativo.

Esempio di utilizzo:

```
<text>
 Condizioni generali: paziente vigile, orientato e collaborante.
Apparato cardiocircolatorio: azione cardiaca ritmica normofrequente, toni
puri e pause libere.
Soffi vascolari: assenti.
```

```
Polsi periferici: palpabili nelle comuni sedi di repere

Apparato respiratorio: Murmure vescicolare presente su tutto l'ambito, non
rumori patologici aggiunti

Addome: trattabile alla palpazione superficiale e profonda non dolente ne
dolorabile; Murphy: negativo. Blumberg: negativo. Giordano: negativo

Fegato: nei limiti

Milza: nei limiti

Turgore giugulare: assente

Edemi: assenti

</text>
```

3.2.6 Sezione Terapia Farmacologica all'Ingresso

Elemento OPZIONALE che descrive la lista dei farmaci che il paziente assumeva all'accesso, ovvero la terapia medica attuata al domicilio, oppure la terapia medica all'ingresso se il paziente non è proveniente da casa (Ricoverato da RSA, Altro reparto, altro servizio Sanitario).
Questo elemento è collegato alla sezione contenitore Inquadramento clinico iniziale.

3.2.6.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento OBBLIGATORIO di tipo Coded Element (CE) che qualifica la sezione di anamnesi. La codifica che DEVE essere utilizzata per specificare la tipologia della section in oggetto è la codifica LOINC.

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	42346-7	Medications on admission
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	2.19	Versione del vocabolario utilzzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	"Terapia Farmacologica all'ingresso"	Terapia all'ingresso

Esempio di utilizzo:

```
<code code="42346-7"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
      displayName="Terapia Farmacologica all'ingresso"/>
```

3.2.6.2 *Titolo della sezione: <title>*

Elemento OBBLIGATORIO che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, deve essere mostrato a video insieme a tutto il testo della sezione (elemento *<text>*).

Esempio di utilizzo:

```
<title> Terapia Farmacologica all'Ingresso </title>
```

3.2.6.3 *Blocco narrativo:* <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni "*human-readable*" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere *anche* articolata in modo da codificare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo. Vedere Appendice A per l'uso del blocco narrativo.

Esempio di utilizzo:

```
<text>
Losaprex 50 mg 1 cpr ore 8
Cardicor 5 mg 1 cpr ore 8
Lasix 25 mg 2 cpr ore 8
Peptazol 40 mg 1 cpr ore 8
Arixtra 2.5 mg 1 fl s.c. ore 8
Coumadin sec INR (range terapeutico 2-3)
</text>
```

3.3 Sezione Decorso Ospedaliero

Elemento OBBLIGATORIO atto a descrivere l'andamento del ricovero, il percorso diagnostico, terapeutico, riabilitativo o assistenziale.

3.3.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento OBBLIGATORIO di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di *<section>* che si sta compilando. La codifica che DEVE essere utilizzata per indicare che la *section* in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"8648-8"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilzzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	"Decorso ospedaliero"	Descrizione della sezione.

Esempio di utilizzo:

```
<code code="8648-8"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
      displayName="Decorso ospedaliero"/>
```

3.3.2 Titolo della sezione: <title>

Elemento OBBLIGATORIO che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, deve essere mostrato a video insieme a tutto il testo della sezione (elemento *<text>*).
Esempio di utilizzo:

```
<title> Decorso Ospedaliero </title>
```

3.3.3 Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni "*human-readable*" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere *anche* articolata in modo da codificare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo. Vedere Appendice A per l'uso del blocco narrativo.

