

HL7 Italia

www.hl7italia.it

Implementation Guide
Clinical Document Architecture (CDA) Rel. 2

Verbale di Pronto Soccorso (VPS)

(IT Realm)

Standard

Versione 1.0
Ballot
Gennaio 2018

Questo documento¹

Titolo (dc:title):	CAD VPS HL7 Italia
Data (dc:date):	10/01/2018
Status/Versione (hl7italia:version):	v01.0 – Ballot
Sostituisce (dc:relation.replaces):	
Diritti di accesso (dc:right.accessRights)	Documento pubblico
Nome File (hl7it:fileName):	HL7italia-IG_CDA_VPS-v1.0-Ballot-20180110.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):	Valeria Proietti	Ministero Salute
Contributore (dc:contributor):	Elisabetta Sartori	Ministero Salute
Contributore (dc:contributor):	Alessandra Di Bastiano	Ministero Salute
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):	Stefano Fioraso	Regione Autonoma Valle D'Aosta
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 - Lombardia
Contributore (dc:contributor):	Franca Refatti	Prov. Aut. Trento
Contributore (dc:contributor):	Cristina Ferri	Prov. Aut. Trento
Contributore (dc:contributor):	Alessandro Bertoldi	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	10/01/2018	Prima emissione ballot

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



Indice:

1 INTRODUZIONE	6
1.1 SCOPO DEL DOCUMENTO	6
1.2 CONTESTO DI RIFERIMENTO	6
1.3 A CHI È INDIRIZZATO IL DOCUMENTO	6
1.4 CONTRIBUTI	6
1.5 RIFERIMENTI	8
2 SOLUZIONE PROPOSTA.....	9
3 SPECIFICHE CDA2.....	40
3.1 USO DEI TEMPLATE	40
3.2 CONVENZIONI.....	40
3.2.1 Convenzioni utilizzate	40
3.3 HEADER CDA DEL DOCUMENTO DI VPS	42
3.4 ROOT DEL DOCUMENTO: <CLINICALDOCUMENT>	42
3.5 DOMINIO: <REALMCODE>	42
3.6 IDENTIFICATIVO CDA2: <TYPEID>	42
3.7 IDENTIFICATIVO DEL TEMPLATE HL7: <TEMPLATEID>	43
3.8 IDENTIFICATIVO DEL DOCUMENTO: <ID>	43
3.9 CODICE DEL DOCUMENTO: <CODE>	45
3.10 DATA DI CREAZIONE DEL DOCUMENTO: <EFFECTIVETIME>	45
3.11 RISERVATEZZA DEL DOCUMENTO: <CONFIDENTIALITYCODE>	46
3.12 LINGUA E DOMINIO: <LANGUAGECODE>	47
3.13 VERSIONE DEL DOCUMENTO: <SETID> E <VERSIONNUMBER>	47
3.14 PAZIENTE DEL VERBALE: <RECORDTARGET>.....	49
3.14.1 Paziente soggetto del Verbale: <patientRole>	49



3.14.2	<patient>	54
3.15	AUTORE DELLA LETTERA: <AUTHOR>	55
3.16	CONSERVAZIONE DEL VERBALE: <CUSTODIAN>	56
3.16.1	Organismo Custode	56
3.17	FIRMATARIO DEL DOCUMENTO: <LEGALAUTHENTICATOR>	56
3.18	SOGGETTI PARTECIPANTI: <PARTICIPANT>	57
3.19	DOCUMENTATIONOF.....	57
3.19.1	Date di presa in carico < effectiveTime >	58
3.19.2	Medico responsabile presa in carico < performer >	58
3.20	VERSIONAMENTO DEL DOCUMENTO: <RELATEDDOCUMENT>	58
3.21	ACCESSO DI RIFERIMENTO: <COMPONENTOF>	59
3.21.1	Identificativo dell'accesso <id>	59
3.21.2	Date di accesso e di dimissione < effectiveTime >	59
3.21.3	Direttore del Pronto Soccorso <responsibleParty>	59
3.21.4	Operatore accettazione <encounterParticipant>	59
3.21.5	Pronto Soccorso e Istituto: <healthCareFacility>	60
3.22	BODY CDA DEL DOCUMENTO DI VPS	62
3.23	SEZIONE MODALITÀ DI TRASPORTO	65
3.23.1	Entry Trasporto: <act>	65
3.24	SEZIONE MOTIVO DELLA VISITA	67
3.24.1	Entry Problema Principale: <Observation>	67
3.25	SEZIONE TRIAGE	69
3.25.1	Entry Triage: <Observation>	69
3.26	SEZIONE INQUADRAMENTO CLINICO INZIALE	71
3.26.1	Sezione Anamnesi	71
3.26.2	Sezione Esame Obiettivo	72
3.26.3	Sezione Terapia farmacologica all'ingresso.....	73
3.26.4	Sezione Allergie.....	73
3.26.5	Sezione Problemi aperti.....	74
3.27	SEZIONE ENCOUNTERS	76
3.27.1	Entry Encounter Activity: <encounter>	76
3.28	SEZIONE DECORSO OSPEDALIERO.....	79
3.29	SEZIONE INTERVENTI PRESTAZIONI CONSULENZE E RICHIESTE	80
3.29.1	Entry Interventi, Prestazioni e Consulenze: <act>	80



3.30 SEZIONE ACCERTAMENTI.....	82
3.30.1 Entry Accertamenti: <organizer>	82
3.31 SEZIONE PARAMETRI VITALI.....	85
3.31.1 Entry Organizer Parametri Vitali: <organizer>	85
3.32 SEZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA IN PRONTO SOCCORSO	87
3.32.1 Entry Terapie Farmacologiche: <substanceAdministration>	87
3.33 SEZIONE DIMISSIONE	89
3.33.1 Entry Dimissione: <act>	90
3.33.2 Entry Prognosi: <observation>	93
3.33.3 Entry Livello appropriatezza: <observation>	93
3.33.4 Entry Data Decesso: <observation>	94
3.33.5 Entry Richiesta autopsia: <observation>	94
3.34 SEZIONE PIANO DI CURA ALLA DIMISSIONE	95
3.34.1 Entry Controlli: <act>	95
3.35 SEZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA ALLA DIMISSIONE	97
3.35.1 Entry Terapie Farmacologiche: <substanceAdministration>	97
4 APPENDICE: OID E VOCABOLARI.....	100
4.1 TEMPLATE ID IN QUESTA GUIDA	100
4.2 VOCABOLARI	102
4.2.1 Value Set	102
5 RIFERIMENTI.....	106
6 ALLEGATI.....	107

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 del Verbale di Pronto Soccorso 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 –Verbale di Pronto Soccorso 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.

Il Verbale di Pronto Soccorso è un documento che riassume i risultati di tutte le indagini eseguite in regime di urgenza in Pronto Soccorso, attestando quanto effettuato per l'inquadramento diagnostico e terapeutico. Esso è indirizzato al paziente ed al suo medico curante.

La dimissione può avvenire anche dopo un periodo di OBI – Osservazione Breve Intensiva – che avviene all'interno del Pronto Soccorso stesso.

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 nove 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 Verbale di Pronto Soccorso rientra tra i documenti clinici oggetto del lavoro del Gruppo 2, che ha impostato le attività in sinergia con il Gruppo di Progetto di HL7 Italia che aveva avviato nel mese di febbraio 2017 i lavori sulla definizione delle specifiche CDA del Verbale di Pronto Soccorso.

Segue l'elenco dei contributori del Gruppo di Progetto di HL7 Italia.

	Nome	Organizzazione
Responsabile (hl7it:responsible):	Giorgio Cangoli	HL7 Italia
Responsabile (hl7it:responsible):	Marco Devanna	CUP2000 (per Regione Emilia Romagna)
Contributore (dc:contributor):	Omar Lorenzini	Regione Toscana
Contributore (dc:contributor):	Federico Massei	Dedalus SpA
Contributore (dc:contributor):	Leonardo Alcaro	Innova Puglia
Contributore (dc:contributor):	Gianluca Del Conte	ARIT
Contributore (dc:contributor):	Fabrizio Rusca	Regione Lazio
Contributore (dc:contributor):	Michele Recine	Regione Basilicata
Contributore (dc:contributor):	Elena Costa	Consorzio Arsenal.IT (per Regione Veneto)
Contributore (dc:contributor):	Teresa Bulloni	ESTAR Toscana
Contributore (dc:contributor):	Lorenzo Sornaga	Laziocrea
Contributore (dc:contributor):	Consiglia Montaruli	LORAN
Contributore (dc:contributor):	Luca Augello	LISPA (per Regione Lombardia)
Contributore (dc:contributor):	Lotti Stefano	Invitalia
Contributore (dc:contributor):	Mario Ciampi	CNR
Contributore (dc:contributor):	Sartori Leonardo	APSS Trento
Contributore (dc:contributor):	Gianmaria Mancosu	Regione Sardegna
Contributore (dc:contributor):	Maria Teresa Chiaravalloti	CNR
Contributore (dc:contributor):	Maurizio Bonatti	IASI Sanità
Contributore (dc:contributor):	Giancarlo Conti	Regione Marche
Contributore (dc:contributor):	Davide Lucchi	Insiel Mercato
Contributore (dc:contributor):	Milena Solfiti	Regione Umbria
Contributore (dc:contributor):	Mezzetti Gerard	Insiel
Contributore (dc:contributor):	Zamberlan Igor	Liguria Digitale

Si è cercato di non introdurre obbligatorietà che potrebbero impattare sugli



applicativi in uso nelle diverse aziende sanitarie, nonché apportare modifiche solo ove ritenute strettamente necessarie per impattare il meno possibile su quelle regioni che avessero già effettuato investimenti per l'invio dei documenti clinici al FSE.

Data la rilevanza nazionale delle attività dei Gruppi ministeriali, si adotta il processo di sviluppo in "Fast Track" del presente documento, realizzato esternamente ad HL7 Italia.

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.



2 SOLUZIONE PROPOSTA

Di seguito si riporta la tabella relativa ai contenuti informativi, obbligatori e facoltativi, del verbale di pronto soccorso.

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Dati Intestazione	Dati Identificativi Del Paziente	Identificativi Paziente	Codice Fiscale dell'assistito (o STP / TEAM nei casi opportuni)	obbligatorio	[1..1]	codificato	Agenzia delle Entrate	Anagrafe Assistiti	
Dati Intestazione	Dati Identificativi Del Paziente	Nome Paziente		obbligatorio	[1..1]	testo libero		Anagrafe Assistiti	
Dati Intestazione	Dati Identificativi Del Paziente	Cognome Paziente		obbligatorio	[1..1]	testo libero		Anagrafe Assistiti	
Dati Intestazione	Dati Identificativi Del Paziente	Data Nascita Paziente		obbligatorio	[1..1]	codificato	[GG/MM/AAAA]	Anagrafe Assistiti	
Dati Intestazione	Dati Identificativi Del Paziente	Luogo Nascita Paziente	Nome del comune di nascita. Codice istat comune di nascita. Codice istat stato straniero.	opzionale	[0..1]	codificato + testo libero	ISTAT	Anagrafe Assistiti	
Dati Intestazione	Dati Identificativi Del Paziente	Genere Amministrativo Paziente		obbligatorio	[1..1]	codificato		Anagrafe Assistiti	
Dati Intestazione	Dati Identificativi	Indirizzo Residenza	Indirizzo, cap, comune (descrizione	opzionale	[0..1]	codificato +	ISTAT	Anagrafe Assistiti	

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
	Del Paziente	Paziente	e istat)			testo libero			
Dati Intestazione	Dati Identificativi Del Paziente	Recapito Telefonico Paziente		opzionale	[0..1]	testo libero			
Dati Intestazione	Dati Specifici Documento	Data E Ora Del Verbale	Data di creazione dell'istanza del documento.	obbligatorio	[1..1]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Dati Intestazione	Dati Autore Verbale	Codice Fiscale Autore	Un verbale di PS può avere uno o più autori. Autore sempre essere umano.	obbligatorio	[1..N]	codificato	Agenzia delle Entrate		
Dati Intestazione	Dati Autore Verbale	Nome Autore		opzionale	[0..N]	testo libero			
Dati Intestazione	Dati Autore Verbale	Cognome Autore		opzionale	[0..N]	testo libero			
Dati Intestazione	Dati Firmatario Del Verbale	Codice Fiscale Firmatario	Medico che ha firmato il verbale. Tipicamente il medico che ha effettuato la dimissione	obbligatorio	[1..1]	codificato	Agenzia delle Entrate		
Dati	Dati	Nome		obbligatorio	[1..1]	testo			

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Intestazione	Firmatario Del Verbale	Firmatario				libero			
Dati Intestazione	Dati Firmatario Del Verbale	Cognome Firmatario		obbligatorio	[1..1]	testo libero			
Dati Intestazione	Dati Firmatario Del Verbale	Data E Ora Di Firma		obbligatorio	[1..1]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Dati Intestazione	Dati Pronto Soccorso	Azienda Sanitaria PS		obbligatorio	[1..1]	codificato + testo libero	STS.11 - HSP.11 - HSP.11bis		Azienda (Sanitaria od Ospedaliera) in cui è avvenuto il ricovero in pronto soccorso. Eventualmente nome, indirizzo
Dati Intestazione	Dati Pronto Soccorso	Istituto PS	Istituto in cui è stata erogata la prestazione.	obbligatorio	[1..1]	codificato	STS.11 - HSP.11 - HSP.11bis		Codice regione + codice presidio + subcodice stabilimento
Dati Intestazione	Dati Pronto Soccorso	Id Pronto Soccorso		opzionale	[0..1]	codificato			

