



HL7 Italia

www.hl7italia.it

V3it TC

HL7®-V3©

*Technical
Committee*

Dominio CDA
Template Lettera di dimissione
Ospedaliera

Versione 1.0 Marzo 2014

HL7® Version 3 Standard, © 2007 Health Level Seven®, Inc. All Rights Reserved.

HL7 and Health Level Seven are registered trademarks of Health Level Seven, Inc. Reg. U.S.
Pat & TM Off



Composizione Gruppo di Lavoro			
Stefano Dalmiani		Chair	Fondazione Monasterio
Luca Augello		contributor	Lombardia Informatica
Valeria Burchielli		contributor	
Renato Calamai		contributor	eHealthTech
Mario Ciampi		contributor	ICAR CNR
Marco Devanna		contributor	CUP 2000
Mauro Giacomini		contributor	UNIGE
Federica Sandri		contributor	ARSENAL
Elena Vio		contributor	ARSENAL

Sommario

1	Obiettivi del documento	1
1.1	Lettera di Dimissione Ospedaliera nel formato HL7-CDA Rel. 2	1
1.2	Scopo del Documento	1
1.3	Destinatari del documento	1
1.4	Riferimenti	1
2	Convenzioni terminologiche	3
2.1	Sistemi di codifica	3
2.2	OID di test	3
2.3	Note di lettura	3
2.4	Requisiti di conformità	4
2.5	Termini e acronimi	4
3	Header CDA del documento di LDO	7
3.1	Root del documento: <ClinicalDocument>	7
3.2	Dominio: <realmCode>	7
3.3	Identificativo CDA2: <typeId>	7
3.4	Identificativo del template HL7: <templateId>	8
3.5	Identificativo del documento: <id>	9
3.6	Codice del documento: <code>	10
3.7	Data di creazione del documento: <effectiveTime>	11
3.8	Riservatezza del documento: <confidentialityCode>	11
3.9	Lingua e dominio: <languageCode>	12
3.10	Versione del documento: <setId> e <versionNumber>	13
3.11	Paziente della lettera: <recordTarget>	15
3.11.1	Paziente soggetto del ricovero: <patientRole>	15
3.11.1.1	Soggetti assicurati da istituzioni estere	16
3.11.1.2	Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)	17
3.11.1.3	Cittadino Europeo non Iscritto al SSN	18
3.11.1.4	Cittadino italiano o straniero residente (iscritto SSN)	18
3.11.2	<patient>	19
3.12	Autore della lettera: <author>	21
3.13	Trascrittore della lettera: <dataEnterer>	23
3.14	Conservazione della lettera: <custodian>	24
3.14.1	Organismo Custode	25
3.15	Destinatari di una copia del documento: <informationRecipient>	26
3.16	Firmatario del documento: <legalAuthenticator>	27
3.17	Soggetti partecipanti: <participant>	28
3.18	Ricetta di ricovero: <inFulfillmentOf>	29
3.19	Prestazione di ricovero eseguita: <documentationOf>	30
3.20	Versionamento del documento: <relatedDocument>	31
3.21	Ricovero di riferimento: <componentOf>	32
3.21.1	Identificativo del ricovero	32
3.21.2	Date di inizio e fine ricovero: < effectiveTime >	33
3.21.3	Unità operativa ed ospedale di dimissione: <healthCareFacility>	34
4	Body CDA del documento di LDO	36
4.1	Motivo del ricovero	39
4.1.1	Section Motivo del ricovero	39
4.1.1.1	Identificativo della tipologia della sezione: <code>	39
4.1.1.2	Titolo della sezione: <title>	40
4.1.1.3	Blocco narrativo: <text>	40
4.1.2	Dettaglio di sezione: <entry>	40
4.1.2.1	Entry diagnosi di ammissione: <observation>	41
4.2	Inquadramento clinico iniziale	43

4.2.1	Section Inquadramento Clinico Iniziale.....	43
4.2.1.1	Identificativo della tipologia della sezione: <code>.....	43
4.2.1.2	Titolo della sezione: <title>	44
4.2.1.3	Blocco narrativo: <text>	44
4.2.2	Sezione Anamnesi: <section>	44
4.2.2.1	Identificativo della tipologia della sezione: <code>.....	44
4.2.2.2	Titolo della sezione: <title>	45
4.2.2.3	Blocco narrativo: <text>	45
4.2.3	Sezione esame obiettivo: <section>.....	46
4.2.3.1	Identificativo della tipologia della sezione: <code>.....	46
4.2.3.2	Titolo della sezione: <title>	47
4.2.3.3	Blocco narrativo: <text>	47
4.2.4	Sezione Terapia Farmacologica all'Ingresso: <entry>	47
4.2.4.1	Identificativo della tipologia della sezione: <code>.....	48
4.2.4.2	Titolo della sezione: <title>	48
4.2.4.3	Blocco narrativo: <text>	49
4.3	Valutazione e decorso clinico	50
4.3.1	Identificativo della tipologia della sezione: <code>	50
4.3.2	Titolo della sezione: <title>	50
4.3.3	Blocco narrativo: <text>	50
4.4	Riscontri ed accertamenti significativi.....	52
4.4.1	Identificativo della tipologia della sezione: <code>	52
4.4.2	Titolo della sezione: <title>	52
4.4.3	Blocco narrativo: <text>	53
4.5	Procedure eseguite durante il ricovero	54
4.5.1	Identificativo della tipologia della sezione: <code>	54
4.5.2	Titolo della sezione: <title>	54
4.5.3	Blocco narrativo: <text>	55
4.6	Allergie	56
4.6.1	Identificativo della tipologia della sezione: <code>	56
4.6.2	Titolo della sezione: <title>	56
4.6.3	Blocco narrativo: <text>	57
4.7	Terapia farmacologica effettuata durante il ricovero	58
4.7.1	Identificativo della tipologia della sezione: <code>	58
4.7.2	Titolo della sezione: <title>	58
4.7.3	Blocco narrativo: <text>	59
4.8	Condizioni del paziente e diagnosi alla dimissione	60
4.8.1	Identificativo della tipologia della sezione: <code>	60
4.8.2	Titolo della sezione: <title>	61
4.8.3	Blocco narrativo: <text>	61
4.8.4	Dettaglio di sezione: <entry>	61
4.8.4.1	Dettaglio diagnosi di dimissione: <observation>	61
4.9	Terapia farmacologica alla dimissione	64
4.9.1	Identificativo della tipologia della sezione: <code>	64
4.9.2	Titolo della sezione: <title>	65
4.9.3	Blocco narrativo: <text>	65
4.10	Istruzioni di follow-up	65
4.10.1	Identificativo della tipologia della sezione: <code>	65
4.10.2	Titolo della sezione: <title>.....	66
4.10.3	Blocco narrativo: <text>	66
5	Appendice A: Blocco Narrativo	67
5.1	Paragrafo	67
5.2	A capo.....	67



5.3	Liste di voci.....	67
5.4	Testo formattato.....	67
6	Appendice B : Esempio XML.....	69



Status del documento

Storia delle principali revisioni:

Versione	Status	Data	Descrizione Modifica
1.0	DRAFT	11/03/2014	Prima emissione

1 Obiettivi del documento

Per poter consentire un eventuale utilizzo delle informazioni raccolte, in contesti clinico-scientifico internazionali, utilizzando gli standard ICT-Medicali, la piattaforma tecnologica definita da HL7 permette di definire una struttura di documento clinico interscambiabile.

- 5 La famiglia degli standard HL7 versione 3, infatti, prevede la definizione di un modello per ogni dominio sanitario per lo scambio di messaggi e la definizione del modello per l'interscambio di documenti sanitari (CDA - Clinical Document Architecture).

Obiettivo di questo documento è definire il Template per il documento **"Lettera di Dimissione Ospedaliera (LDO)"** secondo lo standard HL7 - CDA Rel 2.0.

- 10 In questo documento è presentata la strutturazione del documento di "LDO" nel rispetto delle previsioni dello standard HL7 v.3 - CDA Rel. 2 opportunamente localizzato, secondo le specifiche di estensibilità previste dallo standard medesimo, per il dominio sanitario italiano.

1.1 Lettera di Dimissione Ospedaliera nel formato HL7-CDA Rel. 2

- 15 La lettera di dimissione è un documento che viene rilasciato al paziente al termine di una fase di ricovero ospedaliero e contiene le indicazioni per gli eventuali controlli o terapie da effettuare. Questo documento contiene le principali informazioni inerenti al passaggio di cura dal contesto ospedaliero a quello territoriale. Le informazioni contenute nel documento sono destinate al medico che seguirà il paziente successivamente. Una
20 copia della lettera viene inviata anche al medico di famiglia, al prescrittore del trattamento o a eventuali altri istituti di cura.

La responsabilità della corretta compilazione della lettera di dimissione compete al medico responsabile della dimissione e la LDO DEVE riportare l'identificazione di detto medico e la sua firma.

- 25 La lettera di dimissione ospedaliera in formato CDA viene predisposta dall'applicativo software del medico, firmata secondo le modalità di firma digitale previste, e reso disponibile nel Fascicolo e/o Dossier Sanitario Elettronico del paziente.

1.2 Scopo del Documento

- 30 Fornire un supporto alla creazione di un Header e un Body CDA, per tutti coloro che intendono utilizzare documenti HL7 CDA R2 per lo scambio di informazioni cliniche strutturate nel contesto Italiano, specificatamente per la Lettera di Dimissione Ospedaliera (LDO).

Tale guida fornisce, oltre che una spiegazione degli elementi presenti nell'Header e nel Body come definiti dallo Standard HL7, specifiche di localizzazione per adeguare il
35 documento alle esigenze italiane.

1.3 Destinatari del documento

Il presente documento è il punto di partenza delle successive fasi di progettazione e di sviluppo della piattaforma tecnologica HL7 CDA R2, i cui destinatari sono analisti e sviluppatori in possesso delle conoscenze di base del protocollo HL7 V3.

1.4 Riferimenti

Codice	Titolo
[HL7CDA2]	Clinical Document Architecture Release 2.0 (ANSI/HL7 CDA R2-2005), http://www.hl7.org



Codice	Titolo
[HL7v3]	HL7 Version 3.0, http://www.hl7.org
[IHE-PCC]	IHE PCC Discharge Summary Specification, http://wiki.ihe.net/index.php?title=1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.1.4#Discharge_Summary_Specification_1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.1.4
[HL7IT_OID]	Identificazione OID HL7 Italia, versione Marzo 2008
[HL7V3_ITS]	HL7 Version 3 Standard: XML Implementation Technology Specification - Data Types, R1 4/8/2004
[HL7IT_CDA]	1] Clinical Document Architecture (CDA) Rel. 2 - Sezione Header - Guida Implementativa di Localizzazione Italiana - Versione 1.0, Settembre 2008
[HL7IT_PERSON]	Dominio AMPRPA - Person Topic Specifica di Localizzazione Italiana - (IT Realm) Versione 1.0, Settembre 2008
[HL7IT_PATIENT]	Dominio AMPRPA Patient Topic -Specifica di Localizzazione Italiana - (IT Realm) Versione 1.2, Febbraio 2011

2 Convenzioni terminologiche

Nel testo del documento sono usati i seguenti stili di formattazione per indicare classi di elementi descrittivi.

Una struttura XML è indicata in una box con bordo tratteggiato, come nell'esempio:

5

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

In accordo, nel testo, elementi di strutture XML sono formattati nello stesso stile (ad es.: **<typeId>**) usato per il testo nella box per le strutture XML.