Esempio di utilizzo:

```
<text>
   <paragraph>
            Il paziente giungeva alla nostra attenzione sintomatico per
scompenso cardiaco acuto. Durante il ricovero è stato ottenuto un
ripristino dello stato di compenso emodinamico mediante trattamento
farmacologico intensivo.
   </paragraph>
</text>
```

CONF-LDO-107: Il documento **DEVE** contenere una ed una sola sezioneDecorso Ospedaliero

CONF-LDO-108: la sezione Decorso Ospedaliero **DEVE** avere un attributo <*code*> valorizzato con il codice "***8648-8***" ed il *codesystem* uguale a "***2.16.840.1.113883.6.1***"

3.4 Sezione riscontri ed accertamenti significativi

Elemento OPZIONALE che specifica la sintesi delle consulenze specialistiche e indagini strumentali, di laboratorio, di anatomia patologica di particolare rilevanza clinica, eseguite durante il ricovero.

3.4.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento OBBLIGATORIO di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di *<section>* che si sta compilando. La codifica che DEVE essere utilizzata per specificare la tipologia della *section* in oggetto è la codifica LOINC. Composizione di *<code>:*

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"30954-2"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilzzata.
displayName	ST	"Esami diagnostici e/o di laboratorio significativi""	Descrizione della sezione.

Esempio di utilizzo:

```
<code code="30954-2"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      displayName=" Esami diagnostici e/o di laboratorio significativi "/>
```

3.4.2 Titolo della sezione: <title>

Elemento OBBLIGATORIO che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, deve essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento *<text>*).
Esempio di utilizzo:

```
      <title> Riscontri ed accertamenti significativi</title>
```

3.4.3 Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni "*human-readable*" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere *anche* articolata in modo da codificare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo. Vedere Appendice A per l'uso del blocco narrativo.
Esempio di utilizzo:

```
<text>
 <paragraph>
 In data 07/07 u.s eseguita valutazione ecocardiografica della malattia
valvolare aortica attraverso cui è stata data indicazione a correzione della
stenosi valvolare mediante impianto di protesi valvolare per via percutanea.
 </paragraph>
</text>
```

3.5 Sezione Procedure eseguite durante il ricovero

Elemento OPZIONALE che specifica la sintesi delle procedure diagnostiche e degli interventi (ad es.: endoscopie, biopsie, coronarografie, impianti di pace-maker e defibrillatori, artrocentesi, artroscopie, ecc.) effettuati durante il ricovero.

3.5.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento OBBLIGATORIO di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di **<section>** che si sta compilando. La codifica che DEVE essere utilizzata per indicare che la *section* in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

Composizione di <*code*>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"29554-3"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilzzata.
displayName	ST	"Procedure"	Descrizione della sezione.

Esempio di utilizzo:

```
<code code="29554-3"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
      displayName="Procedure"/>
```

3.5.2 Titolo della sezione: <title>

Elemento OBBLIGATORIO che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, deve essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento <*text*>).
Esempio di utilizzo:

```
<title> Procedure eseguite durante il ricovero</title>
```

3.5.3 Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni "*human-readable*" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere *anche* articolata in modo da codificare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo. Vedere Appendice A per l'uso del blocco narrativo.

Esempio di utilizzo:

```
<text>
  <paragraph>
In data 15/7 correzione della stenosi valvolare mediante impianto di
protesi valvolare per via percutanea. Decorso post-operatori regolare.
 </paragraph>
</text>
```

3.6 Sezione Allergie

Elemento OPZIONALE che descrive le allergie o reazioni avverse a pricipi attivi farmaceutici, alimentari o allergeni in generale, riportate dal paziente e/o riscontrate durante il ricovero"

3.6.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento OBBLIGATORIO di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di *<section>* che si sta compilando. La codifica che DEVE essere utilizzata per indicare che la *section* in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.
Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"48765-2"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilzzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	"ALLERGIE E/O REAZIONI AVVERSE"	Nome della section

Esempio di utilizzo:

```
<code code="48765-2"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
      displayName=" ALLERGIE E/O REAZIONI AVVERSE "/>
```

3.6.2 Titolo della sezione: <title>

Elemento OBBLIGATORIO che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, deve essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento *<text>*).