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Dati Intestazione	Dati Pronto Soccorso	Direttore PS		opzionale	[0..1]	testo libero			
Dati Intestazione	Dati Pronto Soccorso	Nome PS		opzionale	[0..1]	testo libero			
Dati Intestazione	Dati Pronto Soccorso	Indirizzo PS		opzionale	[0..1]	testo libero			
Dati Intestazione	Dati Pronto Soccorso	Email Segreteria PS		opzionale	[0..1]	testo libero			
Dati Intestazione	Dati Pronto Soccorso	Recapito Telefonico Segreteria PS		opzionale	[0..1]	testo libero			
Accesso	Dati Accesso	Numero Del Verbale	Identificativo dell'accesso in pronto soccorso.	opzionale	[0..1]	codificato			Accettazione, ingresso
Accesso	Dati Accesso	Data Ora Di Ingresso	Data ora in cui è avvenuta l'accettazione	obbligatorio	[1..1]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Accesso	Dati Accesso	Codice Fiscale Operatore Accettazione	Operatore che ha effettuato l'accettazione.	opzionale	[0..1]	codificato	Agenzia delle Entrate		
Accesso	Dati Accesso	Nome Operatore Accettazione	Operatore che ha effettuato l'accettazione.	opzionale	[0..1]	testo libero			

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Accesso	Dati Accesso	Cognome Operatore Accettazione	Operatore che ha effettuato l'accettazione.	opzionale	[0..1]	testo libero			
Accesso	Dati Accesso	Responsabile Invio	Indica il responsabile dell'invio del cittadino al Pronto Soccorso.	obbligatorio ove applicabile	[1..1]	codificato		"SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO SOCCORSO". (v7.4 2016) Ministero della Salute, e successivi aggiornamenti	"Inviato da"

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Accesso	Dati Accesso	Mezzo Di Trasporto	Indicazione della modalità di arrivo "fisica" al PS	obbligatorio ove applicabile	[1..1]	codificato		"SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO SOCCORSO". (v7.4 2016) Ministero della Salute, e successivi aggiornamenti	"Modalità Arrivo"
Motivo Della Visita	Motivo Della Visita	Causa Accesso	Motivo per cui il paziente accede al PS	obbligatorio ove applicabile	[1..1]	Testo libero + codificato (ove possibile)			Informazione codificata in aggiunta (o in alternativa) a quella descrittiva testuale.

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Motivo Della Visita	Motivo Della Visita	Problema Principale	Indica il problema / sintomo principale riscontrato/percepito al momento del triage.	obbligatorio ove applicabile	[1..1]	Testo libero + codificato (ove possibile)		"SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO SOCCORSO". (v7.4 2016) Ministero della Salute, e successivi aggiornamenti	
Triage	Dati Triage	Data Ora Triage		opzionale	[0..N]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Triage	Dati Triage	Codice Fiscale Operatore Triage		opzionale	[0..N]	codificato	Agenzia delle Entrate		
Triage	Dati Triage	Nome Operatore Triage		opzionale	[0..N]	testo libero			
Triage	Dati Triage	Cognome Operatore		opzionale	[0..N]	testo libero			

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
		Triage							
Triage	Dati Triage	Misurazioni Triage	Insieme delle misurazioni effettuate durante il triage, incluso eventuali parametri vitali e scala del dolore	opzionale	[0..N]	testo libero			
Triage	Dati Triage	Codice Triage		obbligatorio ove applicabile	[1..N]	codificato	R (Rosso, Molto critico) G (Giallo, Mediamente critico) V (Verde, Poco critico) B (Bianco, Non critico) N (Nero, Deceduto)	"SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO SOCCORSO". (v7.4 2016) Ministero della Salute, e successivi aggiornamenti	Codice triage assegnato all'accettazione e nei successivi controlli precedenti la visita medica.

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Triage	Dati Triage	Note Triage	Note testuali sul triage, inclusa eventuale anamnesi iniziale	opzionale	[0..N]	Testo libero			
Inquadramento Clinico Iniziale	Valutazione Clinica Iniziale	Data Ora Rilevazione		opzionale	[0..1]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		Terapia farmacologia all'ingresso + anamnesi (e allergie e problemi aperti) + esame obiettivo se non ulteriormente strutturate
Inquadramento Clinico Iniziale	Valutazione Clinica Iniziale	Codice Fiscale Medico Valutazione Clinica Iniziale	Dati del medico refertante che effettua la valutazione clinica iniziale	opzionale	[0..1]	codificato	Agenzia delle Entrate		
Inquadramento Clinico Iniziale	Valutazione Clinica Iniziale	Nome Medico Valutazione Clinica Iniziale	Dati del medico refertante che effettua la valutazione clinica	opzionale	[0..1]	testo libero			

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
			iniziale						
Inquadramento Clinico Iniziale	Valutazione Clinica Iniziale	Cognome Medico Valutazione Clinica Iniziale	Dati del medico refertante che effettua la valutazione clinica iniziale	opzionale	[0..1]	testo libero			
Inquadramento Clinico Iniziale	Valutazione Clinica Iniziale	Valutazione Clinica Iniziale	Descrizione testuale dell'inquadramento clinico iniziale	opzionale	[0..1]	testo libero			
Inquadramento Clinico Iniziale	Terapia Farmacologica All'ingresso	Data Ora Rilevazione		opzionale	[0..1]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Inquadramento Clinico Iniziale	Terapia Farmacologica All'ingresso	Codice Fiscale Medico Rilevazione Terapia Farmacologica All'ingresso	Dati del medico refertante che effettua la rilevazione della terapia farmacologica all'ingresso	opzionale	[0..1]	codificato	Agenzia delle Entrate		
Inquadramento Clinico Iniziale	Terapia Farmacologica All'ingresso	Nome Medico Rilevazione Terapia Farmacologica	Dati del medico refertante che effettua la rilevazione della terapia	opzionale	[0..1]	testo libero			

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
		a All'ingresso	farmacologica ini ingresso						
Inquadramento Clinico Iniziale	Terapia Farmacologica a All'ingresso	Cognome Medico Rilevazione Terapia Farmacologica a All'ingresso	Dati del medico refertante che effettua la rilevazione della terapia farmacologica ini ingresso	opzionale	[0..1]	testo libero			
Inquadramento Clinico Iniziale	Terapia Farmacologica a All'ingresso	Terapia Farmacologica a Ingresso	Descrizione testuale della terapia farmacologica all'ingresso	opzionale	[0..1]	testo libero			
Inquadramento Clinico Iniziale	Anamnesi	Data Ora Rilevazione		opzionale	[0..1]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Inquadramento Clinico Iniziale	Anamnesi	Codice Fiscale Medico Rilevazione Anamnesi	Dati del medico refertante che effettua la rilevazione dell'anamnesi	opzionale	[0..1]	codificato	Agenzia delle Entrate		
Inquadramento Clinico Iniziale	Anamnesi	Nome Medico Rilevazione Anamnesi	Dati del medico refertante che effettua la rilevazione dell'anamnesi	opzionale	[0..1]	testo libero			

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Inquadramento Clinico Iniziale	Anamnesi	Cognome Medico Rilevazione Anamnesi	Dati del medico refertante che effettua la rilevazione dell'anamnesi	opzionale	[0..1]	testo libero			
Inquadramento Clinico Iniziale	Anamnesi	Problemi Aperti	Descrizione dei problemi in essere	opzionale	[0..1]	testo libero			
Inquadramento Clinico Iniziale	Anamnesi	Allergie	Descrizione delle allergie del paziente	opzionale	[0..1]	testo libero			
Inquadramento Clinico Iniziale	Anamnesi	Anamnesi	Descrizione testuale dell'anamnesi	opzionale	[0..1]	testo libero			In questo elemento sono raggruppate le informazioni riguardanti l'anamnesi secondo la tipologia: <ul style="list-style-type: none"> •Anamnesi Patologica Remota •Anamnesi Patologica Prossima.

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
									<ul style="list-style-type: none"> •Anamnesi fisiologica, usi ed abitudini, sociale, riguardante le condizioni di vita del paziente, lo stile di vita, eventuali usi ed abusi. •Anamnesi familiare
Inquadramento Clinico Iniziale	Esame Obiettivo	Data Ora Rilevazione		opzionale	[0..1]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Inquadramento Clinico Iniziale	Esame Obiettivo	Codice Fiscale Medico Esame Obiettivo	Medico refertante che effettua l'esame obiettivo	opzionale	[0..1]	codificato	Agenzia delle Entrate		
Inquadramento Clinico Iniziale	Esame Obiettivo	Nome Medico Esame Obiettivo	Medico refertante che effettua l'esame obiettivo	opzionale	[0..1]	testo libero			

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Inquadramento Clinico Iniziale	Esame Obiettivo	Cognome Medico Esame Obiettivo	Medico refertante che effettua l'esame obiettivo	opzionale	[0..1]	testo libero			
Inquadramento Clinico Iniziale	Esame Obiettivo	Esame Obiettivo	Descrizione testuale dell'esame obiettivo	opzionale	[0..1]	testo libero			
Dati Visita	Presenza In Carico Di Pronto Soccorso	Data Ora Inizio	Data-ora di presa in carico iniziale del paziente da parte del medico di PS	opzionale	[0..1]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Dati Visita	Presenza In Carico Di Pronto Soccorso	Data Ora Fine	Data ed ora della fine di trattamento in Pronto Soccorso	opzionale	[0..1]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		In caso di trasferimento in OBI potrebbe non coincidere con la data-ora inizio dell'osservazione breve, nel caso non ci sia disponibilità immediata di un posto in OBI.

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
									In caso di non trasferimento in OBI può coincidere con la data-ora di dimissione
Dati Visita	Presenza In Carico Di Pronto Soccorso	Codice Fiscale Medico Responsabile Accettazione	Dati del medico responsabile della visita	opzionale	[0..1]	codificato	Agenzia delle Entrate		
Dati Visita	Presenza In Carico Di Pronto Soccorso	Nome Medico Responsabile Accettazione	Dati del medico responsabile della visita	opzionale	[0..1]	testo libero			
Dati Visita	Presenza In Carico Di Pronto Soccorso	Cognome Medico Responsabile Accettazione	Dati del medico responsabile della visita	opzionale	[0..1]	testo libero			
Dati Visita	Obi	Data Ora Inizio OBI	Data ora di presa in carico da parte dell'unità di Osservazione breve	opzionale	[0..1]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Dati Visita	Obi	Data Ora Fine OBI	Data ed ora della fine di trattamento in OBI	opzionale	[0..1]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Dati Visita	Obi	Codice Fiscale Medico Responsabile Accettazione OBI	Dati del medico responsabile dell'ammissione in OBI	opzionale	[0..1]	codificato	Agenzia delle Entrate		
Dati Visita	Obi	Nome Medico Responsabile Accettazione OBI	Dati del medico responsabile dell'ammissione in OBI	opzionale	[0..1]	testo libero			
Dati Visita	Obi	Cognome Medico Responsabile Accettazione OBI	Dati del medico responsabile dell'ammissione in OBI	opzionale	[0..1]	testo libero			
Dati Visita	Obi	Codice Fiscale Medico Responsabile Dimissione OBI	Dati del medico responsabile della dimissione da OBI	opzionale	[0..1]	codificato	Agenzia delle Entrate		
Dati Visita	Obi	Nome Medico Responsabile Dimissione	Dati del medico responsabile della dimissione da OBI	opzionale	[0..1]	testo libero			

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
		OBI							
Dati Visita	Obi	Cognome Medico Responsabile Dimissione OBI	Dati del medico responsabile della dimissione da OBI	opzionale	[0..1]	testo libero			
Dati Visita	Obi	Collocazione Paziente	Informazioni relative alla collocazione del paziente durante l'obi	opzionale, ripetibile	[0..N]	codificato + testo libero			
Dati Visita	Turnazione Medica	Data Ora Inizio	Data-ora di presa in carico del paziente da parte del medico di PS di turno	opzionale, ripetibile	[0..N]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Dati Visita	Turnazione Medica	Data Ora Fine	Data-ora di fine presa in carico del paziente da parte del medico di PS di turno	opzionale, ripetibile	[0..N]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Dati Visita	Turnazione Medica	Codice Fiscale Medico Responsabile Accettazione	Dati del medico responsabile della visita o dell'obi al cambio turno	opzionale, ripetibile	[0..N]	codificato	Agenzia delle Entrate		

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Dati Visita	Turnazione Medica	Nome Medico Responsabile Accettazione	Dati del medico responsabile della visita o dell'obi al cambio turno	opzionale, ripetibile	[0..N]	testo libero			
Dati Visita	Turnazione Medica	Cognome Medico Responsabile Accettazione	Dati del medico responsabile della visita o dell'obi al cambio turno	opzionale, ripetibile	[0..N]	testo libero			
Interventi Prestazioni Consulenze	Prestazioni	Data Ora Esecuzione Prestazione		opzionale	[0..N]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Interventi Prestazioni Consulenze	Prestazioni	Prescrittore	Operatore che ha richiesto la prestazione	opzionale	[0..N]	codificato + testo libero	Agenzia delle Entrate		Id, nome, cognome
Interventi Prestazioni Consulenze	Prestazioni	Esecutore	Operatore (medico, infermiere) che ha effettuato la prestazione	opzionale	[0..N]	codificato + testo libero	Agenzia delle Entrate		Id, nome, cognome
Interventi Prestazioni Consulenze	Prestazioni	Codice Prestazione	Codice della prestazione, incluse le eventuali prestazioni infermieristiche,	opzionale	[0..N]	codificato			Prestazioni eseguite (incluso eventuali prestazioni)

