



# HL7 Italia

[www.hl7italia.it](http://www.hl7italia.it)

Implementation Guide  
Clinical Document Architecture (CDA) Rel. 2

## **Referto di Specialistica Ambulatoriale (RSA)**

(IT Realm)

**Standard**

Versione 1.0

Ballot

Ottobre 2018

## Questo documento<sup>1</sup>

<b>Titolo (dc:title):</b>	Implementation Guide Clinical Document Architecture (CDA) Rel. 2 Referto di Specialistica Ambulatoriale
<b>Data (dc:date):</b>	10/10/2018
<b>Status/Versione (hl7italia:version):</b>	v01.0 – Ballot
<b>Sostituisce (dc:relation.replaces):</b>	
<b>Diritti di accesso (dc:right.accessRights)</b>	Documento pubblico
<b>Nome File (hl7it:fileName):</b>	HL7IT-IG_CDA2_RSA-v1.0-Ballot.docx
<b>Approvato da (hl7it:isRatifiedBy):</b>	Comitato Tecnico Strategico HL7 IT
<b>Emesso da: (dc:publisher):</b>	[HL7 Italia]

## Partecipanti alla redazione:

	Nome	Organizzazione
<b>Responsabile (hl7it:responsible):</b>	Luca Augello	Lombardia Informatica
<b>Autore (dc:creator):</b>	Luca Augello	Lombardia Informatica
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Chiara Penello	Regione Lombardia
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Francesca Fecchio	Lombardia Informatica
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Luca Augello	Lombardia Informatica
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Lucia Brambilla	Lombardia Informatica
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Luigi Pedduzza	Lombardia Informatica
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Stefano Van Der Byl	AGID
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Chiara Basile	AGID
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Marco Frassoni	APSS Trento
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Francesca Vanzo	Consorzio Arsenàl
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Roberta Borgo	CSI Piemonte
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Francesco Petruzza	CSI Piemonte
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Marco Barbieri	CSI Piemonte
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Marco Devanna	CUP2000
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Mara Zavalloni	CUP2000
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Stefano Terreni	INSIEL
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Claudio Cina	INVA
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Alessandra Bonelli	Laziocrea
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Roberto De Lorenzi	LiguriaDigitale
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Antonietta Cavallo	MEF
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Sara Guerrini	MEF
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Lidia Di Minco	Ministero della Salute
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Gandolfo Miserendino	Regione Emilia Romagna
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Emanuele Fabrizi	Regione Lazio
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Franca Tomassi	Regione Liguria
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Giancarlo Conti	Regione Marche
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Herbert Sarri	Regione Piemonte

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

	Nome	Organizzazione
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Alessandra Morelli	Regione Toscana
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Cecilia Chiarugi	Regione Toscana
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Milena Solfiti	Regione Umbria
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Stefano Fioraso	Regione Valle D'Aosta
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Giuseppe Zamegno	Regione Veneto
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Sergio Papiani	USL Centro Toscana
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Maria Teresa Chiaravalloti	IIT CNR