10 Per quanto riguarda la descrizione del valore degli attributi degli elementi, è utilizzata la notazione **[..]** o la notazione **[MNEMONIC]**, per indicare valori o parti di valori che sono variabili dipendenti dal contesto di utilizzo o generazione, ad esempio i riferimenti ad un anagrafe regionale **[ANAG.REG.OPT]** dipende dalla regione in cui il CDA viene generato, oppure riferimenti ad istanze del documento che contengono il codice fiscale di un medico o di un paziente **[CF.MEDICO]** o **[CF.PAZIENTE]**.

15 Ad esempio, di seguito **[ANAG.REG.OPT]** è utilizzato per indicare una porzione del codice **OID** assegnato ad una regione e che identifica l'anagrafica regionale degli operatori a cui il codice riportato nell'attributo **extension** si riferisce:

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

20 2.1 Sistemi di codifica

Per l'identificazione delle diverse sezioni del documento CDA è utilizzata nel seguito del documento la codifica LOINC come sistema preferenziale. In assenza di codici LOINC specifici (ad es. sezione esenzioni) sono stati individuati dei codici sostitutivi da utilizzare in attesa della disponibilità di nuovi codici LOINC da utilizzare come identificativi.

25 2.2 OID di test

Si osserva che tutti gli OID relativi al ramo "99" sono OID non permanenti, usati solo a titolo esemplificativo per test e/o debugging, non devono pertanto essere utilizzati nella produzione di istanze di documenti CDA. **Le codifiche ufficiali e le loro modifiche DEVONO essere richieste direttamente alle organizzazioni o agli enti competenti.**

30 Fare riferimento al documento di politica assegnazione OID di HL7 Italia per la gestione e rilascio degli OID afferenti o catalogati da HL7 Italia.

2.3 Note di lettura

Nella definizione dei requisiti, delle specifiche e delle regole descritte nel presente documento sono utilizzate le parole chiave DEVE, NON DEVE, OBBLIGATORIO, VIETATO,

DOVREBBE, CONSIGLIATO, NON DOVREBBE, SCONSIGLIATO, POTREBBE, OPZIONALE che devono essere interpretate in conformità con RFC2119¹.

In particolare:

- 5 • 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.
- 10 • DOVREBBE, CONSIGLIATO (*SHOULD, RECOMMENDED*) significano che in particolari circostanze possono esistere validi motivi per ignorare un requisito, non implementare una specifica o derogare alla consegna, ma le implicazioni correlate alla scelta devono essere esaminate e valutate con attenzione.
- 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.
- 15 • PUÒ, OPZIONALE (*MAY, OPTIONAL*) significano che l'implementazione di un elemento della specifica è facoltativa.

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

2.4 Requisiti di conformità

I requisiti di conformità sono specificati nel presente documento in una box con sfondo grigio, come quella riportata in basso.

CONF-NNN: Requisito di conformità numero NNN

COND-CONF-NNN: Requisito condizionale di conformità numero NNN

25

2.5 Termini e acronimi

Acronimo	Termine	Descrizione
ANSI	American National Standards Institute	Organizzazione che promuove standard per gli Stati Uniti.
ASL	Azienda Sanitaria Locale	Ente regionale che gestisce le prestazioni sanitarie.
CDA	Clinical Document Architecture	Standard specificato da HL7 che specifica come strutturare un documento clinico.

¹ Vedi: <http://www.ietf.org/rfc/rfc2119.txt>.

Acronimo	Termine	Descrizione
ENI	Europeo Non Iscritto	Codice identificativo di un cittadino straniero europeo non iscritto al SSN rilasciato da una Regione.
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico	Infrastruttura software in corso di sviluppo a livello nazionale atta a rendere disponibili informazioni cliniche rilevanti su ogni individuo.
HL7	Health Level 7	Organizzazione internazionale impegnata nello sviluppo di standard internazionali nel settore sanitario, allo scopo di consentire la condivisione e l'integrazione di informazioni cliniche.
ISO	International Organization for Standardization	Organizzazione internazionale per la definizione di norme tecniche.
IUD	Identificativo Unico di Documento	Identificatore utilizzato per individuare univocamente un documento.
LDO	Lettera di Dimissione Ospedaliera	Documento sanitario rilasciato al paziente all'atto della dimissione.
LOINC	Logical Observation Identifiers Names and Codes	Standard per la nomenclatura e codifica di indagini di laboratorio ed osservazioni cliniche.
MDA	Model Driven Architecture	Metodologia definita da OMG atta a semplificare lo sviluppo dei sistemi software mediante la realizzazione di modelli.
MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze	Ministero dell'Economia e delle Finanze.
OID	Object Identifier	Identificatore utilizzato per etichettare univocamente un oggetto. Strutturalmente, gli OID sono associati tra di loro in maniera tale da formare un albero all'interno di un namespace.
RIM HL7	Reference Information Model HL7	Modello Informativo della versione 3 di HL7 che specifica il contenuto dei dati necessari in specifici contesti clinici o amministrativi.
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale	Struttura non ospedaliera che ospita persone non autosufficienti.
SSN	Servizio Sanitario Nazionale	Servizio pubblico che assicura la tutela della salute e l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini italiani e stranieri.
STP	Straniero Temporaneamente Presente	Codice identificativo di un cittadino straniero rilasciato da qualsiasi Azienda Sanitaria.

Acronimo	Termine	Descrizione
XML	eXtensible Markup Language	Metalinguaggio di markup, sviluppato da W3G, costituito da elementi, o tag, bilanciati e organizzati in maniera gerarchica, contenenti eventualmente del testo. Ogni elemento può comprendere degli attributi, i quali forniscono informazioni aggiuntive sugli elementi stessi.
XSD	XML Schema Definition	Linguaggio di descrizione del contenuto di un file XML gestito da W3C.

3 Header CDA del documento di LDO

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

5 3.1 Root del documento: <ClinicalDocument>

Elemento root per la struttura XML che rappresenta il documento CDA. Ogni documento CDA DEVE iniziare con questo elemento, che comprende gli attributi speciali **xsi:schemaLocation**, **xmlns** e **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">
```

3.2 Dominio: <realmCode>

Elemento OBBLIGATORIO che indica il dominio di appartenenza del documento.

Più precisamente, indica l'esistenza di una serie di restrizioni applicate per il dominio ITALIANO al profilo HL7-CDA Rel. 2.0.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	CE	"IT"	Definisce l'id di contesto per l'Italia.

codice XML corrispondente:

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

CONF-001: Il documento DEVE contenere un elemento **realmCode** con valore dell'attributo **code** uguale a "IT".

3.3 Identificativo CDA2: <typeId>

È un elemento OBBLIGATORIO che indica che il documento è strutturato secondo le specifiche HL7-CDA Rel 2.0.

L'elemento **<typeId>** rappresenta un identificatore univoco (di tipo HL7 Instance Identifier) ed è composto dagli attributi seguenti.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.1.3"	Object Identifier di HL7 per i modelli registrati.
extension	ST	"POCD_HD000040"	Codifica identificativa del "CDA Release Two Hierarchical

			Description" che è lo schema che contiene la gerarchia delle classi di un documento CDA.
--	--	--	--

codice XML corrispondente:

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

3.4 Identificativo del template HL7: <templateId>

- 5 Elemento OBBLIGATORIO che indica il template di riferimento per il documento CDA. L'elemento **<templateId>** (di tipo HL7 Instance Identifier) è composto da un attributo **root** che riporta un codice OID, un attributo **extension** che riporta un codice specifico. I template possono essere utilizzati per individuare, in relazione alla tipologia di documento espresso dall'elemento **<code>**, vedi più avanti paragrafo 3.6, un insieme di
- 10 restrizioni/linee guida da applicare all'intero documento o ad una specifica sezione dello stesso.
- Nel caso specifico, dal momento che l'elemento **<code>** indica il codice relativo al documento di "Lettera di Dimissione Ospedaliera", l'elemento **<templateId>** identificherà la specifica versione del template (schema-schematron) che deve essere utilizzata dal
- 15 *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.
- Secondo la localizzazione italiana, l'elemento **<templateId>** deve essere utilizzato esclusivamente alla radice del documento CDA ed applicato all'intero documento. NON
- 20 DEVONO essere utilizzati pertanto template al livello sezione.
- L'elemento **<templateId>** rappresenta un identificatore univoco ed è composto dagli attributi seguenti.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.10.1.5"	Radice del template Lettera di dimissione per HL7 Italia.
extension	ST	"IT_LETTDIM-001"	Identificativo del template descritto nel presente documento.

25 Esempio di utilizzo:

```
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.10.1.5"
extension="IT_LETTDIM-001"/>
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.10.99"
extension="Lettera regionale"/>
```

Cambiando la versione del *template* viene modificata la cifra dell'attributo **extension** e non dell'attributo **root**.

- 30 L'attributo **extension** è rappresentativo della specifica versione del template di riferimento.

CONF-002: Il documento DEVE contenere almeno un elemento `templateId` con valore dell'attributo `root` valorizzato con "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.5".

3.5 Identificativo del documento: <id>

Elemento **OBBLIGATORIO** che identifica univocamente l'istanza di ogni documento CDA. L'elemento **<id>** è un valore del tipo HL7 "Instance Identifier" ed è composto 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 codifica posta nel campo **extension**.

Ogni singola istanza di documento CDA (Singola lettera di dimissione) DEVE essere dotata di un IDENTIFICATIVO UNIVERSALMENTE UNIVOCO, che andrà specificato nell'elemento **<id>** del documento.

L'assegnazione ad ogni entità generatrice di documenti di un nodo OID, a cui riferirsi per generare sequenze univoche di identificatori, garantisce l'unicità dei documenti (vedi appendice D)

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

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

Esempio di utilizzo:

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

CONF-003: Il documento DEVE contenere uno e non più di un elemento `ClinicalDocument/id`.

CONF-003-1: L'elemento **ClinicalDocument/id** DEVE riportare l'attributo **root** valorizzato

con un identificativo – riconosciuto pubblicamente – che DEVE garantire l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale, l'attributo **extension** che contiene l'identificativo dell'**id** all'interno del dominio di identificazione.

3.6 Codice del documento: <code>

Elemento OBBLIGATORIO che indica la tipologia di documento.

L'elemento **<code>** riporta un codice che identifica la tipologia di documento a cui il

5 CDA si riferisce (prescrizione, tipologia referto, lettera di dimissione, patient summary).

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 "34105-7" - Discharge Summarization Note, Setting=HOSPITAL - per
10 identificare il documento clinico strutturato Lettera di Dimissione Ospedaliera (LDO).

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del sistema di codifica dei codici di documento LOINC.
code	CS	"34105-7"	Codice relativo alla tipologia di documento trattata (LDO).
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario.
codeSystemVersion	ST	2.19	Versione del vocabolario.
displayName	ST	"Lettera di dimissione ospedaliera"	Nome o titolo descrittivo del codice con cui è visualizzato dal sistema all'utente.

Esempio di utilizzo:

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

CONF-004: Il documento DEVE contenere uno ed un solo elemento ClinicalDocument/code.

CONF-004-1: L'elemento **ClinicalDocument/code** DEVE riportare l'attributo **code** valorizzato con **"34105-7"**

CONF-004-2: L'elemento ClinicalDocument/code DEVE riportare l'attributo codeSystem valorizzato con "2.16.840.1.113883.6.1".

CONF-004-3: L'elemento ClinicalDocument/code DEVE riportare l'attributo codeSystemName valorizzato con "LOINC".

CONF-004-4: L'elemento **ClinicalDocument/code** DEVE riportare l'attributo codeSystemVersion valorizzato con **"2.19"**.

CONF-004-5: L'elemento ClinicalDocument/code DEVE riportare l'attributo displayName

valorizzato rispettivamente con "Lettera di dimissione ospedaliera".

3.7 Data di creazione del documento: <effectiveTime>

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

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

10

Esempio di utilizzo:

<effectiveTime value="2005072918302320140329183000+0100"/>

CONF-005: Il documento DEVE contenere uno ed un solo elemento ClinicalDocument/effectiveTime.

CONF-005-1: L'elemento **ClinicalDocument/effectiveTime** DEVE riportare l'attributo **value** valorizzato nel formato [YYYYMMDDHHMMSS+ | -ZZZZ] ed una lunghezza uguale a **19**.

3.8 Riservatezza del documento: <confidentialityCode>

- 15 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 della lettera di dimissione, l'elemento deve essere valorizzato nel modo seguente:

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

5

Esempio di utilizzo:

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

CONF-006: Il documento DEVE contenere uno ed un solo elemento ClinicalDocument/confidentialityCode.

CONF-006-1: L'elemento **ClinicalDocument/confidentialityCode** DEVE riportare l'attributo **code** valorizzato con uno dei valori "N" or "R" or "V", l'attributo **codeSystem** valorizzato con "2.16.840.1.113883.5.25", l'attributo **codeSystemName** valorizzato con "Confidentiality".

3.9 Lingua e dominio: <languageCode>

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

- 15 Composizione di <languageCode>:

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

Esempio di utilizzo:

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

CONF-007: Il documento DEVE contenere uno e non più di un elemento

ClinicalDocument/languageCode.

CONF-007-1: L'elemento **ClinicalDocument/languageCode** DEVE riportare l'attributo **code** valorizzato con "it-IT".

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

Elementi OBBLIGATORI² che consentono di gestire le revisioni del documento. L'elemento **<setId>** ha un valore costante tra le diverse versioni del medesimo documento, mentre l'elemento **<versionNumber>** cambia al variare della revisione.

Tutte le nuove versioni del documento devono avere un **<id>** univoco e diverso da quello delle versioni precedenti ed un **<setId>** uguale a quello definito nel primo documento pubblicato.

Il nuovo documento può comprendere un elemento **<relatedDocument>** che punta al documento sostituito.

Anche l'elemento **<setId>**, come l'elemento **<id>**, deve essere globalmente unico. E' CONSIGLIATO, pertanto, valorizzare, alla prima creazione del documento, i campi **<setId>** e **<id>** allo stesso modo, modificando successivamente nelle diverse revisioni solo l'elemento **<id>** con un nuovo IUD e lasciando costante il valore dell'elemento **<setId>**.

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

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

² **<setId>** e **<versionNumber>** sono, secondo lo standard CDA, elementi opzionali, o meglio, condizionalmente obbligatori.

<versionNumber> è composto dagli attributi seguenti:

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

Esempio di utilizzo:

```
<setId root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.6"
  extension="204.1234.20070327120000.DW322"
  assigningAuthorityName="[NOME STRUTTURA]"/>
<versionNumber value="1"/>
```

5

CONF-008: Il documento DEVE contenere uno ed un solo elemento ClinicalDocument/setId.

CONF-008-1: L'elemento **ClinicalDocument/setId** DEVE riportare l'attributo **root** valorizzato con un OID assegnato ad una delle ASL/AO/Regione, l'attributo **extension** valorizzato con un identificativo unico all'interno del dominio di identificazione, l'attributo **assigningAuthorityName** valorizzato con il nome descrittivo assegnato alla ASL/AO/Regione a cui l'OID della root fa riferimento.

COND-CONF-005: Se l'elemento ClinicalDocument/relatedDocument manca, l'elemento ClinicalDocument/setId DEVE riportare l'attributo root valorizzato come ClinicalDocument/id[@root], l'attributo extension valorizzato come ClinicalDocument/id[@extension], l'attributo assigningAuthorityName valorizzato come ClinicalDocument/id[@assigningAuthorityName].

CONF-009: Il documento DEVE contenere **uno ed un solo** elemento **ClinicalDocument/versionNumber** valorizzato con un intero positivo a partire dal numero 1. La progressione delle versioni incrementerà il numero di versione di 1 (sequenza delle versioni densa).

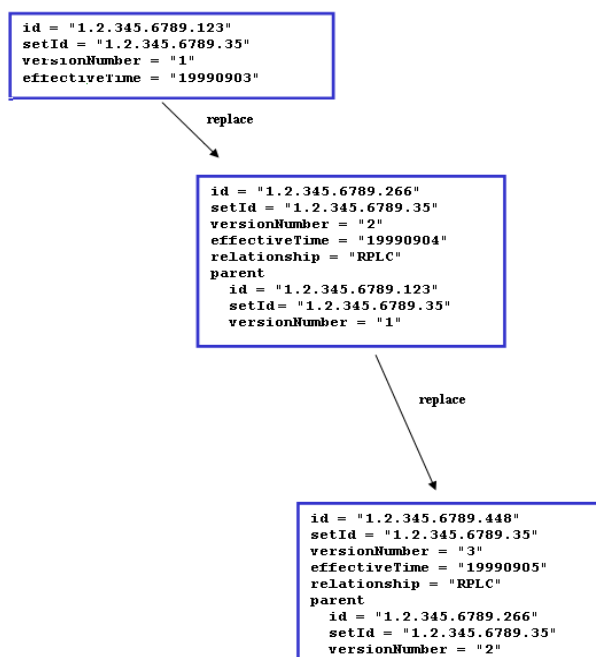


Figura 1 – Versionamento del documento - Replace

3.11 Paziente della lettera: <recordTarget>

Elemento OBBLIGATORIO che identifica il soggetto della prestazione, ovvero il paziente soggetto del ricovero.

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

Per la lettera di dimissione ospedaliera l'elemento deve pertanto essere strutturato come mostrato di seguito.

```

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

10

CONF-010: Il documento DEVE contenere uno ed un solo elemento ClinicalDocument/recordTarget.

3.11.1 Paziente soggetto del ricovero: <patientRole>

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

15

CONF-010-1: ClinicalDocument/recordTarget DEVE contenere uno ed un solo elemento patientRole.

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

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

3.11.1.1 Soggetti assicurati da istituzioni estere

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

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

La data di scadenza della carta può essere inserita nell'elemento **<participant>**.

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

Primo **<id>**:

Numero della tessera TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia) per i soggetti assicurati da istituzioni estere.

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

20

Secondo **<id>**:

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

Attributo	Tipo	Valore	Note
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.3"	HL7 OID per l'identificazione personale TEAM per gli Stati esteri
extension	ST	[STATO ESTERO] + "." + [NUMERO IDENTIFICAZIONE PERSONALE]	Sigla di identificazione dello Stato che rilascia la tessera secondo il codice ISO 3166-1 a 3 caratteri (ad es. "FRA") + "." + numero di identificazione personale.
assigningAuthorityName	ST	[ISTITUZIONE ESTERA]	Nome dell'Ente che gestisce gli identificativi.

Terzo <id>:

Identificazione opzionale del paziente mediante un codice anagrafico regionale

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9." + [REGIONE] + ".4.1"	OID dello schema di identificazione regionale.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice dell'anagrafica regionale.
assigningAuthorityName	ST	[NOME_REGIONE]	Nome Regione

5 Esempio di utilizzo:

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.1"
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"/>
```

3.11.1.2 Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)

<patientRole> DEVE riportare un elemento di tipo **<id>** contenente il codice identificativo STP (OBBLIGATORIO).

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

Composizione di Primo <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Note
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.2." + [REGIONE] + ".4.1"	OID dello schema di identificazione regionale delle persone.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO STP ASSEGNATO]	Codice STP di 16 caratteri assegnato allo straniero temporaneamente presente. Deve iniziare con la stringa "STP". Il codice STP può essere assegnato anche dalla ASL.
assigningAuth orityName	ST	[NOME_REGIONE/ASL]	Nome Regione, Nome ASL.

15 Composizione di Secondo <id>:

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

root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9." [REGIONE] + ".4.1"	+	OID dello schema di identificazione regionale.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]		Codice anagrafica regionale.
assigningAuthorityName	ST	[NOME_REGIONE/ASL]		Nome Regione, Nome ASL.

Esempio di utilizzo:

```

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.170105.4.1"
  extension="STP1701051234567"
  assigningAuthorityName="ASL 5 Montalbano Jonico"/>
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.1"
  extension="83741345"
  assigningAuthorityName="Regione Toscana"/>

```

3.11.1.3 Cittadino Europeo non Iscritto al SSN

- 5 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 trasciversi nell'attributo **extension**.
- 10 **<patientRole>** DEVE riportare un elemento di tipo **<id>** contenente il codice identificativo ENI.
Composizione di **<id>**:

Attributo	Tipo	Valore	Note
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.2." + [REGIONE] + ".4.1"	OID dello schema di identificazione regionale delle persone. Il codice ENI può essere assegnato dalla ASL.
extension	ST	[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	[NOME_REGIONE/ASL]	Nome Regione, Nome ASL.

Esempio di utilizzo:

```

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.170105.4.1"
  extension="ENI5412369875149"
  assigningAuthorityName="ASL 5 Montalbano Jonico"/>

```

15

3.11.1.4 Cittadino italiano o straniero residente (iscritto SSN)

Due elementi di tipo **<id>** contenenti:

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

codice fiscale del paziente <id>:

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

codice dell'anagrafica regionale <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9." + [REGIONE] + ".4.1"	OID dello schema di identificazione regionale.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale.
assigningAuthorityName	ST	[NOME_REGIONE]	Nome Regione.

5 Esempio di utilizzo:

```

<recordTarget>
  <patientRole>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
      extension="XYILNI99M22G999T"
      assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.1"
      extension="83741345"
      assigningAuthorityName="Regione Toscana"/>
  </patientRole>
</recordTarget>

```

3.11.2 <patient>

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

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

15 Esempio di utilizzo:

```

<recordTarget>
  <patientRole>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.1" 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"/>
  </patientRole>
</recordTarget>

```

```
<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 decorati con l'attributo **nullFlavor="MSK"** per permetterne la comprensione al *document consumer*.

NESSUN ulteriore utilizzo/valore dell'attributo NULLFLAVOR è ammesso.

Per ulteriori dettagli sui dati anagrafici fare riferimento alla specifica di HL7 Italia "Person Topic".

CONF-010-2: ClinicalDocument/recordTarget/patientRole DEVE contenere un elemento patient con valorizzato almeno un elemento <id>.

CONF-010-2-1: ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient DEVE contenere un elemento **name** con un solo elemento **family** valorizzato ed un solo elemento **given** valorizzato.

COND-CONF-010-2-1-1: SE l'elemento ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name riporta un attributo nullFlavor, questo DEVE essere valorizzato con "MSK" e gli elementi ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name/family e ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name/given NON DEVONO essere presenti.

COND-CONF-010-2-1-2: SE presente, l'elemento ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthPlace DEVE contenere un elemento place.

CONF-010-2-1-3: L'elemento ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthPlace/place PUO' contenere un elemento addr.