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
			durante la visita di PS o di OBI						infermieristiche) durante l'episodio di PS o di OBI
Interventi Prestazioni Consulenze	Prestazioni	Descrizione Prestazione	Descrizione testuale della prestazione, incluso eventuali note	opzionale	[0..N]	testo libero			
Interventi Prestazioni Consulenze	Consulenze Specialistiche	Tipo Consulenza	Codice di identificazione del tipo di prestazione richiesta / erogata	opzionale	[0..N]	codificato			
Interventi Prestazioni Consulenze	Consulenze Specialistiche	Data Ora Esecuzione Consulenza		opzionale	[0..N]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Interventi Prestazioni Consulenze	Consulenze Specialistiche	Data Ora Richiesta		opzionale	[0..N]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Interventi Prestazioni Consulenze	Consulenze Specialistiche	Prescrittore	Operatore che ha richiesto la consulenza	opzionale	[0..N]	codificato + testo libero	Agenzia delle Entrate		Id, nome, cognome
Interventi Prestazioni	Consulenze Specialistiche	Esecutore	Operatore (medico, infermiere) che ha	opzionale	[0..N]	codificato +	Agenzia delle Entrate		Id, nome, cognome

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Consulenze	e		effettuato la consulenza			testo libero			
Interventi Prestazioni Consulenze	Consulenze Specialistiche	Esito Consulenza	Descrizione Testuale della visita specialistica, incluso l'esito	opzionale	[0..N]	testo libero			
Accertamenti	Accertamenti Diagnostici E Di Laboratorio	Data Ora Accertamento		opzionale	[0..N]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Accertamenti	Accertamenti Diagnostici E Di Laboratorio	Data Ora Richiesta		opzionale	[0..N]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Accertamenti	Accertamenti Diagnostici E Di Laboratorio	Prescrittore	Operatore che ha richiesto l'accertamento.	opzionale	[0..N]	codificato + testo libero	Agenzia delle Entrate		Id, nome, cognome
Accertamenti	Accertamenti Diagnostici E Di Laboratorio	Esecutore	Operatore (medico, infermiere) che ha effettuato l'accertamento	opzionale	[0..N]	codificato + testo libero	Agenzia delle Entrate		Id, nome, cognome
Accertamenti	Accertamenti Diagnostici	Codice Prestazione		opzionale	[0..N]	codificato			

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
	E Di Laboratorio								
Accertamenti	Accertamenti Diagnostici E Di Laboratorio	Descrizione Prestazione		opzionale	[0..N]	testo libero			
Accertamenti	Accertamenti Diagnostici E Di Laboratorio	Risultati Accertamenti Laboratorio	Risultati degli accertamenti in forma testuale o codificata relativi ai singoli dati analitici o all'indagine nel suo insieme.	opzionale	[0..N]	codificato + testo libero			
Parametri Vitali	Misurazioni	Data Ora Misura		opzionale	[0..N]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Parametri Vitali	Misurazioni	Esecutore	Operatore (medico, infermiere) che ha effettuato la misurazione	opzionale	[0..N]	codificato + testo libero	Agenzia delle Entrate		Id, nome, cognome

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Parametri Vitali	Misurazioni	Codice Parametro		opzionale	[0..N]	codificato			Esempi di misure: Scala del dolore Frequenza cardiaca (Bpm) Pressione Arteriosa Sistolica/Diastolica (mmhg) Saturazione Ossigeno nel Sangue [SP02] (%)
Parametri Vitali	Misurazioni	Valore Parametro	Descrizione testuale di una singola misura	opzionale	[0..N]	testo libero			
Parametri Vitali	Misurazioni	Note Parametri Vitali	Descrizione testuale dell'insieme delle misurazioni effettuate	opzionale	[0..N]	testo libero			Alternativo al gruppo di misure parametri
Terapie Farmacologiche	Terapie Farmacologiche	Data Ora Terapia	Data della somministrazione o della prescrizione della terapia	opzionale	[0..N]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Terapie Farmacologiche	Terapie Farmacologiche	Prescrittore	Operatore che ha prescritto la terapia	opzionale	[0..N]	codificato + testo libero	Agenzia delle Entrate		Id, nome, cognome
Terapie Farmacologiche	Terapie Farmacologiche	Somministratore	Operatore(i) che hanno somministrato la terapia	opzionale	[0..N]	codificato + testo libero	Agenzia delle Entrate		Id, nome, cognome
Terapie Farmacologiche	Terapie Farmacologiche	Descrizione Terapia	Descrizione testuale della terapia	opzionale	[0..N]	testo libero			
Terapie Farmacologiche	Terapie Farmacologiche	Codice Prodotto	Codice del prodotto somministrato o richiesto	opzionale	[0..N]	codificato			
Decorso Clinico	Decorso Clinico	Decorso Clinico	Sintesi testuale delle informazioni riguardanti il decorso clinico del paziente durante l'arco temporale della permanenza in PS, comprendente valutazioni cliniche,	opzionale	[0..N]	testo libero			

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
			obiettivi clinici di breve periodo, note cliniche.						
Decorso Clinico	Decorso Clinico	Data E Ora Diario Clinico		opzionale	[0..N]	codificato			
Decorso Clinico	Decorso Clinico	Autore	Medico o infermiere	opzionale	[0..N]	codificato + testo libero	Agenzia delle Entrate		Id, nome, cognome
Dimissione	Dati Dimissione	Data Ora Dimissione	Data-ora chiusura caso	obbligatorio	[1..1]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Dimissione	Dati Dimissione	Codice Fiscale Medico Di Dimissione	Dati del medico che effettua la dimissione	obbligatorio	[1..1]	codificato	Agenzia delle Entrate		
Dimissione	Dati Dimissione	Nome Medico Dimissione	Dati del medico che effettua la dimissione	obbligatorio	[1..1]	testo libero			
Dimissione	Dati Dimissione	Cognome Medico Dimissione	Dati del medico che effettua la dimissione	obbligatorio	[1..1]	testo libero			

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Dimissione	Dati Dimissione	Note Dimissione	Note Testuali di dimissione. Conclusioni. È possibile riportare le note relative ad una dimissione temporanea e al successivo rientro del paziente.	opzionale		testo libero			
Dimissione	Dati Dimissione	Diagnosi Dimissione		obbligatorio	[1..N]	codificato ove possibile + testo libero	ICD-9-CM		
Dimissione	Dati Dimissione	Prognosi	Descrizione della prognosi, comprensiva del numero di giorni.	opzionale	[0..1]	testo libero			

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Dimissione	Dati Dimissione	Livello Appropriatezza		opzionale	[0..1]	codificato	R (Rosso, Molto critico) G (Giallo, Mediamente critico) V (Verde, Poco critico) B (Bianco, Non critico) N (Nero, Deceduto)	"SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO SOCCORSO". (v7.4 2016) Ministero della Salute, e successivi aggiornamenti	

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Dimissione	Dati Dimissione	Esito Trattamento		obbligatorio	[1..1]	codificato	Valori ammessi: 1=dimissione a domicilio; 2=ricovero in reparto di degenza; 3=trasferimento ad altro istituto; 4=deceduto in PS; 5=rifiuta ricovero; 6=il paziente abbandona il PS prima della visita medica; 7=il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica; 8=dimissione a strutture ambulatoriali; 9=giunto cadavere.	"SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO SOCCORSO". (v7.4 2016) Ministero della Salute, e successivi aggiornamenti	

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Dimissione	Piano Di Cura Alla Dimissione	Prescrittore	Operatore che ha prescritto la terapia, i controlli o ha dato i suggerimenti al paziente.	opzionale		codificato + testo libero	Agenzia delle Entrate		Id, nome, cognome
Dimissione	Piano Di Cura Alla Dimissione	Suggerimenti	Consigli e suggerimenti forniti al paziente	opzionale		testo libero			Generale
Dimissione	Piano Di Cura Alla Dimissione	Data Prescrizione		opzionale		codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Dimissione	Piano Di Cura Alla Dimissione	Controllo Piano Di Cura	Codice e descrizione del controllo suggerito	opzionale	[0..N]	codificato + testo libero			Lista dei controlli programmati o suggeriti
Dimissione	Piano Di Cura Alla Dimissione	Terapie Farmacologiche Prescritte	Codice e Descrizione della terapia	opzionale	[0..N]	codificato + testo libero			
Dimissione	Piano Di Cura Alla Dimissione	Id Ricetta Piano Di Cura	Identificativo NRE delle prescrizioni redatte dal prescrittore nell'ambito del piano	opzionale	[0..N]	codificato	NRE	SistemaTS	

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
			di cura alla dimissione						
Dimissione	Dati Decesso	Data Ora Decesso		opzionale	[0..1]	codificato	[yyyymmddhhmms+ -ZZzz]		
Dimissione	Dati Decesso	Richiesta Autopsia	Indica se è stata richiesta o no l'autopsia	opzionale	[0..1]	codificato ove possibile + testo libero			
Dimissione	Dati Ricovero	Codice Nosologico		opzionale	[0..1]	codificato			
Dimissione	Dati Ricovero	Identificativo Reparto		opzionale	[0..1]	codificato	HSP.12		
Dimissione	Dati Ricovero	Causa Ricovero		opzionale	[0..1]	codificato ove possibile + testo libero			
Dimissione	Dati Ricovero	Consegne Ricovero		opzionale	[0..1]	testo libero			

Sezione	Elemento	Contenuto Informativo	Descrizione	obbligatorietà	Cardinalità	Testo libero / codificato	Codifica	Fonte di riferimento	Note
Dimissione	Dati Trasferimento	Istituto Trasferimento	Dati relativi ai casi con esito trasferimento	opzionale	[0..1]	codificato	HSP11 e HSP 11bis		
Dimissione	Dati Trasferimento	Motivo Trasferimento	Dati relativi ai casi con esito trasferimento	opzionale	[0..1]	codificato ove possibile + testo libero			
Dimissione	Dati Trasferimento	Consegne Trasferimento	Dati relativi ai casi con esito trasferimento	opzionale	[0..1]	testo libero			

3 SPECIFICHE CDA2

3.1 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.

3.2 Convenzioni

3.2.1 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 RFC2119².

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 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.

² Vedi: <http://www.ietf.org/rfc/rfc2119.txt>

- **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.

3.2.1.1 Convenzioni Body

I paragrafi relativi alle specifiche sul Body del CDA riportano le specifiche attraverso tabelle aventi come intestazione:

Item	DT	Card	Conf	Description

L'**item** rappresenta l'elemento. Gli elementi preceduti dal carattere "@" sono attributi dell'elemento soprastante. Il differente rientro di ciascun item segue la struttura di tag e sotto-tag.

Il **DT** rappresenta il **datatype** dell'elemento, secondo le specifiche dell'HL7 v3.

La **cardinalità (Card)** degli elementi:

- 0...1 rappresenta un elemento opzionale, non ripetibile
- 0...* rappresenta un elemento opzionale, ripetibile
- 1...1 rappresenta un elemento obbligatorio, non ripetibile
- 1...* rappresenta un elemento obbligatorio, ripetibile

Il **livello di obbligatorietà (Conf)** degli elementi segue la seguente convenzione:

- **M** (mandatory): Elemento obbligatorio, a valorizzazione obbligatoria.
- **R** (Required): Elemento obbligatorio, per il quale è possibile utilizzare un **nullFlavor** per esprimere l'assenza del dato.
- **O** (optional): Elemento opzionale.

La descrizione (description) riporta i possibili valori e le definizioni dei vari elementi.

3.3 Header CDA del documento di VPS

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, ecc.