## REGISTRO DELLE MODIFICHE

Versione	Stato	Data	Commenti
1.0	Ballot 01	10/10/2018	Prima emissione ballot

**INDICE:**

	<b>1. INTRODUZIONE .....</b>	<b>7</b>
5	1.1. SCOPO DEL DOCUMENTO .....	7
	1.2. CONTESTO DI RIFERIMENTO .....	7
	1.3. A CHI È INDIRIZZATO IL DOCUMENTO .....	7
	1.4. CONTRIBUTI .....	7
	1.5. RIFERIMENTI .....	8
10	<b>2. SPECIFICHE CDA2.....</b>	<b>9</b>
	2.1. USO DEI TEMPLATE .....	9
	2.2. CONVENZIONI.....	9
	2.2.1. Requisiti di conformità.....	9
	2.2.2. Convenzioni utilizzate.....	9
15	2.2.3. Esempi xml.....	10
	2.2.4. OID di test.....	11
	<b>3. HEADER CDA DEL DOCUMENTO RSA.....</b>	<b>12</b>
	3.1. ROOT DEL DOCUMENTO: <CLINICALDOCUMENT> .....	12
	3.2. DOMINIO: <REALMCode> .....	12
20	3.3. IDENTIFICATIVO CDA2: <TYPEID> .....	12
	3.4. IDENTIFICATIVO DEL TEMPLATE HL7: <TEMPLATEID> .....	13
	3.5. IDENTIFICATIVO DEL DOCUMENTO: <ID>.....	14
	3.6. CODICE DEL DOCUMENTO: <CODE> .....	15
	3.7. DATA DI CREAZIONE DEL DOCUMENTO: <EFFECTIVETIME> .....	17
25	3.8. RISERVATEZZA DEL DOCUMENTO: <CONFIDENTIALITYCODE> .....	17
	3.9. LINGUA E DOMINIO: <LANGUAGECODE> .....	18
	3.10. VERSIONE DEL DOCUMENTO: <SETID> E <VERSIONNUMBER> .....	19
	3.11. PAZIENTE DEL DOCUMENTO: <RECORDTARGET> .....	21
	3.11.1. Paziente soggetto del Referto: <patientRole>.....	22
30	3.11.2. <patient> .....	25
	3.11.3. <addr>.....	26
	3.11.4. <telecom> .....	27
	3.12. AUTORE DEL DOCUMENTO: <AUTHOR>.....	29

	3.13.	TRASCrittORE DEL DOCUMENTO: <DATAENTERER> .....	31
35	3.14.	CONSERVAZIONE DEL DOCUMENTO: <CUSTODIAN> .....	33
	3.14.1.	Organismo Custode .....	33
	3.15.	FIRMATARIO DEL DOCUMENTO: <LEGALAUTHENTICATOR> .....	34
	3.16.	SOGGETTI PARTECIPANTI: <PARTICIPANT> .....	36
	3.16.1.	Tecnico di Approfondimento Diagnostico .....	37
40	3.16.2.	Medico Prescrittore .....	37
	3.17.	PRESCRIZIONE: <INFULFILLMENTOF> .....	39
	3.17.1.	Esempio di implementazione: Identificativo della prescrizione .....	39
	3.18.	IDENTIFICATIVI DEL DOCUMENTO: <DOCUMENTATIONOF> .....	40
	3.19.	VERSIONAMENTO DEL DOCUMENTO: <RELATEDDOCUMENT> .....	41
45	3.20.	INCONTRO DI RIFERIMENTO: <COMPONENTOF> .....	42
	3.20.1.	Tipologia della provenienza: <encompassingEncounter>/<code> .....	42
	3.20.2.	Identificativo dell'incontro .....	42
	3.20.3.	Azienda Sanitaria, presidio, struttura erogante e unità operativa: <healthCareFacility> .....	44
50	<b>4.</b>	<b>BODY CDA DEL DOCUMENTO RSA .....</b>	<b>48</b>
	4.1.	SEZIONE QUESITO DIAGNOSTICO .....	51
	4.1.1.	Identificativo della tipologia della sezione: <code> .....	52
	4.1.2.	Titolo della sezione: <title> .....	52
	4.1.3.	Blocco narrativo: <text> .....	52
55	4.1.4.	Dettaglio di sezione: <entry> .....	53
	4.2.	SEZIONE STORIA CLINICA .....	54
	4.2.1.	Identificativo della tipologia della sezione: <code> .....	54
	4.2.2.	Titolo della sezione: <title> .....	55
	4.2.3.	Blocco narrativo: <text> .....	55
60	4.2.4.	Sezione Allergie .....	55
	4.2.5.	Sezione Precedenti Esami Eseguiti .....	56
	4.2.6.	Sezione Terapia Farmacologia in Atto .....	57
	4.3.	SEZIONE ESAME OBIETTIVO .....	62
	4.3.1.	Identificativo della tipologia della sezione: <code> .....	62
65	4.3.2.	Titolo della sezione: <title> .....	63
	4.3.3.	Blocco narrativo: <text> .....	63
	4.4.	SEZIONE REFERTO .....	63
	4.4.1.	Identificativo della tipologia della sezione: <code> .....	64
	4.4.2.	Titolo della sezione: <title> .....	64
70	4.4.3.	Blocco narrativo: <text> .....	64
	4.4.4.	Prestazioni .....	65