Esempio di utilizzo:

```
<title> Allergie e/o Reazioni Avverse </title>
```

3.6.3 Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni "*human-readable*" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere *anche* articolata in modo da codificare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo. Vedere Appendice A per l'uso del blocco narrativo.

Esempio di utilizzo:

```
<text>
Allergico a Cefalosporine
Allergia a contatto per lattice
Allergia a contatto ed inalazione per polvere comune
```

```
Allergia alimentare ai flavonoidi
</text>
```

3.7 Sezione Terapia farmacologica effettuata durante il ricovero

Elemento OPZIONALE che contiene l'elenco dei farmaci e le somministrazioni ricevute dal paziente durante il ricovero.

3.7.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento OBBLIGATORIO di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di *<section>* che si sta compilando. La codifica che DEVE essere utilizzata per indicare che la *section* in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	10160-0	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilzzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	Terapie Farmacologiche	Nome della section ovvero descrizione sintetica del contenuto informativo secondo il vocabolario usato.

Esempio di utilizzo:

```
<code code="10160-0"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
      displayName=" Terapie Farmacologiche "/>
```

3.7.2 Titolo della sezione: <title>

Elemento OBBLIGATORIO che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, deve essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento *<text>*).

Esempio di utilizzo:

```
<title>Terapia farmacologica effettuata durante il ricovero</title>
```

3.7.3 Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni "*human-readable*" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere *anche* articolata in modo da codificare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo. Vedere Appendice A per l'uso del blocco narrativo.

Esempio di utilizzo:

```
<text>
Dal 1/7 al 7/7: Losaprex 50 mg 1 cpr ore 8
```

```
Dal 1/7 al 7/7: Cardicor 5 mg 1 cpr ore 8
Dal 1/7 al 7/7: Lasix 25 mg 2 cpr ore 8
Dal 1/7 al 7/7: Peptazol 40 mg 1 cpr ore 20
Dal 1/7 al 7/7: Arixtra 2.5 mg 1 fl s.c. ore 20
Dal 1/7 al 7/7: Coumadin sec INR (range terapeutico 2-3)
</text>
```

3.7.4 Dettaglio di sezione: <entry>

Elemento OPZIONALE che consente di rappresentare in modo strutturato le informazioni di dettaglio riferite nel blocco narrativo.

Come noto, le informazioni relative alle terapie farmacologiche somministrate, soprattutto in ambito ospedaliero, possono essere particolarmente complesse: sia in termini di identificazione del farmaco somministrato che di dati relativi alla somministrazione. In questa versione del documento è stato deciso di limitare le informazioni descritte al solo farmaco somministrato, considerando solo il caso più smeplice di farmaco identiifcabile con un singolo codice AIC e/o ATC.
Future versioni potranno utilizzare template più completi (e.g. incdluere informazioni sul dosaggio o sulla modalità di somminstrazione) e coprire casistiche più complesse (e.g. cocktail di farmaci).

3.7.4.1 Dettaglio terapia farmacologica somministrata: <substanceAdministration>

Elemento OPZIONALE atto a descrivere la terapia farmacologica somministrata durante il ricovero.
L'attributo *<substanceAdministration>/@moodCode* OBBLIGATORIO DEVE assumere valore costante **"EVN"**; l'attributo < *substanceAdministration* >/*@classCode* DEVE assumere valore costante **"SBADM"**.

Composizione di <substanceAdministration>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		SBADM	SubstanceAdministration

L'elemento *<substanceAdministration>* DEVE contenere un elemento *<consumable/manufacturedProduct>* che definisce definisce il tipo di terapia somministrata, attraverso la codifica AIC e ATC.