3.4 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 **xmlns: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">
```

3.5 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	CONF	Valore	Dettagli
code	CE	R	"IT"	Definisce l'id di contesto per l'Italia.

3.6 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	CONF	Valore	Dettagli
root	OID	R	"2.16.840.1.113883.1.3"	Object Identifier di HL7 per i modelli registrati.
extension	ST	R	"POCD_HD000040"	Codifica identificativa del "CDA Release Two Hierarchical Description" che è lo schema

				che contiene la gerarchia delle classi di un documento CDA.
--	--	--	--	---

3.7 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>, 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 "Verbale di Pronto Soccorso", 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	CONF	Valore	Dettagli
Root	OID	R	"2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.1"	Template documento Verbale di Pronto Soccorso
extension	ST	O	Versione del Template. Non valorizzato nella prima versione	Identificativo della versione del template descritto nel presente documento.

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.

3.8 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 nell'attributo **@extension**.

Ogni singola istanza di documento CDA (Singolo Verbale di Pronto Soccorso) **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	CONF	Valore	Dettagli
root	OID	R	[OID IDENTIFICATIVO DELLA STRUTTURA DI COMPETENZA]	Identificativo univoco del dominio di identificazione dei documenti (ad es. può indicare l'ASL di competenza del documento o il Pronto Soccorso della ASL/AO). Tale identificativo – riconosciuto pubblicamente – garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale.
extension	ST	R	[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	O	[NOME STRUTTURA DI COMPETENZA]	Nome del dominio di identificazione dei documenti (es. ASL/AO/Regione di competenza).

3.9 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. Il valore **DEVE** fare riferimento al sistema di codifica LOINC o, in assenza di codici specifici, ad un'ulteriore codifica condivisa.

Nel seguito si farà esplicito riferimento al sistema di codifica LOINC. In particolare, si **DOVRÀ** utilizzare il codice LOINC " 59258-4" - Verbale di Pronto Soccorso - per identificare il documento clinico strutturato Verbale di Pronto Soccorso (VPS).

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
codeSystem	OID	R	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del sistema di codifica dei codici di documento LOINC.
code	CS	R	"59258-4"	Codice relativo alla tipologia di documento trattata (VPS).
codeSystemName	ST	R	"LOINC"	Nome del vocabolario.
codeSystemVersion	ST	O	[Versione Loinc]	Versione del vocabolario.
displayName	ST	O	"Verbale di Pronto Soccorso"	Nome o titolo descrittivo del codice con cui è visualizzato dal sistema all'utente.

3.10 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 Verbale di Pronto Soccorso, l'elemento **DEVE** essere valorizzato tramite un tipo Time Stamp (TS) come presentato di seguito:

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
value	TS	R	[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).
--	--	--	--	--

3.11 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 servizio 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 del verbale di Pronto Soccorso, l'elemento **DEVE** essere valorizzato nel modo seguente. Si suggerisce che nel contesto italiano, il valore di default sia pari a "R".

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
codeSystem	OID	R	"2.16.840.1.113883.5.25"	OID codifica.
code	ST	R	"N", "R", "V"	Regole di riservatezza.

codeSystemName	ST	R	"Confidentiality"	Nome della codifica.
----------------	----	---	-------------------	----------------------

3.12 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 Verbale di Pronto Soccorso, l'elemento **DEVE** essere così valorizzato:
Composizione di <languageCode>:

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

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

Elementi **OBBLIGATORI**³ che consentono di gestire le revisioni del documento, o 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. È **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:

³ <setId> e <versionNumber> sono, secondo lo standard CDA, elementi opzionali, o meglio, condizionalmente obbligatori.

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
root	OID	R	[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	R	[IURD]	Identificativo Unico della Revisione del documento all'interno del dominio di indentificazione. 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	O	[NOME DOMINIO IDENTIFICAZIONE DOCUMENTI]	Nome del dominio di indentificazione dei documenti.

<versionNumber> è composto dagli attributi seguenti:

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

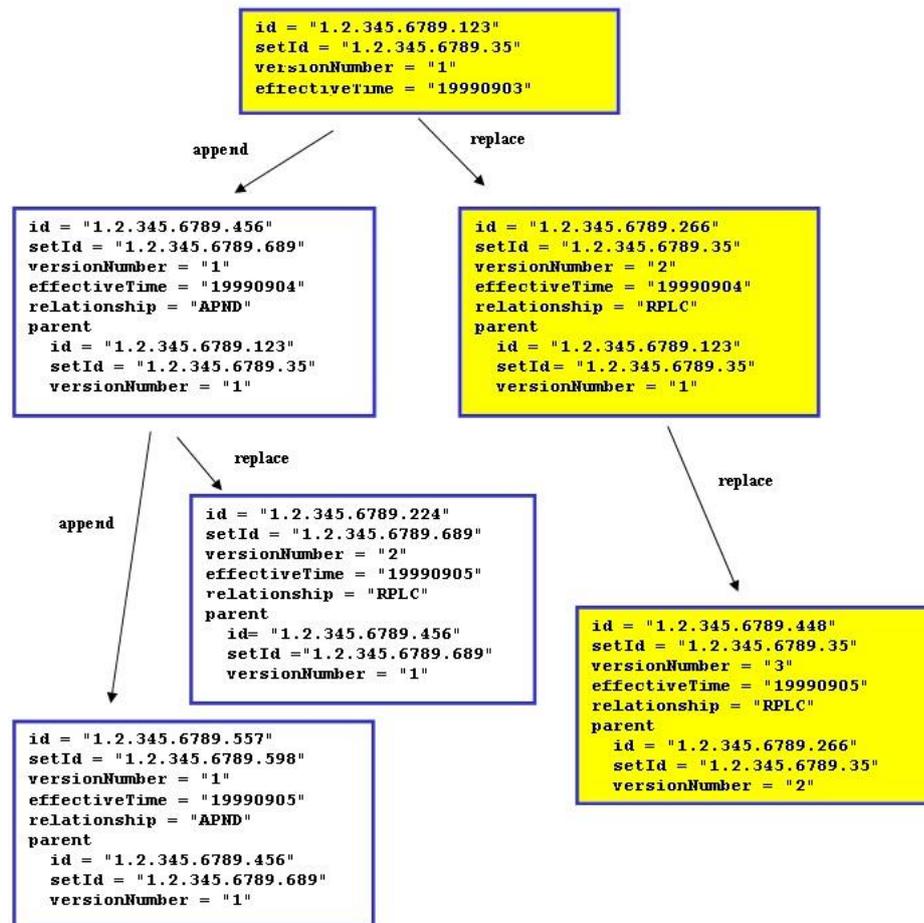


Figura 1 – Schema di Versionamento del documento usando le funzioni Replace e Append

3.14 Paziente del Verbale: <recordTarget>

Elemento **OBLIGATORIO** che identifica il soggetto della prestazione, ovvero il paziente soggetto del ricovero in Pronto Soccorso.

<recordTarget> è un elemento composto da un ruolo <patientRole> svolto da un'entità identificata dall'elemento <patient>.

3.14.1 Paziente soggetto del Verbale: <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, temporanei, ecc).

È inoltre possibile riportare tramite <addr> l'indirizzo di residenza del paziente, e tramite <telecom> il recapito telefonico del paziente.

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).

3.14.1.1 Soggetti assicurati da istituzioni estere

<patienRole> 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, **<patienRole> 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	CONF	Valore	Note
Root	OID	R	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.7"	HL7 OID numero di tessera TEAM estera.
Extension	ST	R	[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	O	[ISTITUZIONE ESTERA]	Nome Ente che gestisce gli identificativi.

Secondo **<id>**:

Numero di Identificazione Personale TEAM per i soggetti assicurati da istituzioni estere.

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Note
Root	OID	R	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.3"	HL7 OID per l'identificazione personale TEAM per gli Stati esteri
Extension	ST	R	[STATO ESTERO] + "." + [NUMERO IDENTIFICAZIONE PERSONALE]	Sigla di identificazione dello Stato che rilascia la

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Note
				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	CONF	Valore	Dettagli
root	OID	R	[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	R	[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"/>
```

3.14.1.2 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	CONF	Valore	Note
Root	OID	R	[OID ROOT REGIONALI] STP	OID dello schema di identificazione regionale delle persone.
Extension	ST	R	[CODICE IDENTIFICATIVO ASSEGNATO] STP	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	CONF	Valore	Dettagli
root	OID	R	[OID ANAGRAFE REGIONALE] ROOT	OID dello schema di identificazione regionale. (e.g. "2.16.840.1.113883.2.9.2" + [REGIONE] + ".4.1")
extension	ST	R	[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"/>
  
```

3.14.1.3 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	CONF	Valore	Note
root	OID	R	[OID ROOT REGIONALI] ENI	OID dello schema di identificazione regionale delle persone. Il codice ENI può essere assegnato dalla ASL.
extension	ST	R	[CODICE IDENTIFICATIVO ASSEGNATO] ENI	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	O	[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"/>
```

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

Codice dell'anagrafica regionale **<id>**:

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
Root	OID	R	[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	R	[CODICE	Codice anagrafica

			IDENTIFICATIVO]	regionale.
assigningAuthorityName	ST	○	[NOME_REGIONE]	Nome Regione.

3.14.2 <patient>

L'elemento **<patient>** contiene i dettagli anagrafici relativi al paziente.

Riporta alcuni sotto-elementi **OBBLIGATORI** con l'indicazione dei dati anagrafici quali

- il nominativo del paziente, attraverso l'elemento **<name>** (ed i sotto-elementi **<family>** e **<given>**),
- il sesso, attraverso l'elemento **<administrativeGenderCode>**,
- 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.

3.15 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 almeno un elemento `<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). È possibile usare il nullFlavor in caso di assenza del dato.

La sezione **DEVE** contenere un elemento `<assignedPerson>/<name>` che riporti i dati relativi al nome del soggetto in esame all'interno delle sezioni opportune, così come altri elementi facoltativi dedicati alla memorizzazione di indirizzo, recapiti telefonici, ecc. (sezioni `<addr>`, `<telecom>`, ...). È possibile usare il nullFlavor in caso di assenza del dato.

Composizione di `<time>`:

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

3.16 Conservazione del Verbale: <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>.

3.16.1 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	CONF	Valore	Dettagli
Root	OID	R	[OID DOMINIO DI IDENTIFICAZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI]	Identificativo del dominio di identificazione delle organizzazioni.
Extension	ST	R	[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.

3.17 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 **DEVE** contenere un elemento <assignedPerson>/<name> per riportare i dati relativi al nome del soggetto firmatario.

Composizione di <time>:

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
value	TS	R	[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	CONF	Valore	Dettagli
code	ST	R	"S"	Codice che indica che il documento è firmato

Composizione di **<assignedEntity>/<id>**:

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

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

3.19 documentationOf

L'elemento **<documentationOf>** è un elemento **OPZIONALE** che indica l'atto che

viene documentato nel documento clinico.

Si potrà riportare data di presa in carico e di fine presa in carico da parte di un medico in Pronto Soccorso.

3.19.1 Date di presa in carico < effectiveTime >

Elemento **OPZIONALE** che identifica le date di presa in carico e di fine del trattamento in Pronto Soccorso da parte di un medico del Pronto Soccorso.

La data di fine trattamento, in caso di trasferimento in OBI potrebbe non coincidere con la data-ora inizio dell'osservazione breve, nel caso non ci sia disponibilità immediata di un posto in OBI; in caso di non trasferimento in OBI può coincidere con la data-ora di dimissione.

Tali date **POSSONO** essere inserite, rispettivamente, all'interno dell'elemento <effectiveTime>/<low> e dell'elemento <effectiveTime>/<high>.

Entrambe le date devono essere codificate all'interno dell'attributo @value.

3.19.2 Medico responsabile presa in carico < performer >

Elemento **OPZIONALE** che identifica il medico che ha preso in carico il paziente ed è responsabile per la visita di Pronto Soccorso.

Il codice fiscale del medico **PUO'** essere riportato in *performer/assignedEntity/id*.

Nome e cognome del medico **POSSONO** essere riportati in *performer/assignedEntity/assignedPerson/name*.

Nel caso di trasferimento in OBI, o per tracciare gli altri medici che, per cambio turno in Pronto Soccorso, hanno avuto in carico il paziente, è **POSSIBILE** utilizzare la section "Encounters" presente nel body del documento.

3.20 Versionamento del documento: < relatedDocument >

Elemento **OPZIONALE** utilizzato per gestire la versione del documento corrente. Nel caso in cui il Verbale di Pronto Soccorso 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	CONF	Valore	Dettagli
typeCode	ST	R	"RPLC"	Replace
typeCode	ST	R	"APND"	Append

3.21 Accesso di riferimento: <componentOf>

Elemento **OBBLIGATORIO** che identifica l'accesso a cui si riferisce il verbale, riferito da <componentOf>/<encompassingEncounter>.

Su questo elemento vengono riportati l'identificativo dell'accesso, la data di accesso e quella di dimissione, l'istituto (ospedale) in cui è avvenuto l'accesso, il direttore, l'indirizzo e i recapiti della segreteria del Pronto Soccorso, l'Azienda sanitaria in cui è avvenuto il ricovero in pronto soccorso.

3.21.1 Identificativo dell'accesso <id>

L'elemento <id> è **OPZIONALE** e rappresenta l'identificativo dell'accesso di Pronto Soccorso.

3.21.2 Date di accesso e di dimissione < effectiveTime >

Elemento **OBBLIGATORIO** che identifica le date di accesso e di dimissione. 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	CONF	Valore	Dettagli
value	TS	R	[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).

3.21.3 Direttore del Pronto Soccorso <responsibleParty>

Elemento **OPZIONALE** che specifica il nome del direttore responsabile del Pronto Soccorso.

L'attributo @typeCode è da valorizzare con "RESP".

3.21.4 Operatore accettazione <encounterParticipant>

Elemento **OPZIONALE** che specifica il nome dell'operatore che ha effettuato l'accettazione.

L'attributo **@typeCode** è da valorizzare con "ADM".

Il codice fiscale dell'operatore **DEVE** essere riportato in **assignedEntity/id**.

Nome e cognome **POSSONO** essere riportati in **assignedEntity/assignedPerson/name**.

3.21.5 Pronto Soccorso e Istituto: <healthCareFacility>

È l'Elemento **OBBLIGATORIO** che specifica il Pronto Soccorso che ha ricoverato il paziente, ed ha come percorso **componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility**.