4.4.5.	Sezione Confronto con Precedenti Esami Eseguiti.....	78
4.5.	SEZIONE COMMENTI E CONCLUSIONI .....	79
75 4.5.1.	Identificativo della tipologia della sezione: <code> .....	79
4.5.2.	Titolo della sezione: <title> .....	80
4.5.3.	Sezione Diagnosi .....	80
4.5.4.	Sezione Conclusioni .....	83
4.5.5.	Sezione Suggerimenti per il Prescrittore .....	84
4.5.6.	Sezione Accertamenti e Controlli Consigliati .....	86
80 4.5.7.	Sezione Terapia Farmacologia Consigliata .....	89
	<b>5. ESEMPI XML.....</b>	<b>93</b>
5.1.	ESEMPIO SEZIONE REFERTO - ORTOPEDIA .....	93
5.2.	ESEMPIO SEZIONE REFERTO - CARDIOLOGIA .....	94
5.3.	ESEMPIO SEZIONE REFERTO - ODONTOIATRIA .....	96

## 85 1.INTRODUZIONE

### 1.1. Scopo del Documento

L'obiettivo del presente documento è definire, secondo lo standard HL7 CDA Rel 2.0, una guida all'implementazione per il CDA per il Referto di Specialistica Ambulatoriale che sia valida nel contesto Italiano.

### 90 1.2. Contesto di Riferimento

Il documento in oggetto è la localizzazione Italiana delle specifiche per l'implementazione del documento clinico Referto di Specialistica Ambulatoriale secondo lo standard HL7 v.3, CDA Rel. 2. Tale documento intende fornire un supporto alla creazione di un Header e di un Body CDA strutturato per la tipologia  
95 di documento clinico in oggetto al fine di facilitare lo scambio di informazioni fra i vari attori che concorrono ai percorsi di cura dei pazienti.

Il Referto di Specialistica Ambulatoriale è un documento che riassume i risultati di tutte le tipologie di indagini afferenti alle varie branche della specialistica.

Il Referto di Specialistica Ambulatoriale può essere indirizzato sia ad un altro  
100 Specialista sia al Medico di Medicina Generale.

### 1.3. A chi è indirizzato il documento

Il presente documento è il punto di riferimento per le fasi di progettazione e di sviluppo di un sistema che si basa sullo standard HL7 CDA R2.

I destinatari del documento sono gli analisti e gli sviluppatori con pieno possesso  
105 della terminologia e metodologia dello standard HL7 V3 ed in particolare del contenuto della specifica internazionale "HL7 Clinical Document Architecture, Release 2.0" (vedi Rif. 8).

### 1.4. Contributi

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

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

Il documento Referto di Specialistica Ambulatoriale rientra tra i documenti clinici  
120 oggetto del lavoro del Gruppo 1.

Prima di questo lavoro, per questo tipo di referto a livello di Realm Italiano non erano state definite specifiche CDA, pertanto il lavoro che ha portato allo sviluppo di quanto riportato nei seguenti paragrafi è stato consistente ed ha richiesto una attenta analisi del contesto.

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

## 1.5. Riferimenti

Rif. 1. HL7 Clinical Document Architecture, Release 2- 4/21/2005.

- 130 Rif. 2. HL7 Version 3 Publishing Facilitator's Guide.

Rif. 3. HL7 OID, <http://www.hl7.org/oid/index.cfm>.

Rif. 4. HL7 Version 3 Standard: XML Implementation Technology Specification - Data Types, R1 4/8/2004.

Rif. 5. Identificazione OID HL7 Italia, Versione 2.0, 26/05/2009.

- 135 Rif. 6. Dominio AMPRPA Person Topic: Specifica di Localizzazione Italiana V 1.0.

Rif. 7. Dominio AMPRPA Patient Topic: Specifica di Localizzazione Italiana V 1.0.

Rif. 8. Linee Guida per la Localizzazione HL7 Header CDA Rel. 2 (IT Realm) V. 2.0.

Rif. 9. DPCM-FSE Regolamento in materia di FSE DPCM 29.09.2015 n. 178" GU n.263 del 11/11/2015

- 140 Rif. 10. DPCM 29 settembre 2015 n. 178

Rif. 11. Legge di stabilità 2017 (del 11 dicembre 2016 n. 232)

Rif. 12. Nota Garante 21 febbraio 2017

Rif. 13. Link ambiente di lavoro HL7 italia

145



## 2. SPECIFICHE CDA2

### 2.1. Uso dei template

I template definiscono una serie di vincoli da applicarsi al modello standard del CDA; i template possono essere definiti a livelli diversi: a livello di documento, di section, od di clinical statement ed entry.