CONF-LDO-109: Ogni elemento *substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial* **DEVE** avere l'elemento *substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial/code* valorizzato come segue:

- *code* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) DEVE assumere uno dei valori previsti nel catalogo nazionale di codifica dei farmaci AIC;
- *codeSystem* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo UID (Unique Identifier String) rappresenta l'OID del sistema di codifica del catalogo nazionale dei farmaci AIC e **DEVE** assumere il valore costante 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5;
- *codeSystemName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String), se presente, **DEVE** assumere il valore costante *Tabella farmaci AIC;*
- *codeSystemVersion* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) rappresenta la versione del vocabolario. Si suggerisce di indicare l'anno di pubblicazione della tabella farmaci AIC a cui ci si riferisce;
- *displayName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) assume il valore della descrizione del codice AIC in oggetto.

*Inoltre, manufacturedMaterial/code **PUÒ** gestire la componente translation le cui* componenti DOVREBBERO essere valorizzate come segue:

- *code* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere uno dei valori previsti nel dizionario internazionale di codifica ATC;
- *codeSystem* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo UID (Unique Identifier String) rappresenta l'OID del sistema di codifica internazionale ATC e **DEVE** assumere il valore costante *2.16.840.1.113883.6.73*;
- *codeSystemName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String), se presente, DEVE assumere il valore costante *WHO ATC;*
- *codeSystemVersion* (**OPZIONALE**). Tale attributo, se presente, **DEVE** assumere il valore costante che rappresenta l'anno di pubblicazione della tabella di codifica ATC (e.g. *2007*).

3.8 Sezione Condizioni del paziente e diagnosi alla dimissione

Elemento OBBLIGATORIO che contiene la condizione del paziente alla dimissione, le diagnosi in formato testuale e/o l'elenco delle diagnosi di dimissione, in ordine di rilevanza. Alla sezione contenente la diagnosi e lo stato del paziente in forma testuale possono essere associati uno o più elemento <observation> conenenti le singole diagnosi, codificate oppure no.

3.8.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento OBBLIGATORIO di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di *<section>* che si sta compilando. La codifica che DEVE essere utilizzata per indicare che la *section* in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"11535-2"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilzzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	"Diagnosi di Dimissione""	Nome della section ovvero descrizione sintetica del contenuto informativo secondo il vocabolario usato.

Esempio d'utilizzo:

```
<code code="11535-2"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
      displayName=" Diagnosi di Dimissione "/>
```

3.8.2 Titolo della sezione: <title>

Elemento OBBLIGATORIO che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, deve essere mostrato a video insieme a tutto il testo della sezione (elemento *<text>*).
Esempio di utilizzo:

```
<title>Condizioni del paziente e diagnosi alla dimissione</title>
```

3.8.3 Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni "*human-readable*" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere *anche* articolata in modo da codificare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo. Vedere Appendice A per l'uso del blocco narrativo.

Esempio di utilizzo:

```
<text>
Paziente in cattivo compenso emodinamico per insufficenza della Valvola
Aortica di grado severo. Non in grado di deambulare correttamente,
necessita di sedia a rotelle in ore serali. Si segnala inizio di sindrome
paranoica e COPD.
</text>
```

3.8.4 Dettaglio di sezione: <entry>

Elemento RACCOMANDATO che consente di rappresentare in modo strutturato le informazioni di dettaglio riferite nel blocco narrativo.

3.8.4.1 Dettaglio diagnosi di dimissione: <observation>

Elemento RACCOMANDATO atto a descrivere la diagnosi di dimissione.
L'attributo *<observation>/@moodCode* OBBLIGATORIO DEVE assumere valore costante **"EVN"**; l'attributo *<observation>/@classCode* DEVE assumere valore costante **"OBS"**.
Composizione di <observation>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		OBS	Observation

L'elemento *<observation>* DEVE contenere un elemento *<code>* che definisce definisce il tipo di osservazione, ed un elemento *<value>* che specifica, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la diagnosi.

Composizione di <observation>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	8651-2	Codice diagnosi di dimissione
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID del Sistema di codifica LOINC.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Descrizione del sistema di codifica.
displayName	ST	"Diagnosi di Dimissione Ospedaliera"	Descrizione della diagnosi.