L'identificativo del Pronto Soccorso **PUÒ** essere riportato in **healthCareFacility/id**:

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
root	OID	R	[OID]	
extension	ST	R	[CODICE PRONTO SOCCORSO]	

Il Nome del Pronto Soccorso **PUÒ** essere riportato nell'elemento: **healthCareFacility/location/name**

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
Name	ST	O	[Nome del Pronto Soccorso]	Nome del Pronto Soccorso

L'indirizzo del Pronto Soccorso **PUÒ** essere riportato nell'elemento: **healthCareFacility/location/name**

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
addr	ST	O		Indirizzo del Pronto Soccorso

L'identificativo del presidio **DEVE** essere riportato nell'elemento: **healthCareFacility/serviceProviderOrganization/id**

Per i presidi, la lista dei codici e subcodici struttura interna è presente su:

http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?lingua=italiano&id=13

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
Root	OID	R	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2	Elenco dei presidi Ospedalieri cui il Pronto Soccorso fa capo
Extension	ST	R	[CODICE PRESIDIO]	Codice HSP11 che rappresenta il presidio in cui è stata erogata la prestazione di Pronto Soccorso

Il Nome del presidio **PUÒ** essere riportato nell'elemento: **healthCareFacility/serviceProviderOrganization/name**

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
-----------	------	------	--------	----------

Name	ST	○		Nome del Presidio
------	----	---	--	-------------------

I recapiti telefonico e email della segreteria del Pronto Soccorso **POSSONO** essere riportati nell'elemento:

healthCareFacility/serviceProviderOrganization/telecom

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
Value	ST	○	[email] o [telefono]	Telefono o email della segreteria del Pronto Soccorso

L'identificativo dell'Azienda Sanitaria di cui il presidio fa parte **DEVE** essere riportato in:

healthCareFacility/serviceProviderOrganization/asOrganizationPartOf/id:

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
Root	OID	R	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1	Elenco delle Aziende Sanitarie
Extension	ST	R	[CODICE AZIENDA SANITARIA]	Codice HSP11 che rappresenta il l'Azienda Sanitaria di ricovero in PS

3.22 Body CDA del documento di VPS

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 Verbale di Pronto Soccorso. 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).

Il VPS definito 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. Il Verbale di Pronto Soccorso è organizzato 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 ShortName LOINC	Obbligatorietà
Modalità di trasporto	11459-5	Transport mode EMS system	OBBLIGATORIO
Motivo della Visita	46239-0	Chief complaint+Reason for visit	OBBLIGATORIO
Triage	54094-8	ED Triage note	OBBLIGATORIO
Inquadramento clinico iniziale. <i>Sotto-sezioni:</i>	78337-3	ED Initial eval note	OPZIONALE
Anamnesi	11329-0	History General	OPZIONALE
Esame Obiettivo	29545-1	Physical Examination	OPZIONALE
Terapie in essere	42346-7	Medications on admission (narrative)	OPZIONALE
Allergie	48765-2	Allergies &or adverse reactions Doc	OPZIONALE
Problemi Aperti	11450-4	Problem list Reported	OPZIONALE
Encounters	46240-8	Hx of Hospitalizations+OP visits	OPZIONALE
Decorso Ospedaliero	8648-8	Hospital Course	OPZIONALE
Interventi, Prestazioni, Consulenze e Richieste	62387-6	Interventions	OPZIONALE
Accertamenti	30954-2	Relevant Diagnostic Tests &Or Laboratory Data	OPZIONALE
Parametri Vitali	8716-3	Vital Signs	OPZIONALE

Terapia farmacologica in Pronto Soccorso	29549-3	Medication administered	OPZIONALE
Dimissione	28574-2	Discharge note	OBBLIGATORIO
Piano di cura alla dimissione	18776-5	Treatment Plan	OPZIONALE
Terapia farmacologica alla dimissione	75311-1	Discharge meds	OPZIONALE

Le informazioni contenute nel verbale descrivono:

- La sezione "**Motivo del ricovero**" è **OBBLIGATORIA** ed è atta a descrivere le modalità di trasporto del paziente ed il responsabile dell'invio al Pronto Soccorso.
- La sezione "**Motivo della Visita**" è **OBBLIGATORIA** ed è atta a descrivere il motivo per cui il paziente accede al Pronto Soccorso, ed il problema, il sintomo principale riscontrato o percepito dal paziente.
- La sezione "**Triage**" è **OBBLIGATORIA** ed è atta a descrivere la fase di triage dell'accesso in Pronto Soccorso.
- La sezione "**Inquadramento clinico iniziale**" è **OPZIONALE** e comprende informazioni inerenti all'anamnesi del paziente, all'esame obiettivo alla accettazione ed alla terapia medica domiciliare o comunque precedente al ricovero in Pronto Soccorso, le Allergie ed i Problemi Aperti riscontrati dal paziente al momento dell'accesso.
- La sezione "**Encounters**" è **OPZIONALE** ed è atta a descrivere le fasi della visita in Pronto Soccorso, attraverso l'indicazione dei contatti tra il paziente ed il personale medico ed infermieristico, dalla presa in carico iniziale, attraverso il percorso di OBI, fino alla dimissione del paziente.
- La sezione "**Decorso clinico**" è **OPZIONALE** ed include la sintesi testuale delle informazioni riguardanti il decorso clinico del paziente durante l'arco temporale della permanenza in PS, comprendente valutazioni cliniche, obiettivi clinici di breve periodo, note cliniche.
- La sezione "**Interventi, Prestazioni, Consulenze e Richieste**" è **OPZIONALE** ed è dedicata a descrivere le prestazioni richieste o eseguite, incluse eventuali prestazioni infermieristiche, nonché Interventi richiesti o eseguiti e consulenze specialistiche richieste o eseguite, durante l'episodio di Pronto Soccorso o di OBI.
- La sezione "**Accertamenti**" è **OPZIONALE** ed è dedicata a descrivere esami strumentali di laboratorio e diagnostici, effettuati durante il ricovero in Pronto Soccorso ai fini di approfondimento delle condizioni patologiche del paziente.

- La sezione "**Parametri Vitali**" è **OPZIONALE** ed è dedicata a descrivere le informazioni relative ai parametri vitali attuali, rilevanti ai fini del quadro clinico del paziente.
- La sezione "**Terapia farmacologica in Pronto Soccorso**" è **OPZIONALE** ed è dedicata a descrivere l'elenco dei farmaci e le somministrazioni ricevute dal paziente durante il ricovero in Pronto Soccorso.
- La sezione "**Dimissione**" è **OBBLIGATORIA** ed è dedicata a descrivere i dati relativi alla fase di dimissione, tra cui la diagnosi di dimissione, la prognosi, l'esito del trattamento.
- La sezione "**Piano di cura alla dimissione**" 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 consigliati.
- La sezione "**Terapia farmacologica alla dimissione**" è **OPZIONALE** ed è dedicata a descrivere tutti i farmaci che il paziente dovrebbe assumere al domicilio.

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.

3.23 Sezione Modalità di Trasporto

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere le modalità di trasporto (modalità arrivo) del paziente verso il Pronto Soccorso ed il responsabile dell'invio al Pronto Soccorso.

Questa sezione è costituita da un elemento `<text>` di testo libero associato ad un elemento `<entry>` di tipo `<act>` che riporta i valori codificati relativi al Responsabile Invio e al Mezzo di Trasporto.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 ... 1	O	DOCSECT
@moodCode	CS	0 ... 1	O	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.20
code	CE	1 ... 1	M	@code "11459-5" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Modalità di Trasporto"
title	ST	1 ... 1	R	"Modalità di trasporto"
text	SD.TEXT	1 ... 1	R	Blocco human readable: testo libero che riporta Modalità di trasporto e responsabile invio.
entry		1 ... 1	R	<i>VPS Act Trasporto</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	

3.23.1 Entry Trasporto: <act>

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere il mezzo di trasporto ed il responsabile dell'invio al Pronto Soccorso in forma codificata.

Tali informazioni sono derivate dalle "SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO SOCCORSO".

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	O	TRNS
@moodCode	CS	1 ... 1	O	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.40
code	CE	1 ... 1	M	@code: valori da @codesystem "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.54.6" (ModalitàTrasporto_VPS)
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code "completed"
participant		1 ... 1	R	<i>Responsabile Invio</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	"REFB"
participantRol		1 ... 1	R	



e				
code		1 ... 1	R	@code: <i>valori da</i> @codeSystem "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.54.1" (ResponsabileInvio_VPS)

3.24 Sezione Motivo della Visita

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere il motivo per cui il paziente accede al Pronto Soccorso, ed il problema, il sintomo principale riscontrato o percepito dal paziente.

Questa sezione è costituita da un elemento **<section>** di testo libero associato a due elementi **<entry>** di tipo **<Observation>** che riportano i valori codificati relativi al Problema Principale e alla Causa di Accesso.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 ... 1	O	DOCSECT
@moodCode	CS	0 ... 1	O	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.42
code	CE	1 ... 1	R	@code "46239-0" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Motivo della visita"
title	ST	1 ... 1	R	"Motivo della Visita"
text	SD.TEXT	1 ... 1	R	Blocco human readable Testo libero che riporta Causa di Accesso e Problema Principale.
entry		1 ... 1	R	<i>VPS Observation Problema Principale</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	
entry		0 ... 1	O	<i>VPS Observation Causa Accesso</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	

3.24.1 Entry Problema Principale: <Observation>

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere il problema / sintomo principale riscontrato / percepito al momento del triage, in forma codificata.

Nel caso in cui il valore codificato non dovesse essere disponibile, è possibile utilizzare un **NullFlavor**.

Tali informazioni sono derivate dalle "SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO SOCCORSO". (v7.4 2016).

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	OBS
@moodCode	CS	1 ... 1	R	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.37

code	CE	1 ... 1	R	@code "56817-0" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Problema all'accesso"
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code "completed"
value		1 ... 1	R	@code: <i>valori da</i> @codeSystem "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.54.2" (<i>ProblemaPrincipale VPS</i>)

3.24.1.1 Entry Causa di accesso: <observation>

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere il motivo per cui il paziente accede al PS.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	OBS
@moodCode	CS	1 ... 1	R	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.87
code	CE	1 ... 1	M	@code "29298-7" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Ragione della visita"
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code "completed"
value		1 ... 1	R	@code [<i>valori causa di accesso da</i> Value set "2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.12" - <i>CausaAccesso_VPS</i>]

3.25 Sezione Triage

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere la fase di triage dell'accesso in Pronto Soccorso. Può anche includere le informazioni relative a più atti di triage (nel caso di rivalutazioni).

Andrà obbligatoriamente riportato il codice del livello di triage associato all'accesso.

Questa sezione è costituita da un elemento **<section>** di testo libero associato ad almeno un elemento **<entry>** di tipo **<Observation>** che riporta i valori codificati relativi al livello di triage.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 ... 1	O	DOCSECT
@moodCode	CS	0 ... 1	O	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.21
code	CE	1 ... 1	R	@code "54094-8" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Triage note"
title	ST	1 ... 1	R	"Triage"
text	SD.TEXT	1 ... 1	R	Blocco human readable: Triage
Author		0 ... *	O	Nome, cognome e codice fiscale dell'operatore autore del triage
Time		1 ... 1	R	Data e ora di triage
entry		0 ... 1	O	VPS Observation Triage
@typeCode	CS	1 ... 1	R	

3.25.1 Entry Triage: <Observation>

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere il valore del codice del livello di triage assegnato all'accettazione e nei successivi controlli precedenti la visita medica.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	OBS
@moodCode	CS	1 ... 1	R	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.39
text	ED	0 ... 1	R	L'elemento <text>, se presente, punta al testo che descrive l'informazione che viene registrata; comprese date, commenti, ecc. Il <reference> contiene un attributo URI in valore. Questo URI indica la descrizione del



				testo libero del problema nel documento che viene descritto.
code	CE	1 ... 1	R	@code "11283-9" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Valutazione Acutezza"
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code "completed"
effectiveTime	IVL_TS	0 ... 1	0	Data ora Triage
value		1 ... 1	R	@code: valori da @codeSystem "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.54.4" (CodiceTriage_VPS)
performer		0 ... *		Operatore di triage: nome, cognome, codice fiscale
@typeCode	CS	0 ... 1	0	PRF

3.26 Sezione Inquadramento clinico iniziale

Elemento **OPZIONALE** che permette di riportare, in una parte testuale ed in altre cinque sotto sezioni una serie di informazioni relative all'anamnesi, all'esame obiettivo, alla terapia medica domiciliare, alle allergie e ai problemi attivi segnalati dal paziente.

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.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 ... 1	O	DOCSECT
@moodCode	CS	0 ... 1	O	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.56
code	CE	1 ... 1	R	@code "78337-3" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Inquadramento clinico iniziale"
title	ST	1 ... 1	R	"Inquadramento clinico iniziale"
text	SD.TEXT	1 ... 1	R	Blocco human readable Note della valutazione in iniziale, comprensivo di informazioni su anamnesi, esame obiettivo, terapia farmacologica all'ingresso, allergie, problemi.
Author		0 ... *	O	Nome, cognome e codice fiscale dell'operatore autore della valutazione iniziale
Time		1 ... 1	R	Data e ora di valutazione iniziale
component		0 ... 1		VPS Sezione Anamnesi
component		0 ... 1		VPS Sezione Esame Obiettivo
component		0 ... 1		VPS Sezione Terapia Farmacologica all'Ingresso.
component		0 ... 1		VPS Sezione Allergie
component		0 ... 1		VPS Sezione Lista Problemi

3.26.1 Sezione Anamnesi

Elemento **OPZIONALE** atto a riportare 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.

Questo elemento è collegato alla sezione contenitore **"Inquadramento clinico iniziale"**.