COND-CONF-010-2-1-4: SE presente, l'elemento

ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace/place/addr

(luogo di nascita) DEVE includere almeno il comune di nascita, **SE** il paziente è nato in territorio italiano; la nazione di nascita, altrimenti.

COND-CONF-010-2-1-5: SE presente, l'elemento:

ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace/place/addr

DEVE contenere almeno uno dei due componenti **cen** o **cty** con valore non nullo: NON È PERMESSO l'uso dell'attributo **nullFlavor**.

CONF-010-2-1-6: L'elemento

ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace/place/addr/censusTract

SE presente, DEVE riportare il codice ISTAT del comune valido nella data di nascita (rif. <http://www.istat.it/strumenti/definizioni/>).

COND-CONF-010-2-1-9: SE presente, l'elemento

ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace/place/addr/country
DEVE essere valorizzato con il codice della nazione di nascita, in base alla codifica per le nazioni ISO-3166-1 a 2 oppure 3 caratteri valida nella data di nascita.

COND-CONF-010-2-2: l'elemento **ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient**
DEVE contenere un elemento **administrativeGenderCode** che riporta un attributo **code** valorizzato con "M" or "F", "UN"

CONF-010-2-1: l'elemento **ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthTime**

SE presente DEVE essere valorizzato con la data di nascita del paziente, valorizzata al minimo come YYYYMMDD

3.12Autore della lettera: <author>

Elemento OBBLIGATORIO che identifica il soggetto che ha creato il documento. Esso può essere una persona o una macchina.

5 L'autore può essere identificato da uno o due elementi **<id>**.

L'elemento **<author>** DEVE contenere un sotto-elemento **<time>**, con l'indicazione dell'ora di produzione del documento. La valorizzazione deve essere effettuata attraverso un tipo Time Stamp (**TS**).

10 La sezione può OPZIONALMENTE contenere un elemento **<assignedPerson>/<name>** che riporti i dati relativi al nome del soggetto in esame all'interno delle sezioni opportune, così come sezioni dedicate alla memorizzazione di indirizzo, recapiti telefonici, ecc. (sezioni **<addr>**, **<telecom>**, ...).

Composizione di **<time>**:

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

			l'Italia potrà variare fra ZZZZ valorizzato con +0100 oppure +0200 (nel caso di ora legale).
--	--	--	--

Composizione di Primo <id>:

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

Composizione di Secondo <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9." + [REGIONE] + ".4.2"	OID dello schema di identificazione regionale degli operatori.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale degli operatori.

5

Esempio di utilizzo:

```

<author>
  <time value="20000407130000+0100"/>
  <assignedAuthor>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
      extension="PNCPLL99M22G999T"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.2" extension="87245"/>
    <assignedPerson>
      <name>
        <given>Dr. Pinco</given>
        <family>Palla</family>
      </name>
    </assignedPerson>
  </assignedAuthor>
</author>

```

CONF-011: Il documento DEVE contenere **un** elemento **ClinicalDocument/author**.

CONF-011-1: ClinicalDocument/author DEVE contenere un elemento assignedAuthor.

CONF-011-1-1: ClinicalDocument/author/assignedAuthor DEVE contenere da uno a due elementi id.

CONF-011-1-2: ClinicalDocument/author/assignedAuthor DEVE contenere un elemento id con valore dell'attributo root uguale a "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2".

CONF-011-1-2-1: L'attributo extension dell'elemento ClinicalDocument/author/assignedAuthor/id DEVE essere valorizzato con un codice fiscale e DEVE essere composto da una stringa lunga 16 caratteri.

CONF-011-1-3: ClinicalDocument/author/assignedAuthor PUO' contenere un elemento id con valore dell'attributo root uguale a "2.16.840.1.113883.2.9.2" + [REGIONE] + ".4.2".

CONF-011-1-3-1: L'attributo extension dell'elemento

ClinicalDocument/author/assignedAuthor/id DEVE essere presente e valorizzato.

3.13 Trascrittore della lettera: <dataEnterer>

Elemento OPZIONALE che identifica una persona coinvolta nel processo di elaborazione dati.

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

Composizione di <time>:

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

Composizione di Primo <id>:

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

Composizione di Secondo <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9." + [REGIONE] + ".4.2"	OID dello schema di identificazione regionale degli operatori.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale degli operatori.

Esempio di utilizzo:

```
<dataEnterer>
  <time value="20140329173500+0100"/>
  <assignedEntity>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="PNCPLL75B61Z100Z"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.2" extension="87245"/>
    <assignedPerson>
      <name>
        <given>Pinca</given>
        <family>Palla</family>
        <suffix>Segretaria</suffix>
      </name>
    </assignedPerson>
  </assignedEntity>
</dataEnterer>
```

CONF-012: Il documento PUO' contenere un elemento ClinicalDocument/dataEnterer.

CONF-012-1: ClinicalDocument/dataEnterer DEVE contenere un elemento assignedEntity.

CONF-012-1-1: ClinicalDocument/dataEnterer /assignedEntity DEVE contenere da uno a due elementi id.

CONF-012-1-2: ClinicalDocument/dataEnterer /assignedEntity DEVE contenere un elemento id con valore dell'attributo root uguale a "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2".

CONF-012-1-2-1: L'attributo extension dell'elemento ClinicalDocument/dataEnterer /assignedEntity /id DEVE essere valorizzato con un codice fiscale e DEVE essere composto da una stringa lunga 16 caratteri.

CONF-012-1-3: ClinicalDocument/dataEnterer /assignedEntity PUO' contenere un elemento id con valore dell'attributo root uguale a "2.16.840.1.113883.2.9.2" + [REGIONE] + ".4.2".

CONF-012-1-3-1: L'attributo extension dell'elemento ClinicalDocument/dataEnterer /assignedEntity /id DEVE essere presente e valorizzato.

5 3.14 Conservazione della lettera: <custodian>

Elemento OBBLIGATORIO che identifica l'organizzazione incaricata della custodia del documento originale, corrispondente al conservatore dei beni digitali. Tale organizzazione è solitamente la struttura di cui fa parte colui che ha creato il documento.

L'elemento <custodian> è composto da un ruolo, rappresentato dall'elemento nominato <assignedCustodian>, svolto da un'entità rappresentata dall'elemento <representedCustodianOrganization>.

Pertanto, l'elemento deve essere strutturato come segue.

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

```

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

```

CONF-013: Il documento DEVE contenere **un** elemento **ClinicalDocument/custodian**.

3.14.1 Organismo Custode

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

Composizione di **<id>**

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

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

Esempio di utilizzo:

```

<custodian>
  <assignedCustodian>
    <representedCustodianOrganization>
      <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1" extension="130106"/>
      <name>ASL Teramo</name>
    </representedCustodianOrganization>
  </assignedCustodian>
</custodian>

```

- 15 **CONF-013-1:** L'elemento **ClinicalDocument/custodian** DEVE contenere un elemento **assignedOrganization**.

CONF-013-1-1: L'elemento **ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian** DEVE contenere un elemento **representedCustodianOrganization**.

CONF-013-1-1-1:

ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization

DEVE contenere uno e non più di un elemento id con valore dell'attributo root uguale all'OID della struttura.

CONF-013-1-1-2: L'attributo extension dell'elemento ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/id DEVE essere presente e valorizzato con un identificativo della struttura.

3.15 Destinatari di una copia del documento: <informationRecipient>

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

- 5 La sezione DEVE riportare uno o più elementi <id>, all'interno del sotto-elemento <intendedRecipient>, ognuno dei quali identifica univocamente gli interessati al documento all'interno del dominio specificato.

La sezione può OPZIONALMENTE contenere un elemento <informationRecipient>/<name> che riporta i dati relativi al nome del soggetto in esame all'interno delle sezioni opportune, così come sezioni dedicate alla memorizzazione di indirizzo, recapiti telefonici, ecc. (sezioni <addr>, <telecom>, ...).

- 10 Nel caso in cui non esista alcun medico di riferimento che abbia il ruolo di destinatario (ad es. verifiche e screening autoreferenzianti, come potrebbero essere previsti dalla legge), l'attributo **nullFlavor** dell'elemento <intendedRecipient> PUO' essere posto al valore
- 15 "OTH".

Composizione di <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[CODICE STRUTTURA]	OID struttura che contiene le anagrafiche del personale.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice personale interno al dominio. Può essere il codice fiscale del medico ricevente, solitamente il MMG/PLS del paziente.

Esempio di utilizzo:

```

<informationRecipient>
  <intendedRecipient>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.100204"
      extension="999999"
      assigningAuthorityName="ASL Terni 4"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="PNCPLL99M22G999T"/>
  </intendedRecipient>
</informationRecipient>
  <name>
    ...
  </name>
</informationRecipient>
</intendedRecipient>
</informationRecipient>

```

CONF-014: Il documento PUO' contenere uno ed un solo elemento ClinicalDocument/informationRecipient.

CONF-014-1: ClinicalDocument/informationRecipient DEVE contenere un elemento intendedRecipient.

CONF-014-1-1: intendedRecipient DEVE contenere un elemento **id** con valore dell'attributo **root** uguale ad "2.16.840.1.113883.2.9.2." + [ASL/AO] e un attributo **extension** presente e valorizzato con un ID personale.

CONF-014-1-2: intendedRecipient PUO' contenere un elemento informationRecipient.

CONF-014-1-2-1: informationRecipient DEVE contenere un elemento **name** che contenga tutti gli elementi del nome del destinatario del documento.

3.16 Firmatario del documento: <legalAuthenticator>

Elemento OBBLIGATORIO che riporta il firmatario del documento. Se il documento è generato da una macchina, il responsabile del documento è l'organizzazione responsabile della generazione del documento.

L'elemento **<legalAuthenticator>** DEVE contenere un elemento **<time>** con l'indicazione dell'ora di produzione del documento, un elemento **<signatureCode>** per indicare che il documento è firmato digitalmente, ed un elemento **<assignedEntity>**, destinato ad accogliere l'elemento **<id>** del medico responsabile del documento.

La sezione può OPZIONALMENTE contenere un elemento **<assignedPerson>/<name>** per riportare i dati relativi al nome del soggetto in esame all'interno delle sezioni opportune, così come sezioni dedicate alla memorizzazione di indirizzo, recapiti telefonici, ecc. (sezioni **<addr>**, **<telecom>**, ...).

Composizione di <time>:

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

Composizione di <signatureCode>:

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

Composizione di <assignedEntity>/<id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"	OID del Ministero dell'Economia

			e delle Finanze.
extension	ST	[CODICE FISCALE]	Codice fiscale del firmatario.

Esempio di utilizzo:

```

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

```

CONF-015: Il documento DEVE contenere un elemento ClinicalDocument/legalAuthenticator.

CONF-015-1: ClinicalDocument/legalAuthenticator DEVE contenere un elemento time.

CONF-015-1-1: L'elemento **ClinicalDocument/legalAuthenticator/time** DEVE riportare l'attributo **value** valorizzato nel formato **[YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz]** e la sua lunghezza deve essere uguale a **14 caratteri**.

CONF-015-2: ClinicalDocument/legalAuthenticator DEVE contenere un elemento signatureCode che riporta un attributo code valorizzato con "S".

CONF-015-3: ClinicalDocument/legalAuthenticator DEVE contenere un elemento assignedEntity.