Ogni template **DEVE** essere identificato da un Instance Identifier (templateld). Tipicamente il templateld è un OID, che può avere o non una *extension* che ne definisce la versione.

L'assegnazione di un identificativo unico al template fornisce un meccanismo semplice per asserire la conformità di una implementazione all'insieme di vincoli definiti dal template stesso.

Questo è un "open" template, che significa che in aggiunta agli elementi (sezioni, entry, ...) opzionali o richiesti definiti da questo template, un implementatore o una organizzazione (es. regione) che vuole ulteriormente profilare questo template, può aggiungere nuovi elementi in base alle proprie necessità, in conformità con le specifiche definite dallo Standard HL7 CDA R2.

### 2.2. Convenzioni

#### 2.2.1. Requisiti di conformità

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

**CONF-RSA-NNN:** Requisito di conformità numero NNN

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

#### 2.2.2. Convenzioni utilizzate

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

In particolare:

- **DEVE, OBBLIGATORIO, NECESSARIO (MUST, REQUIRED, SHALL)** significano che la definizione è un requisito assoluto, la specifica deve essere implementata, la consegna è inderogabile.

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

- 180
- **NON DEVE, VIETATO (MUST NOT, SHALL NOT)** significano che c'è proibizione assoluta di implementazione di un determinato elemento di specifica.
  - **DOVREBBE, CONSIGLIATO (SHOULD, RECOMMENDED)** significano che in particolari circostanze possono esistere validi motivi per ignorare un requisito, non implementare una specifica, derogare alla consegna, ma che occorre esaminare e valutare con attenzione le implicazioni correlate alla scelta.

185

  - **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.

190

  - **PUÒ, OPZIONALE (MAY, OPTIONAL)** significano che un elemento della specifica è a implementazione facoltativa.

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

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

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

205 se non altrimenti specificato.

In linea generale, per tutto quanto non espressamente specificato nella guida, sarà sempre possibile far riferimento ai documenti più generali come "HL7 Clinical Document Architecture, Release 2- 4/21/2005." e Linee Guida per la Localizzazione HL7 Header CDA Rel. 2 (IT Realm) V. 2.0.

210

## 2.2.3. Esempi xml

Gli esempi xml saranno riportati nel documento in **Consolas font 9**. Alcune porzioni degli xml di esempio potranno essere omesse per semplicità, in tal caso si utilizzerà la notazione seguente:

215

```

1. <ClinicalDocument xmlns="urn:h17-org:v3">
2. ...
3. </ClinicalDocument>
```

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

220 Per quanto riguarda la descrizione del valore degli attributi degli elementi, è utilizzata la notazione **[..]** o la notazione **[MNEMONIC]**, per indicare valori o parti di

valori che sono variabili dipendenti dal contesto di utilizzo o generazione, ad esempio i riferimenti ad un'anagrafe regionale **[ANAG.REG.OPT]** dipende dalla regione in cui il CDA viene generato, oppure riferimenti ad istanze del documento che contengono il codice fiscale di un medico o di un paziente **[CF. MEDICO]** o **[CF. PAZIENTE]**.

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

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

## 2.2.4. 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.

## 235 3.Header CDA del documento RSA

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

### 3.1. Root del documento: <ClinicalDocument>

240 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:

245 

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

### 3.2. Dominio: <realmCode>

Elemento **OBBLIGATORIO** che indica il dominio di appartenenza del documento.

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

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

Esempio di utilizzo:

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

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

### 255 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.

260

Esempio di utilizzo:

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

265

**CONF-RAP-2:** La componente root dell'elemento  
 <ClinicalDocument>/<typeId> **DEVE** assumere il valore costante  
**2.16.840.1.113883.1.3.**  
**CONF-RAP-3:** La componente extension dell'elemento  
 <ClinicalDocument>/<typeId> **DEVE** assumere il valore costante  
**POCD\_HD000040**

### 3.4. Identificativo del template HL7: <templateId>

270

Elemento **OBLIGATORIO** 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.

275

I template possono essere utilizzati per individuare, in relazione alla tipologia di documento espresso dall'elemento <code>, un insieme di restrizioni/linee guida da applicare all'intero documento o ad una specifica sezione dello stesso.