•Anamnesi familiareItem	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 .. 1	O	DOCSECT
@moodCode	CS	0 .. 1	O	EVN
templateId	II	1 .. 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.55
code	CE	1 .. 1	R	@code "11329-0" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Anamnesi Generale"
title	ST	1 .. 1	R	"Anamnesi"
text	SD.TEXT	1 .. 1	R	Blocco human readable Note dell'anamnesi
Author		0 .. *	O	Nome, cognome e codice fiscale dell'operatore autore dell'anamnesi
Time		1 .. 1	R	Data e ora dell'anamnesi

3.26.2 Sezione Esame Obiettivo

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere l'esame obiettivo effettuato all'ingresso del paziente.

Questo elemento è collegato alla sezione contenitore **"Inquadramento clinico iniziale"**.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 .. 1	O	DOCSECT
@moodCode	CS	0 .. 1	O	EVN
templateId	II	1 .. 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.58
code	CE	1 .. 1	R	@code "29545-1" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Esame Obiettivo"
title	ST	1 .. 1	R	"Esame obiettivo"
text	SD.TEXT	1 .. 1	R	Blocco human readable

				Note dell'esame obiettivo
Author		0 ... *	O	Nome, cognome e codice fiscale dell'operatore autore dell'esame obiettivo
Time		1 ... 1	R	Data e ora dell'esame obiettivo

3.26.3 Sezione Terapia farmacologica all'ingresso

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere le terapie farmacologiche che il paziente assumeva prima dell'accesso in Pronto Soccorso.

Questo elemento è collegato alla sezione contenitore "Inquadramento clinico iniziale".

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 ... 1	O	DOCSECT
@moodCode	CS	0 ... 1	O	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.57
code	CE	1 ... 1	R	@code "42346-7" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Medications on admission (narrative)"
title	ST	1 ... 1	R	"Terapia farmacologica all'ingresso"
text	SD.TEXT	1 ... 1	R	Blocco human readable Note della terapia farmacologica all'ingresso
Author		0 ... *	O	Nome, cognome e codice fiscale dell'operatore autore delle note sulla terapia farmacologica all'ingresso
Time		1 ... 1	R	Data e ora delle note sulla terapia farmacologica all'ingresso

3.26.4 Sezione Allergie

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere intolleranze o reazioni allergiche note.

Questo elemento è collegato alla sezione contenitore "Inquadramento clinico iniziale".

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 ... 1	O	DOCSECT
@moodCode	CS	0 ... 1	O	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.33

code	CE	1 ... 1	R	@code "48765-2" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Allergie e/o Reazioni Avverse"
title	ST	1 ... 1	R	"Allergie e/o Reazioni Avverse"
text	SD.TEXT	1 ... 1	R	Blocco human readable Note relative alle allergie o reazioni avverse.
Author		0 ... *	0	Nome, cognome e codice fiscale dell'operatore autore delle note sulle allergie
Time		1 ... 1	R	Data e ora delle note sulle allergie.

3.26.5 Sezione Problemi aperti

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere i problemi in essere del paziente al momento dell'ingresso in Pronto Soccorso.

Questo elemento è collegato alla sezione contenitore "**Inquadramento clinico iniziale**".

Item	DT	Card	Con f	Description
@classCode	CS	0 ... 1	0	DOCSECT
@moodCode	CS	0 ... 1	0	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.59
code	CE	1 ... 1	R	@code "11450-4" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Problem list Reported"
title	ST	1 ... 1	R	"Problemi aperti"
text	SD.TEXT	1 ... 1	R	Blocco human readable Note sui problemi in essere
Author		0 ... *	0	Nome, cognome e codice fiscale dell'operatore autore delle note sui problemi in essere
Time		1 ...	R	Data e ora delle note sui



		1		problemi aperti
--	--	----------	--	-----------------

3.27 Sezione Encounters

Elemento è **OPZIONALE** atto a descrivere le fasi della visita in Pronto Soccorso, attraverso l'indicazione dei contatti tra il paziente ed il personale medico ed infermieristico, dalla presa in carico iniziale, attraverso il percorso di OBI, fino alla dimissione del paziente. È possibile riportare anche le informazioni relative alla dimissione temporanea del pziente.

Questa sezione è costituita da un elemento **<section>** di testo libero associato ad almeno un elemento **<entry>** di tipo **<encounter>** che riporta i valori codificati relativi a ciascuno dei contatti del paziente.

Nel caso in cui la **section** sia presente, DEVE essere presente almeno una entry **<encounter>**.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 ... 1	O	DOCSECT
@moodCode	CS	0 ... 1	O	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.50
code	CE	1 ... 1	R	@code "46240-8" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "History of Hospitalizations+Outpatient visits Narrative"
title	ST	1 ... 1	R	"Visita"
text	SD.TEXT	1 ... 1	R	Blocco human readable: testo libero che riporta le indicazioni su Visita, OBI, sui medici che hanno avuto in carico il paziente, sulla collocazione del paziente.
entry		1 ... *	R	VPS Encounter Activity
@typeCode	CS	1 ... 1	R	

3.27.1 Entry Encounter Activity: <encounter>

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a riportare i dati della visita, dell'OBI.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	ENC
@moodCode	CS	1 ... 1	R	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root

		1		2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.51
code	CE	1 ... 1	R	@code: valore derivato dal value set "2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.4" ("TipoEncounter_VPS") Con Binding Strength = "CWE"
effectiveTime	IVL_TS	1 ... 1	R	
low	IVXB_TS	1 ... 1	R	Data ora di inizio visita
high	IVXB_TS	1 ... 1	R	Data ora di fine visita / dimissione temporanea
performer		0 ... *	0	Operatore di triage: nome, cognome, codice fiscale
@typeCode	CS	0 ... 1	0	PRF
participant		0 ... *	0	<i>Operatore/Medico di ammissione</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	ADM
participant		0 ... *	0	<i>Turnazione medica: medico che ha avuto in carico il paziente</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	ATND
participant		0 ... *	0	<i>Medico di dimissione</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	DIS
participant		0 ... *	0	<i>Collocazione paziente</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	0	LOC
entryRelationship		0 ... *	0	<i>VPS Note dimissione - Commento</i>
@inversionInd	CS	1 ... 1	R	true
@typeCode	CS	1 ... 1	R	SUBJ

Per ciascun <participant> persona, le informazioni da riportare sono:

Item	DT	Card	Conf	Description
time	IVL_TS	0 ... 1	0	Data di inizio e fine presa in carico del participant
participantRole		1 ... 1	R	
@classCode	CS	0 ... 1	0	"ROL"

id	II	0 ... *	0	Codice fiscale del participant
playingEntity		0 ... 1	0	
name	PN	0 ... *	0	Nome e cognome del participant

Per ciascun <participant> che indichi la collocazione del paziente, le informazioni da riportare sono:

Item	DT	Card	Conf	Description
time	IVL_TS	0 ... 1	0	Data di inizio e fine collocazione paziente
participantRole		1 ... 1	R	
@classCode	CS	0 ... 1	0	SDLOC
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.64
id	II	0 ... *	0	Identificativo della struttura, unità, letto, stanza. Il tipo di luogo identificato è dato dall'elemento code
code	CE	0 ... 1	R	@code: valore "Tipo di luogo", derivato dal value set "2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.10" ("TipoLuogo_VPS")

3.27.1.1 Entry - Note Dimissione – Commento <act>

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere eventuali note collegate all'episodio di visita, o di OBI, come ad esempio note relative alla dimissione temporanea, o al rientro dalla dimissione temporanea.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	0	ACT
@moodCode	CS	1 ... 1	0	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.47
code	CE	1 ... 1	M	@code "48767-8" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @displayName "Annotation Comment"
text	ED	1 ... 1	M	Testo della nota
Author		0 ... 1	0	Nome, cognome e codice fiscale dell'autore della nota
Time		1 ... 1	R	Data e ora delle note

3.28 Sezione Decorso Ospedaliero

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere la sintesi testuale delle informazioni riguardanti il decorso clinico del paziente durante l'arco temporale della permanenza in PS, comprendente valutazioni cliniche, obiettivi clinici di breve periodo, note cliniche.

Questa sezione è costituita da un elemento **<text>** di testo libero.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 ... 1	0	DOCSECT
@moodCode	CS	0 ... 1	0	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.23
code	CE	1 ... 1	M	@code "8648-8" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Decorso Ospedaliero"
title	ST	1 ... 1	R	"Decorso Ospedaliero"
text	SD.TEXT	1 ... 1	R	Blocco human readable
Author		0 ... *	0	Nome, cognome e codice fiscale dell'autore della nota relativa al decorso ospedaliero
Time		1 ... 1	R	Data e ora della nota del decorso ospedaliero

3.29 Sezione Interventi Prestazioni Consulenze e Richieste

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere le prestazioni richieste o eseguite, incluse eventuali prestazioni infermieristiche, nonché interventi richiesti o eseguiti e consulenze specialistiche richieste o eseguite, durante l'episodio di Pronto Soccorso, inclusa l'OBI.

Questa sezione è costituita da un elemento **<section>** di testo libero associato ad uno o più elementi **<entry>** di tipo **<Act>**, opzionali, che riportano i valori codificati relativi alle prestazioni o consulenze richieste o eseguite.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 .. 1	O	DOCSECT
@moodCode	CS	0 .. 1	O	EVN
templateId	II	1 .. 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.26
code	CE	1 .. 1	M	@code "62387-6" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Procedure ed Interventi"
title	ST	1 .. 1	R	"Interventi Prestazioni Consulenze"
text	SD.TEXT	1 .. 1	R	Blocco human readable Consulenze specialistiche, Prestazioni, Interventi
entry		0 .. *	O	<i>VPS Act Interventi, Prestazioni e Consulenze</i>
@typeCode	CS	1 .. 1	R	

3.29.1 Entry Interventi, Prestazioni e Consulenze: <act>

Elemento **OPZIONALE** atto a riportare i valori codificati relativi agli interventi, prestazioni e consulenze specialistiche eseguiti o richiesti durante l'episodio di pronto soccorso.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 .. 1	R	ACT
@moodCode	CS	1 .. 1	R	"EVN" - Elemento erogato / eseguito "RQO" - Elemento richiesto
templateId	II	1 .. 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6. 62
code	CE	1 .. 1	M	Prestazione, intervento, consulenza specialistica: @code: codice

				@codeSystem: OID sistema codifica @displayName: descrizione
text	ED	0 ... 1	0	Descrizione elemento, esito consulenza
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code [Stato richiesta] "Completed": elemento completato "Aborted": elemento non completato
performer		0 ... *	0	Esecutore
time	IVL_T S	0 ... 1	0	Data esecuzione
assignedEntity		1 ... 1	R	
id	II	1 ... *	R	Codice fiscale esecutore
assignedPerson		1 ... 1	R	Nome e cognome esecutore
participant		0 ... *	0	Richiedente
@typeCode	CS	1 ... 1	R	"REF"
time	IVL_T S	0 ... 1	0	Data richiesta
participantRole		1 ... 1	R	
id		0 ... *	0	Codice fiscale prescrittore
playingEntity		0 ... 1	0	
name	PN	1 ... 1	R	Nome e cognome del prescrittore

3.30 Sezione Accertamenti

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere gli esami strumentali di laboratorio e diagnostici, effettuati durante il ricovero in Pronto Soccorso ai fini di approfondimento delle condizioni patologiche del paziente.

Questa sezione è costituita da un elemento <**section**> di testo libero associato ad uno o più elementi <entry> di tipo <**organizer**>, opzionali, che riportano i valori codificati relativi agli accertamenti eseguiti.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 ... 1	0	DOCSECT
@moodCode	CS	0 ... 1	0	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.27
code	CE	1 ... 1	M	@code "30954-2" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Relevant diagnostic tests/laboratory data"
title	ST	1 ... 1	R	"Accertamenti"
text	SD.TEXT	1 ... 1	R	Blocco human readable Accertamenti significativi: esami strumentali diagnostici e di laboratorio
entry		0 ... *	0	VPS Organizer Accertamenti
@typeCode	CS	1 ... 1	R	

3.30.1 Entry Accertamenti: <organizer>

Elemento **OPZIONALE** atto a riportare i valori codificati relativi agli accertamenti diagnostici e di laboratorio eseguiti durante l'episodio di pronto soccorso.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	BATTERY
@moodCode	CS	1 ... 1	R	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.45
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code "Completed" - elemento completato
performer		0 ... *	0	Esecutore

time	IVL_T S	0 ... 1	0	Data esecuzione
assignedEntity		1 ... 1	R	
id	II	1 ... *	R	Codice fiscale esecutore
assignedPerson		1 ... 1	R	Nome e cognome esecutore
participant		0 ... *	0	Richiedente
@typeCode	CS	1 ... 1	R	"REF"
time	IVL_T S	0 ... 1	0	Data richiesta
participantRole		1 ... 1	R	
id		0 ... *	0	Codice fiscale prescrittore
playingEntity		0 ... 1	0	
name	PN	1 ... 1	R	Nome e cognome del prescrittore
component		0 ... *	0	<i>VPS Observation Accertamenti</i>

3.30.1.1 Entry Accertamento: <observation>

Elemento **OPZIONALE** atto a riportare il valore codificato dei singoli accertamenti eseguiti.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	OBS
@moodCode	CS	1 ... 1	R	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.46
code	CE	1 ... 1	R	Accertamento: @code: codice accertamento @codeSystem: OID sistema codifica @displayName: descrizione accertamento
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code "completed"
effectiveTime	IVL_TS	1 ... 1	R	Data e ora di esecuzione dell'accertamento.
value	ANY	0 ... 1	R	Esito accertamento



3.31 Sezione Parametri Vitali

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere l'insieme delle misurazioni effettuate, può includere parametri vitali od altre misure.