CONF-015-3-1: ClinicalDocument/legalAuthenticator/assignedEntity DEVE contenere un elemento id con valore dell'attributo root uguale a "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2".

CONF-015-4: L'attributo extension dell'elemento ClinicalDocument/legalAuthenticator/assignedEntity/id DEVE essere valorizzato con un codice fiscale e deve essere composto da una stringa lunga 16 caratteri.

5 3.17 Soggetti partecipanti: <participant>

Elemento OPZIONALE che rappresenta tutti coloro che partecipano alla realizzazione del 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>**.

- 10 La sezione può OPZIONALMENTE contenere un elemento **<associatedPerson>/<name>** per riportare i dati relativi al nome del soggetto in esame all'interno delle sezioni opportune, così come sezioni dedicate alla memorizzazione di indirizzo, recapiti telefonici, ecc. (sezioni **<addr>**, **<telecom>**, ...).

Composizione di <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[CODICE STRUTTURA]	OID struttura che contiene le anagrafiche del personale.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice personale interno al dominio.

Esempio di utilizzo:

```

<participant typeCode="REF">
  <associatedEntity classCode="CAREGIVER">
    <id extension="ABCD76R29L123T"
      root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"/>
    <associatedPerson>
      <name>
        <given>Otto</given>
        <family>Accaellesette</family>
        <prefix>Dott.</prefix>
      </name>
    </associatedPerson>
  </associatedEntity>
</participant>

```

5

CONF-016: Il documento PUO' contenere uno o più elementi ClinicalDocument/participant.

CONF-016-1: ClinicalDocument/participant PUO' contenere un elemento associatedEntity.

CONF-016-1-1: associatedEntity DEVE contenere un elemento id con valore dell'attributo root uguale ad "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" e valore dell'attributo extension valorizzato con un codice fiscale (stringa lunga 16 caratteri).

CONF-016-1-2: associatedEntity PUO' contenere un elemento associatedPerson.

CONF-016-1-2-1: associatedPerson PUO' contenere un elemento name, che contiene gli elementi necessari per mappare il nome del partecipante al documento.

3.18 Ricetta di ricovero: <inFulfillmentOf>

Elemento OPZIONALE che identifica la prescrizione di ricovero, che ha determinato il ricovero del paziente e quindi la produzione del documento di lettera di dimissione all'atto della dimissione dello stesso dalla struttura ospedaliera.

L'elemento <id> riportato fa riferimento allo IUD del documento di prescrizione originale, se disponibile dal sistema informativo della struttura che crea il documento. Se tale identificativo non è accessibile all'atto della stesura del documento, è POSSIBILE utilizzare un ID interno univoco all'interno della struttura stessa.

Esempio di utilizzo con le ricette elettroniche:

```

<inFulfillmentOf>
  <order classCode="ACT" moodCode="RQO">
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.8"
      extension="[NRE]"

```

```

    assigningAuthorityName="Ministero delle Finanze"/>
  </order>
</inFulfillmentOf>

```

Esempio di utilizzo con le ricette rosse cartacee:

```

<inFulfillmentOf>
  <order classCode="ACT" moodCode="RQO">
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.6"
      extension="[IDENTIFICATIVO UNICO PRESCRIZIONE IUP]"
      assigningAuthorityName="Ministero delle Finanze"/>
  </order>
</inFulfillmentOf>

```

CONF-017: Il documento PUO' contenere uno ed un solo elemento ClinicalDocument/inFulfillmentOf.

CONF-017-1: ClinicalDocument/inFulfillmentOf DEVE contenere un elemento order.

CONF-017-1-1: **order** DEVE contenere **un** elemento **id** con valore dell'attributo **root** uguale a quello del documento di prescrizione di ricovero.

COND-CONF-017-1-1-1: se l'**id** dell'accettazione non è noto, l'attributo **root** è pari a quello della struttura che assegna l'id al documento corrente.

CONF-017-1-1-2: l'attributo **extension** dell'elemento **id** DEVE essere valorizzato con lo stesso valore della prescrizione che ha ordinato il ricovero.

COND-CONF-017-1-1-2-1: se l'**id** della prescrizione non è noto, la **extension** è univocamente generata dalla struttura.

3.19 Prestazione di ricovero eseguita: <documentationOf>

Elemento OPZIONALE che specifica che questo documento è stato creato al fine di documentare un evento (**<serviceEvent>**) di cura del paziente, in particolare una prestazione di ricovero. L'elemento **<serviceEvent>** deve contenere un attributo **classCode** valorizzato con 'PCPR'.

Il codice assegnato dovrà contenere l'identificativo secondo il catalogo nazionale delle prestazioni, e la traduzione dello stesso codice secondo il catalogo delle tipologie di intervento a livello regionale (estratta dal nomenclatore tariffario).

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[ID PRESTAZIONE]	ID della prestazione prelevato dal catalogo nazionale.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11"	OID del catalogo nazionale delle prestazioni.
codeSystemName	ST	"Catalogo Nazionale Prestazioni"	Nome del catalogo.

codeSystemVersion	ST	"1"	Versione del catalogo.
displayName	ST	[NOME DELLA PRESTAZIONE]	Nome della prestazione.

Composizione di <translation>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[ID PRESTAZIONE]	ID della prestazione prelevato dal catalogo regionale.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.2." + [REGIONE] + ".6.1.11"	OID del catalogo regionale delle prestazioni.
codeSystemName	ST	"Catalogo Prestazioni della Regione " + [REGIONE]	Nome del catalogo.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del catalogo.

Esempio di utilizzo:

```

<documentationOf>
  <serviceEvent classCode="PCPR">
    <code code="IDENTIFICATIVO_PRESTAZIONE"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11"
      codeSystemName="1"
      displayName="Prestazione riferita a catalogo Nazionale">
    </code>
  </serviceEvent>
</documentationOf>

```

CONF-018: Il documento PUO' contenere uno ed un solo elemento ClinicalDocument/documentationOf.

CONF-018-1: ClinicalDocument/documentationOf DEVE contenere un elemento serviceEvent.

CONF-018-1-1: serviceEvent DEVE contenere un elemento code con valore dell'attributo codeSystem pari a "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11", codeSystemVersion pari a "1", codeSystemName pari a "Catalogo Nazionale Prestazioni", code e displayName come estratti dal vocabolario.

CONF-018-1-1-1: L'attributo code PUO' contenere uno ed un solo elemento qualifier.

COND-CONF-018-1-1-1-1: l'elemento **translation** DEVE essere valorizzato secondo le indicazioni dei vocabolari localizzati delle Regioni, con gli stessi sotto-elementi dell'elemento **code** sopra descritto.

5

3.20 Versionamento del documento: <relatedDocument>

Elemento OPZIONALE utilizzato per gestire la versione del documento corrente. Nel caso in cui la lettera di dimissione attuale sostituisca una lettera preesistente, la relazione di

subentro può essere facilmente individuata specificando l'attributo **typeCode** opportuno (come previsto dallo standard HL7) e l'id del documento padre.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
typeCode	ST	"RPLC"	Replace ³

Esempio di utilizzo:

```
<relatedDocument typeCode="RPLC">
  <parentDocument>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.100204"
      extension="204.1234.20070327120000.DW322"/>
  </parentDocument>
</relatedDocument>
```

5

CONF-019: Il documento PUO' contenere uno ed un solo elemento ClinicalDocument/relatedDocument.
CONF-019-1: ClinicalDocument/relatedDocument DEVE contenere un attributo typeCode valorizzato con "RPLC".
CONF-019-2: ClinicalDocument/relatedDocument DEVE contenere un elemento parentDocument.
CONF-019-2-1: parentDocument DEVE contenere un elemento id con valore degli attributi root e extension pari ai codici del documento di cui si fa il replace.

3.21 Ricovero di riferimento: <componentOf>

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

10 Su questo elemento vengono riportati l'identificativo del ricovero, la data di inizio e fine ricovero, il reparto di ricovero e l'Ospedale di ricovero.

3.21.1 Identificativo del ricovero

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

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

Esempio di utilizzo:

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

³ Non si prevede nel dominio italiano la possibilità di utilizzo di XFRM ed APND

</componentOf>

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

```

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

```

10 3.21.2 Date di inizio e fine ricovero: < effectiveTime >

Elemento OBBLIGATORIO che identifica le date di inizio e fine ricovero. Tali date DEVONO essere inserite, rispettivamente, all'interno dell'elemento **encompassingEncounter**

<effectiveTime>/<low>

e dell'elemento

15 **<effectiveTime>/<high>**.

Entrambe le date devono essere codificate all'interno dell'attributo **value** come riportato in tabella.

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

20 Esempio di utilizzo:

```

<componentOf>
  <encompassingEncounter>
    <effectiveTime>
      <low value="20140727"/>
      <high value=" 20140728"/>
    </effectiveTime>
  </encompassingEncounter>
</componentOf>

```

3.21.3 Unità operativa ed ospedale di dimissione: <healthCareFacility>

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

Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare modo il modello HSP.12.

Nel dettaglio, i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera, mentre gli ultimi due indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa dell'ambito della stessa disciplina.

Composizione di <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6	Elenco dei Reparti (Struttura ospedaliera) cui l'unità operativa di ricovero fa capo
extension	ST	[CODICE UNITA' OPERATIVA]	Codice HSP12 a 4 cifre (AFO+Progressivo) che rappresenta l'unità operativa interna a quel particolare dominio

Nome del reparto, in healthCareFacility/serviceProviderOrganization/name

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
name	ST		Nome del Reparto

Presidio di ricovero (ospedale): healthCareFacility/serviceProviderOrganization/id

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2	Elenco dei presidi Ospedalieri cui l'unità operativa di ricovero fa capo
extension	ST	[CODICE PRESIDIO]	Codice HSP11 che rappresenta il presidio di ricovero

Uso:

```

<location>
  <healthCareFacility>
    <!-- Reparti sanitari: Codice Struttura HSP.12 -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6" extension="CODICE_REPARTO" />
    <location>
      <name>Nome Reparto</name>
    </location>
  </healthCareFacility>
</location>
<serviceProviderOrganization>
  <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"

```

```

        extension="CODICE_MINISTERIALE_HSP11-OSPEDALE"
        assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>
    </serviceProviderOrganization>
</healthCareFacility>
</location>

```

Esempio:

```

<location>
  <healthCareFacility>
    <!-- Reparti sanitari: Codice Struttura HSP.12 -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6" extension="09090702.5002" />
    <location>
      <name>Cardiologia Sub-Intensiva</name>
    </location>
    <serviceProviderOrganization>
      <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
        extension="09090702"
        assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>
      <asOrganizationPartOf>
        <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1"
          extension="[CODICE_ASL_DLS11-ISTAT]"/>
      </asOrganizationPartOf>
    </serviceProviderOrganization>
  </healthCareFacility>
</location>

```

CONF-020: Il documento PUO' contenere uno ed un solo elemento ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter.

CONF-020-1: encompassingEncounter PUO' contenere un attributo <id> valorizzato con il numero nosologico del ricovero.

CONF-020-2: Gli elementi encompassingEncounter/effectiveTime/low e encompassingEncounter/effectiveTime/high DEVONO riportare le date di inizio e fine ricovero all'interno degli attributi value valorizzati nel formato minimo [YYYYMMDD]

CONF-020-3: l'elemento encompassingEncounter/location/healthCareFacility DEVE riportare il reparto di ricovero nell'elemento <id>

4 Body CDA del documento di LDO

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

CONF-021: Il documento DEVE contenere uno ed un solo elemento component/structuredBody.