Nel caso specifico, dal momento che l'elemento <code> indica il codice relativo al documento di "Referto di Specialistica Ambulatoriale", l'elemento <templateId> identificherà la specifica versione del template che dovrebbe essere utilizzata dal *document consumer* per la validazione del documento corrente.

280

L'elemento <templateId> può, in questo contesto, permettere la progressiva evoluzione dei modelli di documento CDA utilizzati.

L'elemento <templateId> rappresenta un identificatore univoco ed è composto dagli attributi seguenti.

285

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.10.1.9.1 (valore provvisorio da concordare con AgID e HL7)	Radice del template Referto di Specialistica Ambulatoriale per HL7 Italia.
extension	ST	Versione del Template	Identificativo del template descritto nel presente documento.

Esempio di utilizzo:

1. `<templateId root= "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.9.1" extension="1.0"/>`

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

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

**CONF-RAP-4:** Il documento **DEVE** contenere almeno un elemento `templateId` con valore dell'attributo `root` valorizzato con "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.9.1".

### 3.5. Identificativo del documento: `<id>`

295 Elemento **OBBLIGATORIO** che identifica univocamente l'istanza di ogni documento CDA.

L'elemento `<id>` è un valore del tipo HL7 "Instance Identifier" ed è composto in generale da un attributo *root* che riporta un codice OID, un attributo *extension* che riporta un codice specifico ed un attributo *assigningAuthorityName* con il nome dell'organizzazione che è responsabile della identificazione posta nel campo *extension*.

300

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

305 L'assegnazione ad ogni entità generatrice di documenti di un nodo OID, a cui riferirsi per generare sequenze univoche di identificatori, garantisce l'unicità dei documenti.

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID DOMINIO IDENTIFICAZIONE DOCUMENTI]	Identificativo univoco del dominio di identificazione. Tale OID – riconosciuto pubblicamente – è usato per garantire l'univocità dell'identificativo a livello globale.
extension	ST	[IUD]	Identificativo dell'istanza CDA del documento. Tale identificativo è unico all'interno del dominio di identificazione. È tipicamente originato dal sistema che genera il documento, secondo regole condivise all'interno dello spazio di identificazione, in maniera tale da assicurare l'univocità di tale attributo all'interno del medesimo dominio.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
assigningAuthorityName	ST	[NOME AUTORITA' DI COMPETENZA]	Nome dell'organizzazione responsabile per il dominio di identificazione dei documenti.

Esempio di utilizzo:

310

```

1. <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.30967"
2. extension="HMS.RSA.20171018.123456"
3. assigningAuthorityName="A.O. OSP.NIGUARDA CA'GRANDA - MILANO"/>

```

**CONF-RAP-5:** Il documento **DEVE** contenere uno e non più di un elemento `<ClinicalDocument>/<id>`.

315 **CONF-RAP-6:** 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.

320 **CONF-RAP-7:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<id>` **DOVREBBE** riportare l'attributo *assigningAuthorityName* valorizzato con il nome dell'organizzazione responsabile per il dominio di identificazione dei documenti.

### 3.6. Codice del documento: <code>

Elemento **OBBLIGATORIO** che indica la tipologia di documento.

325 L'elemento `<code>` riporta un codice che identifica la tipologia di documento a cui il CDA si riferisce (prescrizione, tipologia referto, lettera di dimissione, patient summary).

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

330 Nel seguito si farà esplicito riferimento al sistema di codifica LOINC. In particolare, si dovrà utilizzare il codice LOINC "11488-4 - Nota di consulto" per identificare il documento clinico strutturato Referto di Specialistica Ambulatoriale (RSA).

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	"11488-4"	Codice relativo alla tipologia di documento trattata (Referto di Specialistica Ambulatoriale).
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario.
codeSystemVersion	ST	[Versione Loinc]	Versione del vocabolario.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
displayName	ST	"Nota di consulto"	Nome o titolo descrittivo del codice con cui è visualizzato dal sistema all'utente.

Nel caso in cui si abbia la necessità di codificare i documenti specificandoli con un livello di granularità superiore, specificando ad esempio la specifica specialità/disciplina ospedaliera, è possibile soddisfare tali esigenze attraverso l'uso dell'elemento qualifier.