Esempi di misure:

- Scala del dolore
- Frequenza cardiaca (Bpm)
- Pressione Arteriosa Sistolica/Diastolica (mmHG)
- Saturazione Ossigeno nel Sangue [SP02] (%)

Questa sezione è costituita da un elemento `<section>` di testo libero associato ad uno o più elementi `<entry>` di tipo `<organizer>`, **OPZIONALI**, che riportano i valori codificati relativi ai parametri misurati.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 .. 1	O	DOCSECT
@moodCode	CS	0 .. 1	O	EVN
templateId	II	1 .. 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.28
code	CE	1 .. 1	M	@code "8716" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Vitali Signs"
title	ST	1 .. 1	R	"Parametri Vitali"
text	SD.TEXT	1 .. 1	R	Blocco human readable Lista dei parametri vitali e altre misurazioni
entry		0 .. *	O	<i>VPS Organizer Parametri Vitali</i>
@typeCode	CS	1 .. 1	R	

3.31.1 Entry Organizer Parametri Vitali: `<organizer>`

Elemento **OPZIONALE** atto a riportare i valori codificati relativi ai parametri vitali misurati durante l'episodio di pronto soccorso.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 .. 1	F	BATTERY
@moodCode	CS	1 .. 1	F	EVN
templateId	II	1 .. 1	M	
statusCode	CS	1 .. 1	R	@code "Completed" - elemento completato
performer		0 .. *	O	Esecutore
time	IVL_TS	0 .. 1	O	Data esecuzione
assignedEntity		1 .. 1	R	
id	II	1 .. *	R	Codice fiscale esecutore

assignedPerson		1 ... 1	R	Nome e cognome esecutore
participant		0 ... *	0	Richiedente
@typeCode	CS	1 ... 1	R	"REF"
time	IVL_TS	0 ... 1	0	Data richiesta
participantRole		1 ... 1	R	
id		0 ... *	0	Codice fiscale prescrittore
playingEntity		0 ... 1	0	
name	PN	1 ... 1	R	Nome e cognome del prescrittore
component		0 ... *	0	<i>VPS Observation Parametri Vitali</i>

3.31.1.1 Entry Osservazione Parametri Vitali: <observation>

Elemento **OPZIONALE** atto a riportare il valore codificato dei singoli parametri misurati.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	OBS
@moodCode	CS	1 ... 1	R	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	
code	CE	1 ... 1	R	Accertamento @code: codice parametro @codeSystem: OID sistema di codifica @displayName: descrizione parametro
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code "completed"
effectiveTime	IVL_TS	0 ... 1	0	Data e ora di misurazione del parametro.
value	ANY	1 ... 1	R	[Valore misura parametro]

3.32 Sezione Terapia Farmacologica in Pronto Soccorso

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere le terapie farmacologiche somministrate durante la visita in Pronto Soccorso.

Questa sezione è costituita da un elemento **<section>** di testo libero associato ad uno o più elementi **<entry>** di tipo **<substanceAdministration>**, opzionali, che riportano i valori codificati relativi alle terapie farmacologiche somministrate.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 ... 1	0	DOCSECT
@moodCode	CS	0 ... 1	0	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.29
code	CE	1 ... 1	M	@code "29549-3" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Medication administered Narrative"
title	ST	1 ... 1	R	"Terapia farmacologica in Pronto Soccorso"
text	SD.TEXT	1 ... 1	R	Blocco human readable Note della terapia farmacologica somministrate in Pronto Soccorso
entry		0 ... *	0	VPS Terapie Farmacologiche
@typeCode	CS	1 ... 1	R	

3.32.1 Entry Terapie Farmacologiche: <substanceAdministration>

Elemento **OPZIONALE** atto a riportare i valori codificati relativi alle terapie farmacologiche somministrate durante l'episodio di pronto soccorso.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	SBADM
@moodCode	CS	1 ... 1	R	@moodCode "ENV" - Terapia somministrata
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6 .52
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code "Completed" - elemento completato
effectiveTime	IVL_ TS	1 ... 1	R	Periodo di somministrazione
routeCode		0 ...	0	Via di somministrazione

		1		
consumable		1 ... 1	R	
manufacturedProduct		1 ... 1	R	
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6 .53
manufacturedMaterial		1 ... 1	M	
code		1 ... 1	R	Codice AIC farmaci
translation		0 ... *	O	Codice ATC
performer		0 ... 1	O	Somministratore
time	IVL_ TS	0 ... 1	O	Data somministrazione
assignedEntity		1 ... 1	R	
id	II	1 ... *	R	Codice fiscale somministratore
assignedPerson		1 ... 1	R	Nome e cognome somministratore
author		0 ... *	O	Nome, cognome e codice fiscale del richiedente
time	IVL_ TS	1 ... 1	R	Data richiesta

3.33 Sezione Dimissione

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere i dati relativi alla fase di dimissione, tra cui la diagnosi di dimissione, la prognosi, l'esito del trattamento.

È inoltre possibile riportare le note relative alle consegne per un trasferimento del paziente, o per il suo ricovero.

Questa sezione è costituita da un elemento **<text>** di testo libero associato ad un elemento **<entry>** di tipo **<act>**, contenente le informazioni codificate sul medico che ha effettuato la dimissione, la diagnosi e l'esito del trattamento, e **OPZIONALMENTE** uno o più elementi **<entry>** di tipo **<observation>** contenenti le informazioni codificate relative a prognosi, livello di appropriatezza e dati sul decesso.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 ... 1	0	DOCSECT
@moodCode	CS	0 ... 1	0	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.24
code	CE	1 ... 1	M	@code "28574-2" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName " Note di Dimissione"
title	ST	1 ... 1	R	"Dimissione"
text	SD.TEXT	1 ... 1	R	Blocco human readable Note di dimissione, diagnosi di dimissione, esito del trattamento. Consegne trasferimento o ricovero.
entry		1 ... 1	R	<i>VPS Act Dimissione</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	
entry		0 ... 1	0	<i>VPS Observation Prognosi</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	
entry		0 ... 1	0	<i>VPS Observation Livello Appropriatezza</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	
entry		0 ... 1	0	<i>VPS Observation Data decesso</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	
entry		0 ... 1	0	<i>VPS Observation Richiesta autopsia</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	

3.33.1 Entry Dimissione: <act>

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere i dati strutturati della dimissione quali medico di dimissione, diagnosi di dimissione, esito del trattamento, dati relativi al trasferimento o al ricovero.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	C S	1 ... 1	R	ACT
@moodCode	C S	1 ... 1	R	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.66
code	C E	1 ... 1	M	@code "dimissione" @codeSystem "2.16.840.1.113883.2.9.5.1.4"
statusCode	C S	1 ... 1	R	@code "completed"
effectiveTime	TS	1 ... 1	R	Data e ora di dimissione
performer		1 ... 1	R	Medico di dimissione
assignedEntity		1 ... 1	R	
id	II	1 ... *	R	Codice fiscale medico dimissione
assignedPerson		1 ... 1	R	Nome e cognome medico dimissione
entryRelationship		0 ... *	O	<i>VPS Encounter Post Dimissione</i>
@typeCode	C S	1 ... 1	R	
entryRelationship		1 ... *	R	<i>VPS Observation Diagnosi Dimissione</i>
@typeCode	C S	1 ... 1	R	
entryRelationship		1 ... 1	R	<i>VPS Observation Esito</i>
@typeCode	C S	1 ... 1	R	

3.33.1.1 Entry Encounter Post Dimissione: <encounter>

Elemento **OPZIONALE** atto a riportare i dati del trasferimento o del ricovero del

paziente.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	ENC
@moodCode	CS	1 ... 1	R	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.67
Id	II	1 ... *	R	Codice nosologico
code	CE	1 ... 1	R	@code: valore Tipo di encounter da ValueSet 2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.9 ("TipoEncounterPostDimissione_VPS") Con Binding Strength = "CWE"
effectiveTime		1 ... 1	R	
participant		0 ... *	○	<i>Collocazione paziente post dimissione</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	LOC
entryRelationship		0 ... *	○	<i>VPS Ragione</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	RSON

Per ciascun <participant> che indichi una collocazione paziente post dimissione, le informazioni da riportare sono:

Item	DT	Card	Conf	Description
time	IVL_TS	0 ... 1	○	Data di inizio (e fine) collocazione paziente, post dimissione
participantRole		1 ... 1	R	
@classCode	CS	0 ... 1	○	SDLOC
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.64
id	II	0 ... *	○	Identificativo della struttura, unità, letto, stanza. Il tipo di luogo identificato è dato dall'elemento code
code	CE	0 ... 1	○	@code: Tipo di luogo da Value Set 2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.11 ("TipoLuogoPostDimissione_VPS")

3.33.1.2 Entry Ragione: <observation>

Elemento **OPZIONALE** atto a riportare il valore codificato delle ragioni del trasferimento in altro Pronto Soccorso o del ricovero del paziente.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	OBS
@moodCode	CS	1 ... 1	R	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.68

Code	CD	1.. 1	R	@code: derivato da value set "2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.13" (ProblemType_VPS)
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code "completed"
effectiveTime	IVL_TS	0 ... 1	0	Data e ora di rilevazione.
value	ANY	0 ... 1	0	[motivo - causa]

3.33.1.3 Entry Diagnosi dimissione: <observation>

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a riportare il valore codificato delle diagnosi di dimissione.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	OBS
@moodCode	CS	1 ... 1	R	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.70
code	CE	1 ... 1	R	@code "29308-4" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @displayName: "Diagnosi"
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code "completed"
effectiveTime	IVL_TS	0 ... 1	0	Data e ora della diagnosi di dimissione.
value	CD	1 ... 1	R	Diagnosi di dimissione @code: valore da @codeSystem 2.16.840.1.113883.6.103 (ICD9-CM)

3.33.1.4 Entry Esito: <observation>

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a riportare il valore codificato dell'esito del trattamento.

Tale informazione è derivata dalle "SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO SOCCORSO". (v7.4 2016).

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	OBS
@moodCode	CS	1 ... 1	R	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.69
code	CE	1 ... 1	R	@code: "11302-7" @codeSystem: 2.16.840.1.113883.6.1 @displayName: "Esito"
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code "completed"
value	ANY	1 ... 1	R	Esito del Trattamento @code: valore da @codeSystem

				2.16.840.1.113883.2.9.6.1.54.5 ("EsitoTrattamento VPS")
--	--	--	--	--

3.33.2 Entry Prognosi: <observation>

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere i dati strutturati della prognosi alla dimissione.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 .. 1	R	OBS
@moodCode	CS	1 .. 1	R	EVN
templateId	II	1 .. 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.66
code	CE	1 .. 1	M	@code: "75328-5" @codeSystem: 2.16.840.1.113883.6.1 @displayName: "Prognosi"
statusCode	CS	1 .. 1	R	@code "completed"
effectiveTime	TS	0 .. 1	O	Data e ora della prognosi
value	ST	1 .. 1	R	Descrizione della prognosi, comprensiva del numero di giorni.

3.33.3 Entry Livello appropriatezza: <observation>

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere i dati strutturati del livello di appropriatezza. Stesso value set utilizzato per il codice Triage.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 .. 1	R	OBS
@moodCode	CS	1 .. 1	R	EVN
templateId	II	1 .. 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.72
code	CE	1 .. 1	M	@code: "11283-9" @codeSystem: 2.16.840.1.113883.6.1 @displayName: "Valutazione Acutezza"
statusCode	CS	1 .. 1	R	@code "completed"
effectiveTime	TS	0 .. 1	O	Data e ora della prognosi
value	CD	1 .. 1	R	@code: valori del Codice Livello Appropriatezza da @codeSystem "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.54.4" (CodiceTriage VPS)

3.33.4 Entry Data Decesso: <observation>

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere i dati strutturati della data del decesso.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	OBS
@moodCode	CS	1 ... 1	R	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.86
code	CE	1 ... 1	M	@code: "31211-6" @codeSystem: 2.16.840.1.113883.6.1 @displayName: "Date of death"
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code "completed"
value	TS	1 ... 1	R	Data e ora del decesso

3.33.5 Entry Richiesta autopsia: <observation>

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere i dati strutturati della richiesta di autopsia.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	OBS
@moodCode	CS	1 ... 1	R	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.72
code	CE	1 ... 1	M	@code "45477-7" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @displayName "Advance directive - autopsy request "
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code "completed"
value	BL	1 ... 1	R	Richiesta autopsia Sì/No (T/F)

3.34 Sezione Piano di Cura alla Dimissione

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere le 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 consigliati.