<observation>/<value>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	[CODICE _DIAGNOSI]	Codice della diagnosi.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.103"	OID del Sistema di codifica.
codeSystemName	ST	"ICD9CM"	Descrizione del sistema di codifica.
displayName	ST	[DESCRIZIONE_DIAGNOSI]	Descrizione della diagnosi.

L'elemento <*value*> PUO' contenere un elemento <*translation*> per riportare una ulteriore codifica della diagnosi. Gli attributi da valorizzare sono gli stessi dell'elemento <*value*> riportato in precedenza.

Esempio di utilizzo:

```
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
 ……
        <code code=”8651-2"
            codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
displayName=“Diagnosi di Dimissione” />
…….
  <value xsi:type=”CD”  code="[CODICE_DIAGNOSI]"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD9CM"
displayName="[DESCRIZIONE_DIAGNOSI]">
     <translation code="7654.321" codeSystem= 2.16.840.1.113883.6.99.99.99
codeSystemName="Catalogo Universitario" displayName="Diagnosi ext"/>
    </value>
</observation>
```

Nel caso in cui non sia disponibile una strutturazione codificata della diagnosi alla dimissione si veda il capitolo precedente.

CONF-LDO-110: Il documento **DEVE** contenere una ed una sola sezione Condizioni del paziente alla dimissione e diagnosi

CONF-LDO-111: la sezione “Condizioni del paziente alla dimissione e diagnosi” **DEVE** avere un attributo <*code*> valorizzato con il codice "***11535***-2" ed il *codesystem* uguale a "2.16.840.1.113883.6.1";

CONF-LDO-112: la sezione “Condizioni del paziente alla dimissione e diagnosi” **DOVREBBE** contenere un elemento *entry/observation*. Se presente, tale Observation: **DEVE** contenere un elemento <*code*> valorizzato con l’attributo **@code = "*8651-2*"** e **@root = "*2.16.840.1.113883.6.1*"** e **PUÒ** contenere un elemento <*value*> che descrive la diagnosi alla dimissione, avente l’attributo ***xsi:type=”CD”***; l’attrbuto code derivato dal dizionario IDC9CM e l’attributo ***root*** uguale a ***"2.16.840.1.113883.6.103”***

3.9 Sezione Terapia farmacologica alla dimissione

Elemento OPZIONALE che contiene l'elenco dei farmaci che il paziente dovrebbe assumere al domicilio.

3.9.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento OBBLIGATORIO di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di *<section>* che si sta compilando. La codifica che DEVE essere utilizzata per indicare che la *section* in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"10183-2"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilzzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	"Terapia farmacologica alla dimissione "	Nome della section ovvero descrizione sintetica del contenuto informativo secondo il vocabolario usato.

Esempio di utilizzo:

```
<code code="10183-2"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
      displayName=" Terapia farmacologica alla dimissione"/>
```

3.9.2 Titolo della sezione: <title>

Elemento OBBLIGATORIO che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, deve essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento *<text>*).

Esempio di utilizzo:

```
<title>Terapia farmacologica alla dimissione</title>
```

3.9.3 Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni "*human-readable*" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere *anche* articolata in modo da codificare l'informazione testuale nel

dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo. Vedere Appendice A per l'uso del blocco narrativo.

Esempio di utilizzo:

```
<text>
          <list>
<item>Norvasc 5 mg 1 cp ore 20
<item>Cardioaspirina 100 mg 1 cp ore 12
<item>Lasix 25 mg 1 cp il Lun e Ven ore 8
<item>Karvea 150 mg 1 cp ore 8
<item>Dilatrend 6,25 mg 1/2 cp x 2 ore 8-20
<item>Terapia insulinica come da schema domiciliare
<item>Fragmin 0,6 ml 1 fl ore 8 fino a INR > 2
<item>Coumadin sec INR con range 2-3
</list>
</text>
```

3.9.4 Dettaglio di sezione: <entry>

Elemento OPZIONALE che consente di rappresentare in modo strutturato le informazioni di dettaglio riferite nel blocco narrativo.