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

Sezioni	Codici LOINC	Descrizioni LOINC	Obbligatorietà
Motivo del ricovero	46241-6	Hospital Admission Dx	OBBLIGATORIO
Inquadramento clinico iniziale	47039-3	Hospital Admission History And Physical Note	OPZIONALE
SUB_Section – Anamnesi	11329-0	History General	OPZIONALE
SUB_Section – Esame Obiettivo	29545-1	Physical Examination	OPZIONALE
SUB_Section – Terapia Farmacologica	42346-7	Medications On Admission	OPZIONALE
Decorso Ospedaliero	8648-8	Hospital Course	OBBLIGATORIO
Riscontri ed accertamenti significativi, Indagini strumentali diagnostiche	30954-2	Relevant Diagnostic Tests &Or Laboratory Data	OPZIONALE
Procedure eseguite durante il ricovero	11493-4	Hospital Discharge Studies Summary	OPZIONALE
Allergie	48765-2	Allergies	OPZIONALE
Terapia farmacologica effettuata durante il ricovero	8677-7	Selected Medicine Administered During Hospitalization	OPZIONALE
Condizioni del paziente alla dimissione + diagnosi alla dimissione	11535-2	Hospital Discharge Dx	OBBLIGATORIO
Terapia farmacologica alla dimissione	10183-2	Discharge Medications	OPZIONALE
Istruzioni di follow-up	18776-5	Treatment Plan	OPZIONALE

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

- 5
 - La sezione **"Motivo del ricovero"** è OBBLIGATORIA ed è atta a descrivere la causa principale che ha determinato il ricovero del paziente attraverso la diagnosi di accettazione.
- 10
 - La sezione **"Inquadramento clinico iniziale"** è OPZIONALE e comprende informazioni inerenti all'anamnesi del paziente e all'esame obiettivo alla accettazione ed alla terapia medica domiciliare o comunque precedente al ricovero.
- 15
 - La sezione **"Valutazione e decorso clinico"** è OBBLIGATORIA ed include la descrizione dell'andamento del ricovero, il percorso diagnostico, terapeutico, riabilitativo o assistenziale.
- 20
 - La sezione **"Riscontri ed accertamenti significativi"** è OPZIONALE ed è dedicata a descrivere esami e prestazioni specialistiche effettuate durante il ricovero ai fini di approfondimento delle condizioni patologiche del paziente (compresi gli esami di laboratorio analisi).
 - La sezione **"Procedure eseguite durante il ricovero"** è OPZIONALE ed è dedicata a descrivere la sintesi delle procedure invasive (ad es.: endoscopie, biopsie, coronarografie, impianti di pace-maker e defibrillatori, artrocentesi, artroscopie, ecc.) e interventi ritenuti significativi effettuate durante il ricovero.
 - La sezione **"Terapia farmacologica effettuata durante il ricovero"** è OPZIONALE ed è dedicata a descrivere l'elenco dei farmaci e le somministrazioni ricevute dal paziente durante il ricovero.
- 25
 - La sezione **"Allergie rilevate"** è OPZIONALE ed è dedicata a descrivere l'elenco dei principi attivi o agenti allergenici rilevati sul paziente, incluse le intolleranze.
 - La sezione **"Condizioni del paziente e diagnosi alla dimissione"** è OBBLIGATORIA e descrive l'elenco delle diagnosi di dimissione, in ordine di rilevanza.
- 30
 - La sezione **"Terapia farmacologica alla dimissione"** è OPZIONALE ed è dedicata a descrivere tutti i farmaci che il paziente dovrebbe assumere al domicilio con le relative somministrazioni.
 - La sezione **"Istruzioni di follow-up"** è OPZIONALE e include informazioni generali dell'evento clinico inerenti al passaggio di cura dal contesto ospedaliero a quello territoriale. In questa sezione possono essere descritti anche eventuali controlli, procedure o visite consigliate.
- 35

All'interno di ciascuna sezione DEVE essere presente un elemento **<text>** che contiene le informazioni human-readable specifiche della section.

- 40
 - 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

- 5 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.

10

CONF 22: Ogni sezione, se presente, **DEVE** contenere un CDA Narrative Block [parte narrativa di sezione] (clinicalDocument/component/structuredBody/component/section/text) ed un codice che ne definisce il tipo

15

(clinicalDocument/component/structuredBody/component/section/ code).

Esempio di utilizzo:

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

4.1 Motivo del ricovero

Elemento OBBLIGATORIO atto a descrivere la causa principale che ha determinato il ricovero del paziente.

- 5 Questa sezione è costituita da un elemento <section> di testo libero associato eventualmente ad elementy <entry> di tipo <observation> contenenti i codici delle diagnosi alla accettazione.

4.1.1 Section Motivo del ricovero

In questo elemento viene riportato il motivo del ricovero, inteso come diagnosi, ipotesi diagnostica o sintomatologia richiedente accertamenti ospedalieri.

10 4.1.1.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

- 15 Composizione di <code>:

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

Esempio di utilizzo:

```

<code code="46241-6"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  codeSystemVersion="2.19"
  displayName="Hospital admission Dx"/>

```

4.1.1.2 Titolo della sezione: <title>

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

5 Esempio di utilizzo:

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

4.1.1.3 Blocco narrativo: <text>

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

Esempio di utilizzo:

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

15 4.1.2 Dettaglio di sezione: <entry>

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

20 Il dettaglio di sezione contiene una serie di osservazioni (<observation>) che qualificano il valore semantico delle indicazioni contenute nel blocco narrativo (o in parte di esso).

Esempio di utilizzo:

```
<entry typeCode="DRIV">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="[CODICE_DIAGNOSI]"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103"
      codeSystemName="ICD9CM"
      displayName="[DESCRIZIONE_DIAGNOSI]"/>
  </observation>
</entry>
```

4.1.2.1 Entry diagnosi di ammissione: <observation>

Elemento OPZIONALE atto a descrivere la/le diagnosi di ammissione, o ipotesi diagnostica, generalmente indicata tramite un codice del vocabolario ICD9_CM. Viene associato alla entry di cui sopra, e ripetuto per ogni elemento diagnostico distintivo.

- 5 L'attributo **<observation>/@moodCode** OBBLIGATORIO DEVE assumere valore costante "EVN"; l'attributo **<observation>/@classCode** DEVE assumere valore costante "OBS".

Composizione di <observation>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		OBS	Observation

- 10 L'elemento **<observation>** DEVE contenere un elemento **<code>** che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la diagnosi. Prevede la presenza degli attributi riportati in tabella.

Composizione di <observation>/<code>:

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

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

Nel caso in cui non sia disponibile una strutturazione codificata delle diagnosi si può mettere una entry di tipo observation che contiene l'elenco testuale non strutturato della diagnosi alla dimissione.

20

Esempio di utilizzo:

```

<entry>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="[CODICE_ICD9_DIAGNOSI_2]"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103"
      codeSystemName="ICD9CM"
      displayName="[DESCRIZIONE_DIAGNOSI_2]">
      <translation code="[CODICE_DIAGNOSI_2]" codeSystem="2.16.99"
        codeSystemName="Catalogo Ultraspecialistico Nazionale"
        displayName="[DESCRIZIONE_DETAGLIO_DIAGNOSI_2]"/>
    </code>
  </observation>
</entry>

```



</observation>

</entry>

CONF-023: Il documento DEVE contenere una ed una sola sezione **Motivo del ricovero**

5 CONF-023-1: la sezione **Motivo del ricovero** DEVE avere un attributo <code> valorizzato con il codice "46241-6" ed il codesystem uguale a "2.16.840.1.113883.6.1"

4.2 Inquadramento clinico iniziale

Elemento OPZIONALE che permette di riportare, in una parte testuale ed in altre tre strutturate una serie di informazioni relative all'anamnesi, all'esame obiettivo e alla terapia medica domiciliare.

- 5 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.

10 4.2.1 Section Inquadramento Clinico Iniziale

4.2.1.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

15

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	47039-3	Elemento estratto dal vocabolario utilizzato: "Hospital Admission history and physical note"
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	2.19	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	Hospital Admission history and physical note	Inquadramento clinico iniziale

Esempio di utilizzo:

```

<code code=" 47039-3 "
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  codeSystemVersion="2.19"
  displayName="Hospital Admission history and physical note "/>

```

4.2.1.2 Titolo della sezione: <title>

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

5 Esempio di utilizzo:

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

4.2.1.3 Blocco narrativo: <text>

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

10

Esempio di utilizzo:

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

15 4.2.2 Sezione Anamnesi: <section>

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

20

- 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.

25

- Anamnesi familiare

4.2.2.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

30

Composizione di <code>:

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	11329-0	Elemento estratto dal vocabolario utilizzato.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	2.19	Versione del vocabolario utilizzata
displayName	ST	"history General"	Nome della section ovvero descrizione sintetica del contenuto informativo secondo il vocabolario usato.

Esempio di utilizzo:

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

4.2.2.2 Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

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

10 4.2.2.3 Blocco narrativo: <text>

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

Esempio di utilizzo:

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

4.2.3 Sezione esame obiettivo: <section>

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

4.2.3.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	29545-1	Physical Examination
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	2.19	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	"Physical Examination"	Nome della section ovvero descrizione sintetica del contenuto informativo secondo il vocabolario usato.

Esempio di utilizzo:

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

4.2.3.2 Titolo della sezione: <title>

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

5

Esempio di utilizzo:

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

4.2.3.3 Blocco narrativo: <text>

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

Esempio di utilizzo:

```
-----
<text>
```

Condizioni generali: paziente vigile, orientato e collaborante.

Apparato cardiocircolatorio: azione cardiaca ritmica normofrequente, toni puri e pause libere.

Soffi vascolari: assenti.

Polsi periferici: palpabili nelle comuni sedi di repere

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

Addome: trattabile alla palpazione superficiale e profonda non dolente ne dolorabile;

Murphy: negativo. Blumberg: negativo. Giordano: negativo

Fegato: nei limiti

Milza: nei limiti

Turgore giugulare: assente

Edemi: assenti

```
</text>
-----
```

15 4.2.4 Sezione Terapia Farmacologica all'Ingresso: <entry>

Elemento OPZIONALE che descrive la lista dei farmaci che il paziente assumeva all'accesso, ovvero la terapia medica attuata al domicilio, oppure la terapia medica all'ingresso se il paziente non è proveniente da casa (Ricovertato da RSA, Altro reparto, altro servizio Sanitario).

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

4.2.4.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

5 Composizione di <code>:

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

Esempio di utilizzo:

```
<code code="42346-7"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  codeSystemVersion="2.19"
  displayName="Medications on admission"/>
```

4.2.4.2 Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

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

4.2.4.3 Blocco narrativo: <text>

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

5

Esempio di utilizzo:

<text>

Losaprex 50 mg 1 cpr ore 8

Cardicor 5 mg 1 cpr ore 8

Lasix 25 mg 2 cpr ore 8

Peptazol 40 mg 1 cpr ore 8

Arixtra 2.5 mg 1 fl s.c. ore 8

Coumadin sec INR (range terapeutico 2-3)

</text>

10

4.3 Valutazione e decorso clinico

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

4.3.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

- 10 Composizione di <code>:

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

Esempio di utilizzo:

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

4.3.2 Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

```
<title>Valutazione e decorso clinico</title>
```

4.3.3 Blocco narrativo: <text>

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

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

Esempio di utilizzo:

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

5

CONF-024: Il documento DEVE contenere una ed una sola sezione **Decorso Ospedaliero**

CONF-024-1: la sezione **Decorso Ospedaliero** DEVE avere un attributo <code> valorizzato con il codice "8648-8" ed il codesystem uguale a "2.16.840.1.113883.6.1"

10

4.4 Riscontri ed accertamenti significativi

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

5

4.4.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

10

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"30954-2"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata.
displayName	ST	"Relevant diagnostic tests &or laboratory data"	Descrizione della sezione.