Questa sezione è costituita da un elemento **<text>** di testo libero associato ad uno o più elementi **<entry>** di tipo **<act>** **OPZIONALI** che riportano i valori codificati relativi al controllo richiesto.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 .. 1	O	DOCSECT
@moodCode	CS	0 .. 1	O	EVN
templateId	II	1 .. 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.34
code	CE	1 .. 1	M	@code "18776-5" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Piano di Cura"
title	ST	1 .. 1	R	"Piano di Cura"
text	SD.TEXT	1 .. 1	R	Blocco human readable Piano di cura.
Author		0 .. *	O	Nome, cognome e codice fiscale del richiedente
Time		1 .. 1	R	Data e ora richiesta
entry		0 .. *	O	<i>VPS Act Controlli</i>
@typeCode	CS	1 .. 1	R	

3.34.1 Entry Controlli: <act>

Elemento **OPZIONALE** atto a riportare in forma codificata i controlli richiesti nel piano di cura alla dimissione.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 .. 1	R	ACT
@moodCode	CS	1 .. 1	R	INT
templateId	II	1 .. 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.62
code	CE	1 .. 1	M	Controllo: @code: codice controllo @codeSystem: OID sistema codifica @displayName: descrizione controllo
statusCode	CS	1 .. 1	R	@code "active"

author		0 ... *	O	Nome, cognome e codice fiscale del richiedente
time	IVL_TS	1 ... 1	R	Data e ora richiesta
reference		0 ... *	O	<i>VPS externalAct Prescrizioni</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	@code "REFR"

3.34.1.1 Entry Prescrizioni: <externalAct>

Elemento **OPZIONALE** atto a riportare gli identificativi NRE delle prescrizioni redatte dal prescrittore nell'ambito del piano di cura alla dimissione. Se presente, l'identificativo NRE della prescrizione **DEVE** essere presente e valorizzato.

Item	DT	Card	Conf	Description
externalAct		1 ... 1	R	
@classCode	CS	1 ... 1	R	ACT
@moodCode	CS	1 ... 1	R	INT
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.89
id	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.4.3.8 @extension [ID NRE prescrizione]
Code	CE	1... 1	M	@code "57828-6" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Prescription list"

3.35 Sezione Terapia Farmacologica alla dimissione

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere le terapie farmacologiche che il paziente dovrebbe assumere al domicilio, al termine della visita in Pronto Soccorso.

Questa sezione è costituita da un elemento **<section>** di testo libero associato ad uno o più elementi **<entry>** di tipo **<substanceAdministration>**, **OPZIONALI**, che riportano i valori codificati relativi alle terapie farmacologiche.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	0 ... 1	O	DOCSECT
@moodCode	CS	0 ... 1	O	EVN
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.74
code	CE	1 ... 1	M	@code "75311-1" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Discharge medications Narrative"
title	ST	1 ... 1	R	"Terapia farmacologica alla dimissione"
text	SD.TEXT	1 ... 1	R	Blocco human readable Note della terapia farmacologica richieste nel piano di cura
Author		0 ... *	O	Nome, cognome e codice fiscale del richiedente
Time		1 ... 1	R	Data e ora richiesta
entry		0 ... *	O	<i>VPS Terapie Farmacologiche</i>
@typeCode	CS	1 ... 1	R	

3.35.1 Entry Terapie Farmacologiche: <substanceAdministration>

Elemento **OPZIONALE** atto a riportare i valori codificati relativi alle terapie farmacologiche somministrate durante l'episodio di pronto soccorso.

Item	DT	Card	Conf	Description
@classCode	CS	1 ... 1	R	SBADM
@moodCode	CS	1 ... 1	R	@moodCode shall be "INT" - Terapia richiesta
templateId	II	1 ... 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10. 1.6.52
statusCode	CS	1 ... 1	R	@code [active]
consumable		1 ... 1	R	

manufacturedProduct		1 .. 1	R	
templateId	II	1 .. 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.53
manufacturedMaterial		1 .. 1	R	
code		1 .. 1	R	[Codice AIC farmaci]
translation		0 .. *	O	[Codice ATC]
author		0 .. *	O	Nome, cognome e codice fiscale del richiedente
time	IVL_TS	1 .. 1	R	Data e ora richiesta
reference		O .. *	O	<i>VPS externalAct Prescrizioni</i>
@typeCode	CS	1 .. 1	R	@code "REFR"

3.35.1.1 Entry Prescrizioni: <externalAct>

Elemento **OPZIONALE** atto a riportare gli identificativi NRE delle prescrizioni redatte dal prescrittore nell'ambito della terapia farmacologica alla dimissione. Se presente, l'identificativo NRE della prescrizione **DEVE** essere presente e valorizzato.

Item	DT	Card	Conf	Description
externalAct		1 .. 1	R	
@classCode	CS	1 .. 1	R	"ACT"
@moodCode	CS	1 .. 1	R	"INT"
templateId	II	1 .. 1	M	@root
id	II	1 .. 1	M	@root 2.16.840.1.113883.2.9.4.3.8 @extension: [ID NRE prescrizione]
Code	CE	1.. 1	M	@code "57828-6" @codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1" @codeSystemName "LOINC" @displayName "Prescription list"



4 Appendice: OID e Vocabolari

4.1 Template ID in questa guida

Si utilizzerà la root "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6" per tutta la famiglia dei template del Verbale di Pronto Soccorso.

Template ID per Verbale di Pronto Soccorso	Descrizione	Source
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.1	Verbale di Pronto Soccorso	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.20	Sezione Modalità di Trasporto	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.40	Trasporto <act>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.42	Sezione Motivo della Visita	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.37	Problema Principale <Observation>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.87	Causa di accesso <observation>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.21	Sezione Triage	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.39	Triage <Observation>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.56	Sezione Inquadramento clinico iniziale	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.55	Sezione Anamnesi	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.58	Sezione Esame Obiettivo	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.57	Sezione Terapia farmacologica all'ingresso	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.33	Sezione Allergie	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.59	Sezione Problemi aperti	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.50	Sezione Encounters	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.51	Encounter Activity <encounter>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.64	<participant> collocazione del paziente	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.47	Note Dimissione – Commento <act>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.23	Sezione Decorso Ospedaliero	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.26	Sezione Interventi Prestazioni Consulenze e Richieste	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.62	Interventi, Prestazioni e Consulenze <act>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.27	Sezione Accertamenti	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.45	Accertamenti <organizer>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.46	Accertamento <observation>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.28	Sezione Parametri Vitali	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.90	Organizer Parametri Vitali <organizer>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.91	Osservazione Parametri Vitali <observation>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.29	Sezione Terapia Farmacologica in Pronto Soccorso	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.52	Terapie Farmacologiche <substanceAdministration>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.24	Sezione Dimissione	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.66	Dimissione <act>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.67	Encounter Post Dimissione <encounter>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.64	< participant> collocazione del paziente	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.68	Ragione <observation>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.70	Diagnosi dimissione <observation>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.69	Esito <observation>	Gruppo2 FSE

2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.65	Prognosi <observation>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.72	Livello appropriatezza <observation>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.86	Data Decesso <observation>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.73	Richiesta autopsia <observation>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.34	Sezione Piano di Cura alla Dimissione	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.62	Controlli <act>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.89	Prescrizioni <externalAct>	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.74	Sezione Terapia Farmacologica alla dimissione	Gruppo2 FSE
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.6.52	Terapie Farmacologiche <substanceAdministration>	Gruppo2 FSE

4.2 Vocabolari

4.2.1 Value Set

4.2.1.1 ModalitàTrasporto_VPS

Contenuto da codesystem:

ModalitàTrasporto_VPS [2.16.840.1.113883.2.9.6.1.54.6]

Il vocabolario è derivato dal campo "Modalità Arrivo" del Tracciato Pronto Soccorso, tratto dalle "SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO SOCCORSO", (v7.4 2016, e successivi aggiornamenti) consultabile dal sito web:

["http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2992&area=sistemainformativo&menu=emergenza"](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2992&area=sistemainformativo&menu=emergenza).

4.2.1.2 ResponsabileInvio_VPS

Contenuto da codesystem:

ResponsabileInvio_VPS [2.16.840.1.113883.2.9.6.1.54.1]

Il vocabolario è derivato dal campo "Responsabile Invio" del Tracciato Pronto Soccorso, tratto dalle "SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO SOCCORSO", (v7.4 2016, e successivi aggiornamenti) consultabile dal sito web:

["http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2992&area=sistemainformativo&menu=emergenza"](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2992&area=sistemainformativo&menu=emergenza).

4.2.1.3 ProblemaPrincipale_VPS

Contenuto da codesystem:

ProblemaPrincipale_VPS [2.16.840.1.113883.2.9.6.1.54.2]

Il vocabolario è derivato dal campo "Problema Principale" del Tracciato Pronto Soccorso, tratto dalle "SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO

SOCCORSO", (v7.4 2016, e successivi aggiornamenti) consultabile dal sito web:

["http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2992&area=sistemainformativo&menu=emergenza"](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2992&area=sistemainformativo&menu=emergenza).

4.2.1.4 CausaAccesso_VPS

Da vocabolario HL7it, CausaAccesso_VPS [2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.12]

Link Art Decor value set:

[http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--vpsee-
?id=2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.12](http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--vpsee-?id=2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.12)

4.2.1.5 CodiceTriage_VPS

Contenuto da codesystem:

CodiceTriage_VPS [2.16.840.1.113883.2.9.6.1.54.4]

Il vocabolario è derivato dal campo "Triage" del Tracciato Pronto Soccorso, tratto dalle "SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO SOCCORSO", (v7.4 2016, e successivi aggiornamenti) consultabile dal sito web:

["http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2992&area=sistemainformativo&menu=emergenza"](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2992&area=sistemainformativo&menu=emergenza).

4.2.1.6 TipoEncounter_VPS

Da vocabolario HL7it, TipoEncounter_VPS [2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.4]

Link Art Decor value set:

[http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--vpsee-
?id=2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.4](http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--vpsee-?id=2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.4)

4.2.1.7 TipoLuogo_VPS

Da vocabolario HL7it, TipoLuogo_VPS [2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.10]

Link Art Decor value set:

[http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--vpsee-
?id=2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.10](http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--vpsee-?id=2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.10)

4.2.1.8 TipoEncounterPostDimissione_VPS

Da vocabolario HL7it, TipoEncounterPostDimissione_VPS

[2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.9]

Link Art Decor value set:

[http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--vpsee-
?id=2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.9](http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--vpsee-?id=2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.9)

4.2.1.9 TipoLuogoPostDimissione_VPS

Da vocabolario HL7it, TipoLuogoPostDimissione_VPS

[2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.11]

Link Art Decor value set:

[http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--vpsee-
?id=2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.11](http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--vpsee-?id=2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.11)

4.2.1.10 ProblemType_VPS

Da vocabolario HL7it, ProblemType_VPS [2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.13]

Link Art Decor value set:

[http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--vpsee-
?id=2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.13](http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--vpsee-?id=2.16.840.1.113883.2.9.1.11.1.2.13)

4.2.1.11 Diagnosi di dimissione

Contenuto da codesystem:

ICD9-CM [2.16.840.1.113883.6.103]

4.2.1.12 EsitoTrattamento_VPS

Contenuto da codesystem:

EsitoTrattamento_VPS [2.16.840.1.113883.2.9.6.1.54.5]

Il vocabolario è derivato dal campo "Esito Trattamento" del Tracciato Pronto Soccorso, tratto dalle "SPECIFICHE FUNZIONALI DEI TRACCIATI 118 E PRONTO SOCCORSO", (v7.4 2016, e successivi aggiornamenti) consultabile dal sito web:

["http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2992&area=sis
temainformativo&menu=emergenza"](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2992&area=sistemainformativo&menu=emergenza).



5 RIFERIMENTI

- DPCM-FSE Regolamento in materia di FSE DPCM 29.09.2015 n. 178" GU n.263 del
- 11/11/2015
- DPCM 29 settembre 2015 n. 178
- Legge di stabilità 2017 (del 11 dicembre 2016 n. 232)
- Nota Garante 21 febbraio 2017
- Mattone 11 - Pronto soccorso e sistema 118
- Link ambiente di lavoro HL7 italia

[https://art-decor.org/art-decor/decor-scenarios--vpsee-
?id=&effectiveDate=&datasetId=&datasetEffectiveDate=&conceptId=&conceptE
ffectiveDate=](https://art-decor.org/art-decor/decor-scenarios--vpsee-?id=&effectiveDate=&datasetId=&datasetEffectiveDate=&conceptId=&conceptEffectiveDate=)

6 ALLEGATI

Tempistiche

GDL 2 verbale Pronto Soccorso - PIANO ATTIVITA'				
ATTIVITA'		Data inizio	Data fine	Durata - Giorni solari
AVVIO	Analisi documentazione disponibile (standard, normativa....)	lun 03/04/2017	ven 07/04/2017	5
	1° Incontro - Condivisione obiettivi del GdL ed ambiti di Lavoro		lun 10/04/2017	
Definizione Contenuti informativi	Predisposizione proposta contenuti informativi	mer 12/04/2017	ven 14/04/2017	3
	Avvio monitoraggio esperienze regionali, specifiche implementate e copertura sul territorio	ven 14/04/2017	mer 26/04/2017	13
	2° Incontro - Incontro congiunto con HL7 Italia per condivisione delle attività dei 2 gruppi		gio 27/04/2017	
	Analisi ritorno monitoraggio esperienze	gio 27/04/2017	gio 04/05/2017	8
	Inizio predisposizione documento "Contenuti Informativi"	ven 28/04/2017	lun 22/05/2017	25
	3° Incontro - Stato avanzamenti lavori Documento Informativo con codifiche annesse		mar 23/05/2017	
	Completamento analisi ed Avvio stesura documenti "Contenuti Informativi"	mar 23/05/2017	ven 16/06/2017	25
Definizione CDA	4° Incontro - Chiusura "Contenuti Informativi"		lun 19/06/2017	
	Incontri congiunti con HL7 ITALIA	ven 28/04/2017	lun 11/09/2017	137
CHIUSURA	Predisposizione documentazione e condivisione con il gruppo	11/09/2017	gio 14/09/2017	4
	5° Incontro - Condivisione deliverable finali e conclusione dei lavori		ven 15/09/2017	