3.9.4.1 Dettaglio terapia farmacologica richiesta: <substanceAdministration>

Elemento OPZIONALE atto a descrivere la terapia farmacologica richiesta in fase di dimissione.
L'attributo *<substanceAdministration>/@moodCode* DEVE assumere valore costante **"INT"**; l'attributo *<substanceAdministration>/@classCode* DEVE assumere valore costante **"SBADM"**.

Composizione di <substanceAdministration>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		INT	Intent
classCode		SBADM	SubstanceAdministration

L'elemento *<substanceAdministration>* DEVE contenere un elemento *<consumable/manufacturedProduct>* che definisce definisce il tipo di terapia richiesta, attraverso la codifica AIC, ATC e/o dei Gruppi di Equivalenza (GE) secondo la codifica AIFA.
Se presenti più codici (Es. AIC e ATC, o AIC e GE), nel *ManufacturedMaterial/code* DEVE essere riportato il codice del prodotto prescritto, mentre nella *translation* PUÒ essere riportata una codifica alternativa.

CONF-LDO-113: Ogni elemento *substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial* **DEVE**

avere l'elemento *substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial/code* valorizzato come segue:

- *code* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** essere assumere uno dei valori previsti dai sistemi di codifica AIC, WHO ATC, oppure GE.
- *codeSystem* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo UID (Unique Identifier String) **DEVE** essere selezionato in base al sistema di codifica utilizzato: AIC (***2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5***), WHO ATC (***2.16.840.1.113883.6.73***), oppure GE (***2.16.840.1.113883.2.9.6.1.51***).
- *codeSystemName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String), se presente, **DEVE** assumere il valore costante "***Tabella farmaci AIC***" *nel caso della codifica AIC, oppure "****WHO ATC****" nel caso della codifica ATC, oppure "****Gruppi di Equivalenza****" nel caso della codifica GE.*
- *codeSystemVersion* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) rappresenta la versione del vocabolario.
- *displayName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) assume il valore della descrizione associata al codice del prodotto.

Inoltre, manufacturedMaterial/code PUÒ gestire la componente translation le cui componenti **DOVREBBERO** essere valorizzate come segue:

- *code* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere uno dei valori previsti dai sistemi di codifica WHO ATC, oppure GE.
- *codeSystem* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo UID (Unique Identifier String) rappresenta l'OID del sistema di codifica internazionale ATC e **DEVE** assumere il valore costante "***WHO ATC***" *nel caso della codifica ATC, oppure "****Gruppi di Equivalenza****" nel caso della codifica GE.*
- *codeSystemName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String), se presente, **DEVE** assumere il valore costante "***WHO ATC***" *nel caso della codifica ATC, oppure "****Gruppi di Equivalenza****" nel caso della codifica GE.*
- *codeSystemVersion* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) rappresenta la versione del vocabolario.
- *displayName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) assume il valore della descrizione associata al codice del prodotto.

3.10 Sezione Istruzioni di follow-up

Elemento OPZIONALE che specifica informazioni generali dell'evento clinico inerenti al passaggio di cura dal contesto ospedaliero a quello territoriale. In questa sezione possono essere descritti anche eventuali controlli, procedure o visite consigliate. Questa sezione DOVREBBE essere sempre compilata, eccezion fatta per gli scenari che non prevedono una presentazione delle informazioni ad un operatore sanitario territoriale (ad es., in caso di decesso del paziente durante il ricovero).

3.10.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento OBBLIGATORIO di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di *<section>* che si sta compilando. La codifica che DEVE essere utilizzata per indicare che la *section* in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.
Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"18776-5"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilzzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	Piano di Cura	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

```
<code code="18776-5"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
      displayName=" Piano di Cura "/>
```

3.10.2 Titolo della sezione: <title>

Elemento OBBLIGATORIO che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, deve essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento *<text>*).