Esempio di utilizzo:

```

<code code="30954-2"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  displayName="Relevant diagnostic tests and/or laboratory data"/>

```

15 4.4.2 Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

```

<title> Riscontri ed accertamenti significativi</title>

```

4.4.3 Blocco narrativo: <text>

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

Esempio di utilizzo:

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

10

4.5 Procedure eseguite durante il ricovero

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

5 4.5.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

10 Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"11493-4"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata.
displayName	ST	"Hospital discharge studies summary"	Descrizione della sezione.

Esempio di utilizzo:

```
<code code="11493-4"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  codeSystemVersion="2.19"
  displayName="Hospital discharge studies summary"/>
```

4.5.2 Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

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

4.5.3 Blocco narrativo: <text>

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

Esempio di utilizzo:

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

4.6 Allergie

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

5 4.6.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

10 Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	" 48765-2"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	"ALLERGIES"	Nome della section

Esempio di utilizzo:

```

<code code="48765-2"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  codeSystemVersion="2.19"
  displayName=" ALLERGIES"/>
  
```

4.6.2 Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

```
<title>Allergie</title>
```

4.6.3 Blocco narrativo: <text>

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

Esempio di utilizzo:

```
<text>
Allergico a Cefalosporine
Allergia a contatto per lattice
Allergia a contatto ed inalazione per polvere comune
Allergia alimentare ai flavonoidi
</text>
```

10

4.7 Terapia farmacologica effettuata durante il ricovero

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

5 4.7.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

10 Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"8677-7"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	"Selected medicine administered during hospitalization"	Nome della section ovvero descrizione sintetica del contenuto informativo secondo il vocabolario usato.

Esempio di utilizzo:

```

<code code="8677-7"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  codeSystemVersion="2.19"
  displayName="Selected medicine administered during hospitalization"/>

```

4.7.2 Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

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

4.7.3 Blocco narrativo: <text>

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

Esempio di utilizzo:

```
<text>
Dal 1/7 al 7/7: Losaprex 50 mg 1 cpr ore 8
Dal 1/7 al 7/7: Cardicor 5 mg 1 cpr ore 8
Dal 1/7 al 7/7: Lasix 25 mg 2 cpr ore 8
Dal 1/7 al 7/7: Peptazol 40 mg 1 cpr ore 20
Dal 1/7 al 7/7: Arixtra 2.5 mg 1 fl s.c. ore 20
Dal 1/7 al 7/7: Coumadin sec INR (range terapeutico 2-3)
</text>
```

4.8 Condizioni del paziente e diagnosi alla dimissione

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

4.8.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

Composizione di <code>:

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

Esempio d'utilizzo:

```

<code code="11535-2"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  codeSystemVersion="2.19"
  displayName="Hospital discharge Dx"/>

```

4.8.2 Titolo della sezione: <title>

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

5 Esempio di utilizzo:

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

4.8.3 Blocco narrativo: <text>

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

Esempio di utilizzo:

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

15 4.8.4 Dettaglio di sezione: <entry>

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

20 Il dettaglio di sezione contiene una serie di osservazioni (<observation>) che qualificano il valore semantico delle indicazioni contenute nel blocco narrativo (o in parte di esso).

In questo ultimo caso un esempio di utilizzo è:

```
<entry>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    code="11535-2"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
    codeSystemName="LOINC"
    codeSystemVersion="2.19"
    displayName="Hospital discharge Dx"
    <text>Insufficienza valvolare aortica in paziente diabetico tipo II, ipertensione arteriosa
    primaria e schizofrenia polifasica.</text>
  </observation>
</entry>
```

4.8.4.1 Dettaglio diagnosi di dimissione: <observation>

25 Elemento RACCOMANDATO atto a descrivere la diagnosi di dimissione.

L'attributo **<observation>/@moodCode** OBBLIGATORIO DEVE assumere valore costante **"EVN"**; l'attributo **<observation>/@classCode** DEVE assumere valore costante **"OBS"**.

Composizione di **<observation>**:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		OBS	Observation

- 5 L'elemento **<observation>** DEVE contenere un elemento **<code>** che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la diagnosi. Prevede la presenza degli attributi riportati nella tabella seguente.

<observation>/<code>:

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

- 10 L'elemento **<code>** PUO' contenere un elemento **<translation>** per riportare una ulteriore codifica della diagnosi. Gli attributi da valorizzare sono gli stessi dell'elemento **<code>** riportato in precedenza.
- 15 Nel caso in cui non sia disponibile una strutturazione codificata delle diagnosi si può mettere una entry di tipo observation che contiene l'elenco testuale non strutturato della diagnosi alla dimissione.

Esempio di utilizzo:

```

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
  <code code="[CODICE_DIAGNOSI]"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103"
    codeSystemName="ICD9CM"
    displayName="[DESCRIZIONE_DIAGNOSI]">
    <translation code="7654.321"
      codeSystem="OIDCatalogo"
      codeSystemName="Catalogo Universitario"
      displayName="Diagnosi ext"/>
  </code>
  <effectiveTime value="20060823223912+0100"/>
</observation>

```

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

5 CONF-025: Il documento DEVE contenere una ed una sola sezione **Condizioni del paziente alla dimissione e diagnosi**

CONF-025-1: la sezione "Condizioni del paziente alla dimissione e diagnosi" DEVE avere un attributo **<code>** valorizzato con il codice "11535-2" ed il **codesystem** uguale a "2.16.840.1.113883.6.1"

10 CONF-025-2: la sezione "Condizioni del paziente alla dimissione e diagnosi" PUO' Contenere degli elemento **Observation**, con un attributo **<code>** valorizzato con il codice della diagnosi alla dimissione, secondo il dizionario ICD9 avente OID uguale a "2.16.840.1.113883.6.103"

15 CONF-025-2-1: Se non è possibile strutturare la diagnosi alla dimissione, la sintesi testuale di questa si DEVE riportare nel campo text di in un elemento **Observation** caratterizzato da **code = "11535-2"** e **OID = "2.16.840.1.113883.6.1"**

4.9 Terapia farmacologica alla dimissione

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

5 4.9.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

10

Composizione di <code>:

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

Esempio di utilizzo:

```

<code code="10183-2"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  codeSystemVersion="2.19"
  displayName="Discharge medications"/>

```

4.9.2 Titolo della sezione: <title>

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

5 Esempio di utilizzo:

<title>Terapia farmacologica alla dimissione</title>

4.9.3 Blocco narrativo: <text>

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

Esempio di utilizzo:

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

15

4.10 Istruzioni di follow-up

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

4.10.1 Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

Composizione di <code>:

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

Code	ST	"18776-5"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	"Treatment plan"	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

```
<code code="18776-5"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  codeSystemVersion="2.19"
  displayName="Treatment plan"/>
```

4.10.2 Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

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

4.10.3 Blocco narrativo: <text>

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

15

Esempio di utilizzo:

```
<text>
```

```
<paragraph>
```

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

```
</paragraph>
```

```
</text>
```

5 Appendice A: Blocco Narrativo

Il blocco narrativo è relativo ad un elemento `<title>` e `<text>`, e rappresenta la formattazione del testo in stile simile ad XHTML.

All'interno di questo blocco l'autore del documento DEVE inserire tutte le informazioni "human-readable" ovvero tutte quelle informazioni che per loro natura non si prestano ad una rappresentazione con elementi strutturati. Questa parte narrativa può inoltre essere anche articolata e strutturata in modo da codificare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione.

In generale l'elemento `<text>` deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singola informazione ritenuta rilevante.

I tag utilizzabili all'interno del blocco narrativo sono nel seguito.

5.1 Paragrafo

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

Ad esempio:

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

5.2 A capo

Con `<br>` per un invio e nuova linea.

Ad esempio:

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

5.3 Liste di voci

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

Ad esempio:

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

5.4 Testo formattato

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

Ad esempio:

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

Le proprietà utilizzabili sono:

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

6 Appendice B : Esempio XML

```

<ClinicalDocument xsi:schemaLocation="urn:hl7-org:v3 CDA.xsd" xmlns="urn:hl7-org:v3"
  5  xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
    <realmCode code="IT"/>
    <typeId root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="POCD_HD000040"/>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.10.99" extension="IT_LETTDIM-001"/>

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

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

    15  <effectiveTime value="20140329183000+0100"/>
    <confidentialityCode code="N" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25"
        codeSystemName="Confidentiality"/>
    <languageCode code="it-IT"/>
    <setId root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.6" extension="204.1234.20070327120000.DW322"
    20  assigningAuthorityName="[NOME STRUTTURA]"/>
    <versionNumber value="1"/>

    <recordTarget>
    <patientRole>
    25  <id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.1" 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>
    30  <name>
        <family>Guido</family>
        <given>Rossi</given>
    </name>
    <administrativeGenderCode code="M" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"/>
    35  <birthTime value="20080329"/>
    <birthplace>
        <place>
        <addr>
        <city>Cirie'</city>
        <censusTract>001086</censusTract>
        </addr>
        </place>
        </birthplace>
    </patient>
    40  </patientRole>
    </recordTarget>

    <author>
    50  <time value="20140329183000+0100"/>
    <assignedAuthor>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="PNCPLL99M22G999T"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.2" extension="87245"/>
    <assignedPerson>
    55  <name>
        <prefix>Professore</prefix>
        <given>Pinco</given>
        <family>Palla</family>
    </name>
    </assignedPerson>
    </assignedAuthor>
    60  </author>

    <dataEnterer>
    65  <time value="20140329173500+0100"/>
    <assignedEntity>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="PNCPLL75B61Z100Z"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.2" extension="87245"/>
    <assignedPerson>
    70  <name>
        <given>Pinca</given>
        <family>Palla</family>
    </name>
    </assignedPerson>
    </dataEnterer>
  </ClinicalDocument>

```

```

    </name>
    </assignedPerson>
    </assignedEntity>
    </dataEnterer>
5
    <custodian>
    <assignedCustodian>
    <representedCustodianOrganization>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1" extension="130106"/>
10    <name>ASL Teramo</name>
    </representedCustodianOrganization>
    </assignedCustodian>
    </custodian>

15    <informationRecipient>
    <intendedRecipient>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.100204" extension="999999"
        assigningAuthorityName="ASL Temi 4"/>
    </intendedRecipient>
20    </informationRecipient>

    <legalAuthenticator>
    <time value="20140329173712+0100"/>
    <signatureCode code="S"/>
25    <assignedEntity>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="PNCPLL99M22G999T"/>
    <assignedPerson>
    <name>
    <given>Pinco</given>
30    <family>Palla</family>
    </name>
    </assignedPerson>
    </assignedEntity>
    </legalAuthenticator>
35

    <participant typeCode="REF">
    <associatedEntity classCode="CAREGIVER">
    <id extension="ABCDGF76R29L123T" root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"/>
40    <associatedPerson>
    <name>
    <given>Otto</given>
    <family>Accaellesette</family>
    </name>
    </associatedPerson>
45    </associatedEntity>
    </participant>

    <inFulfillmentOf>
    <order classCode="ACT" moodCode="RQO">
50    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.6"
        extension="IDENTIFICATIVO UNICO PRESCRIZIONE IUP"
        assigningAuthorityName="Ministero delle Finanze"/>
    </order>
55    </inFulfillmentOf>

    <documentationOf>
    <serviceEvent classCode="PCPR">
    <code code="IDENTIFICATIVO_PRESTAZIONE" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11"
        codeSystemName="1" displayName="Prestazione riferita a catalogo Nazionale"/> </code>
60    </serviceEvent>
    </documentationOf>

    <relatedDocument typeCode="RPLC">
    <parentDocument>
65    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.100204" extension="204.1234.20070327120000.DW322"/>
    </parentDocument>
    </relatedDocument>

    <componentOf>
    <encompassingEncounter>
70    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.99" extension="NUMERO_NOSOLOGICO_RICOVERO"
        assigningAuthorityName="Azienda XXX"/>
    <effectiveTime>
    <low value="20140327"/>