Esempio di utilizzo:

```
<title>Istruzioni di follow-up</title>
```

3.10.3 Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni "*human-readable*" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere *anche* articolata in modo da codificare l'informazione testuale nel

dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo. Vedere Appendice A per l'uso del blocco narrativo.

Esempio di utilizzo:

```
<text>
      <paragraph>
Viene data indicazione a correzione della stenosi valvolare mediante
impianto di protesi valvolare per via percutanea. Si ritiene opportuno che
tale intervento venga svolto solamente dopo un intervallo di tempo
adeguato a permettere la stabilizzazione anatomo-funzionale della fistola
artero-venosa recentemente confezionata.
</paragraph>
</text>
```

4 Appendice A: Blocco Narrativo

Il blocco narrativo è relativo ad un elemento <title> e <text>, e rappresenta la formattazione del testo in stile simile ad XHTML.
All'interno di questo blocco l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni che devono essere fruite dagli essere unami *"human-readable"* . Questa parte narrativa può inoltre essere *anche* articolata in modo da consentire la strutturazione del testo..
In generale l'elemento **<text>** deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singola informazione ritenuta rilevante.
Alcuni tag utilizzabili all'interno del blocco narrativo sono nel seguito.

4.1 Paragrafo

Con <paragraph> e </paragraph> si delimita un paragrafo.

Ad esempio:

```
<text>
<paragraph>Allergico a Cefalosporine e flavonoidi</paragraph>
</text>
```

4.2 A capo

Con <br> per un invio e nuova linea.

Ad esempio:

```
<text>
Paziente in cattivo compenso emodinamico per insufficenza della Valvola
Aortica di grado severo. <br>
Non in grado di deambulare correttamente, necessita di sedia a rotelle in
ore serali.<br>
Si segnala inizio di sindrome paranoica e COPD.
</text>
```

4.3 Liste di voci

<list> <item> </list> per una lista con voci identificate dal tag <item>.

Ad esempio:

```
<list>
<item>Norvasc 5 mg 1 cp ore 20
<item>Cardioaspirina 100 mg 1 cp ore 12
<item>Lasix 25 mg 1 cp il Lun e Ven ore 8
<item>Karvea 150 mg 1 cp ore 8
<item>Dilatrend 6,25 mg 1/2 cp x 2 ore 8-20
<item>Terapia insulinica come da schema domiciliare
```

```
<item>Fragmin 0,6 ml 1 fl ore 8 fino a INR > 2
<item>Coumadin sec INR con range 2-3
</list>
```

4.4 Testo formattato

Si usa il tag <content> con le proprietà styleCode.

Ad esempio:

```
<text>
    <content styleCode="Bold">This is rendered bold.<br>
       <content styleCode="Italics">this is rendered bold and
italicized,</content><br>
       this is rendered bold.
    </content>
    <content styleCode="Bold Italics">This is also rendered bold and
italicized</content>
</text>
```

Le proprietà utlizzabili sono:

Code	Definition
Font style (Defines font rendering characteristics.)	
Bold	Render with a bold font.
Underline	Render with an underlines font.
Italics	Render italicized.
Emphasis	Render with some type of emphasis.
Table rule style (Defines table cell rendering characteristics.)	
Lrule	Render cell with left-sided rule.
Rrule	Render cell with right-sided rule.
Toprule	Render cell with rule on top.
Botrule	Render cell with rule on bottom.
Ordered list style (Defines rendering characteristics for ordered lists.)	
Arabic	List is ordered using Arabic numerals: 1, 2, 3.
LittleRoman	List is ordered using little Roman numerals: i, ii, iii.
BigRoman	List is ordered using big Roman numerals: I, II, III.
LittleAlpha	List is ordered using little alpha characters: a, b, c.
BigAlpha	List is ordered using big alpha characters: A, B, C.
Unordered list style (Defines rendering characteristics for unordered lists.)	
Disc	List bullets are simple solid discs.
Circle	List bullets are hollow discs.
Square	List bullets are solid squares.