```

```

    <high value="20140329"/>
    </effectiveTime>

5    <location>
      <healthCareFacility>
        <!-- Reparti sanitari: Codice Struttura HSP.11-bis + Codice Disciplina + Progressivo di divisione -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6" extension="CODICE_REPARTO_HSP12"
          displayable="true"/>

10      </healthCareFacility>
    </location>

    <location>
      <name>Nome Reparto</name>
    </location>
    <serviceProviderOrganization>
      <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
15      extension="CODICE_MINISTERIALE_HSP11-OSPEDALE"
        assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>
      <asOrganizationPartOf>
        <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1"
20      extension="[CODICE_ASL_DLS11-ISTAT]"/>
      </asOrganizationPartOf>
    </serviceProviderOrganization>
  </healthCareFacility>
</location>

25 </encapsulatingEncounter>
</componentOf>
<component>
  <structuredBody>
    <!-- Motivo del ricovero -->
30    <component>
      <section>
        <code code="46241-6" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
          codeSystemVersion="2.19" displayName="Hospital admission Dx"/>
        <title>Motivo del ricovero</title>
35      <text>
        <list>
          <item>
            <content ID="DIAG-1">Disturbo di panico</content>
          </item>
          <item>
40          <content ID="DIAG-2">Ipertiroidismo</content>
          </item>
        </list>
      </text>
45    <!-- Diagnosi di accettazione -->
    <entry>
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <code code="[CODICE_ICD9_DIAGNOSI_1]"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD9CM"
50        displayName="[DESCRIZIONE_DIAGNOSI_1]"/>
      </observation>
    </entry>
    <entry>
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <code code="[CODICE_ICD9_DIAGNOSI_2]"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD9CM"
          displayName="[DESCRIZIONE_DIAGNOSI_2]"/>
        <translation code="[CODICE_DIAGNOSI_2]" codeSystem="2.16.99"
          codeSystemName="Catalogo Ultraspecialistico Nazionale"
60        displayName="[DESCRIZIONE_DETAGLIO_DIAGNOSI_2]"/>
      </code>
    </observation>
    </entry>
  </section>
65 </component>

  <!-- Inquadramento Clinico Iniziale -->
  <component>
    <section>
70    <code code="47039-3" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
      displayName="Hospital Admission history and physical note"/>
    <title>Inquadramento Clinico Iniziale</title>
    <text>Proveniente da PS. Paziente Diabetico NID, Ipertensione Arteriosa

```

familiare. EO Edemi declivi, murmure vescicolare normotrasmeso. </text>

<!-- Sotto-sezione Anamnesi -->

<component>

<section>

<code code="11329-0" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC" codeSystemVersion="2.19"
displayName="History General"/>

<title>Anamnesi</title>

<text>

<paragraph>

<caption>Elenco degli interventi, data e commenti</caption>

<content ID="INTCHIR-1">Appendicectomy nel giugno

2009</content>

<content ID="INTCHIR-2">Cordotomia percutanea nel febbraio

1999</content>

</paragraph>

</text>

</section>

</component>

<!-- Sotto-sezione Esame Obiettivo -->

<component>

<section>

<code code="29545-1" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC" codeSystemVersion="2.19"
displayName="Physical Examination"/>

<title>Esame Obiettivo</title>

<text> Condizioni generali: paziente vigile, orientato e collaborante.

Apparato cardiocircolatorio: azione cardiaca ritmica normofrequente,

toni puri e pause libere. Soffi vascolari: assenti. Polsi

periferici: palpabili nelle comuni sedi di repere Apparato

respiratorio: Murmure vescicolare presente su tutto l'ambito, non

rumori patologici aggiunti Addome: trattabile alla palpazione

superficiale e profonda non dolente ne dolorabile; Murphy: negativo.

Blumberg: negativo. Giordano: negativo Fegato: nei limiti Milza: nei

limiti Turgore jugulare: assente Edemi: assenti</text>

</section>

</component>

<!-- Sotto-sezione Terapia Medica all'Ingresso -->

<component>

<section>

<code code="42346-7" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC" codeSystemVersion="2.19"
displayName="Medications on admission"/>

<title>Terapia Medica all'Ingresso</title>

<text>

<list>

<item>Losaprex 50 mg 1 cpr ore 8</item>

<item>Cardicor 5 mg 1 cpr ore 8</item>

<item>Lasix 25 mg 2 cpr ore 8</item>

<item>Peptazol 40 mg 1 cpr ore 8</item>

<item>Arixtra 2.5 mg 1 fl s.c. ore 8</item>

<item>Coumadin sec INR (range terapeutico 2-3)</item>

</list>

</text>

</section>

</component>

</section>

</component>

<!-- Valutazione e decorso clinico -->

<component>

<section>

<code code="8648-8" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
codeSystemVersion="2.19" displayName="Hospital course"/>

<title>Valutazione e decorso clinico</title>

<text>

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

```

</text>
</section>
</component>

5
<!-- Ricontri ed accertamenti significativi -->
<component>
  <section>
    <code code="30954-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
      displayName="Relevant diagnostic tests and/or laboratory data"/>
10
    <title>Ricontri ed accertamenti significativi</title>
    <text>
      <paragraph> In data 07/07 u.s eseguita valutazione ecocardiografica della
        malattia valvolare aortica attraverso cui è stata data indicazione a
15
        correzione della stenosi valvolare mediante impianto di protesi
        valvolare per via percutanea.</paragraph>
    </text>
  </section>
</component>

20
<!-- Procedure eseguite durante il ricovero -->
<component>
  <section>
    <code code="11493-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19" displayName="Hospital discharge studies summary"/>
25
    <title>Procedure eseguite durante il ricovero</title>
    <text>
      <paragraph> In data 15/7 correzione della stenosi valvolare mediante
        impianto di protesi valvolare per via percutanea. Decorso post-operatori
        regolare. </paragraph>
30
    </text>
  </section>
</component>

35
<!-- Allergie -->
<component>
  <section>
    <code code="48765-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19" displayName="ALLERGIES"/>
40
    <title>Allergie</title>
    <text>
      <list>
        <item>Allergico a Cefalosporine</item>
        <item>Allergia a contatto per lattice</item>
45
        <item>Allergia a contatto ed inalazione per polvere comune</item>
        <item>Allergia alimentare ai flavonoidi </item>
      </list>
    </text>
  </section>
</component>

50
<!-- Terapia farmacologica effettuata durante il ricovero -->
<component>
  <section>
    <code code="8677-7" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"
55
      displayName="Selected medicine administered during
      hospitalization"/>
    <title>Terapia farmacologica effettuata durante il ricovero</title>
    <text>
      <list>
60
        <item>Dal 1/7 al 7/7: Losaprex 50 mg 1 cpr ore 8</item>
        <item>Dal 1/7 al 7/7: Cardicor 5 mg 1 cpr ore 8</item>
        <item>Dal 1/7 al 7/7: Lasix 25 mg 2 cpr ore 8</item>
        <item>Dal 1/7 al 7/7: Peptazol 40 mg 1 cpr ore 20</item>
65
        <item>Dal 1/7 al 7/7: Arixtra 2.5 mg 1 fl s.c. ore 20</item>
        <item>Dal 1/7 al 7/7: Coumadin sec INR (range terapeutico 2-3)</item>
      </list>
    </text>
  </section>
70
</component>

<!-- Condizioni del paziente e diagnosi alla dimissione -->
<component>
  <section>

```

```

5      <code code="11535-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19" displayName="Hospital discharge Dx"/>
      <title>Condizioni del paziente e diagnosi alla dimissione</title>
      <text>Insufficienza della Valvola Aortica di grado severo. </text>
      <!-- lista diagnosi strutturate -->
      <component>
      <section>

10      <!-- esempio di diagnosi non strutturata, si usa il codice LOINC 11535-2 -->
      <entry>
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
      <code code="11535-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC" codeSystemVersion="2.19"
15      displayName="Hospital discharge Dx"/>
      <text>Testo descrittivo cumulativo di tutte le diagnosi</text>
      </observation>
      </entry>

20      <!-- esempio di diagnosi strutturata ICD9 -->
      <entry>
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
      <code code="[CODICE_ICD9_DIAGNOSI]"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD9CM"
25      displayName="[DESCRIZIONE_DIAGNOSI]"/>
      <text>Testo descrittivo di dettaglio o cumulativo di tutte le
      diagnosi</text>
      </observation>
      </entry>

30      <!-- esempio di diagnosi strutturata ICD9 e altro dizionario interno-->
      <entry>
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
      <code code="[CODICE_ICD9_DIAGNOSI_2]"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD9CM"
35      displayName="[DESCRIZIONE_DIAGNOSI_2]"/>
      <translation code="[CODICE_DIAGNOSI_2]" codeSystem="2.16.99"
      codeSystemName="Catalogo Ultraspecialistico Nazionale"
      displayName="[DESCRIZIONE_DETAGLIO_DIAGNOSI_2]"/>
      </code>
      <text>Testo descrittivo di dettaglio</text>
      </observation>
      </entry>

40      </section>
      </component>
      </section>
      </component>

45      <!-- Terapia farmacologica alla dimissione -->
      <component>
      <section>
      <code code="10183-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19" displayName="Discharge medications"/>
50      <title>Terapia farmacologica alla dimissione</title>
      <text>
      <list>
      <item>Norvasc 5 mg 1 cp ore 20</item>
      <item>Lasix 25 mg 1 cp il Lun e Ven ore 8</item>
      <item>Dilatrend 6,25 mg 1/2 cp x 2 ore 8-20</item>
      <item>Fragmin 0,6 ml 1 fl ore 8 fino a INR > 2</item>
55      </list>
      </text>
      </section>
      </component>

60      <!-- Istruzioni di follow-up -->
      <component>
      <section>
      <code code="18776-5" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19" displayName="Treatment plan"/>
70      <title>Istruzioni di follow-up</title>
      <text>
      <paragraph>Viene data indicazione a correzione della stenosi valvolare
      mediante impianto di protesi valvolare per via percutanea. Si ritiene

```



opportuno che tale intervento venga svolto solamente dopo un intervallo di tempo adeguato a permettere la stabilizzazione anatomico-funzionale della fistola artero-venosa recentemente confezionata. </paragraph>

5 </text>
</section>
</component>
</structuredBody>
</component>
10 </ClinicalDocument>