Per identificare propriamente il qualifier è necessario mettere il codeSystem all'interno dell'elemento value.

Esempio di utilizzo:

```

1. <code code="11488-4"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.64"
5.   displayName="Nota di consulto">
345 6.   <qualifier>
7.     <value code="18751-8"
8.       codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
9.       codeSystemName="LOINC"
10.      codeSystemVersion="2.64"
350 11.      displayName="Referto endoscopia"/>
12.   </qualifier>
13. </code>

```

**CONF-RAP-8:** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento `<ClinicalDocument>/<code>`.

**CONF-RAP-9:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<code>` **DEVE** riportare l'attributo **code** valorizzato con **"11488-4"**

**CONF-RAP-10:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<code>` **DEVE** riportare l'attributo codeSystem valorizzato con **"2.16.840.1.113883.6.1"**.

**CONF-RAP-11:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<code>` **DEVE** riportare l'attributo codeSystemName valorizzato con **"LOINC"**.

**CONF-RAP-12:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<code>` **DOVREBBE** riportare l'attributo codeSystemVersion valorizzato con la versione di LOINC usata.

**CONF-RAP-13:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<code>` **DEVE** riportare l'attributo displayName valorizzato rispettivamente con **"Nota di consulto"**.

**CONF-RAP-14:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<code>` **PUÒ** contenere l'elemento `<qualifier>/<value>` il quale **DEVE** contenere una codifica con livello di granularità superiore.



## 370 3.7. Data di creazione del documento: <effectiveTime>

Elemento **OBBLIGATORIO** che indica la data di creazione del documento CDA. L'elemento <effectiveTime> rappresenta un istante temporale (datatype Time Stamp (TS)). Nel caso del Referto di Specialistica Ambulatoriale, 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).

375 Esempio di utilizzo:

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

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

380 **CONF-RAP-16:** 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>

Elemento **OBBLIGATORIO** che specifica il livello di riservatezza del documento.

385 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 (es. un referto di una indagine richiesta per un percorso diagnostico può essere visualizzato dal medico richiedente o curante)

Codice	Definizione
V (very restricted)	<p>Accesso molto ristretto, come dichiarato dal Referente Privacy dell'erogatore del servizio sanitario.</p> <p>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.</p>

Nel caso del Referto di Specialistica Ambulatoriale, l'elemento **DEVE** essere valorizzato nel modo seguente. Si suggerisce che nel contesto italiano, il valore di default sia pari a "N".

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.

390 Esempio di utilizzo:

```

1. <confidentialityCode          code="N"
2.                               codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25"
3.                               codeSystemName="Confidentiality"/>
```

395 **CONF-RAP-17:** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento `<ClinicalDocument>/<confidentialityCode>`.

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

## 400 3.9. Lingua e dominio: <languageCode>

Elemento **OBBLIGATORIO** che indica la lingua in cui è redatto il documento.

L'elemento `<LanguageCode>` rappresenta un codice conforme alle specifiche dell'[IETF \(Internet Engineering Task Force\) RFC 3066 \(OID:2.16.840.1.113883.6.121\)](#).

405 Nel caso del Referto di Specialistica Ambulatoriale, l'elemento **DEVE** essere così valorizzato:

Composizione di `<languageCode>`:

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

Esempio di utilizzo:

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

**CONF-RAP-19:** Il documento **DEVE** contenere uno e non più di un elemento `<ClinicalDocument>/<LanguageCode>`.

**CONF-RAP-20:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<LanguageCode>` **DEVE** riportare l'attributo `code` valorizzato con "it-IT".

### 3.10. Versione del documento: `<setId>` e `<versionNumber>`

Elementi OBBLIGATORI<sup>3</sup> che consentono di gestire le revisioni del documento, o eventuali addendum integrativi.

Nel caso di sostituzione del documento, l'elemento `<setId>` ha un valore costante tra le diverse versioni del medesimo documento, mentre l'elemento `<versionNumber>` cambia al variare della revisione.

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

Il nuovo documento sostitutivo **DEVE** comprendere un elemento `<relatedDocument>` che punta al documento sostituito.

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

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

Il nuovo documento addendum **DEVE** comprendere un elemento `<relatedDocument>` che punta al documento iniziale.

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID DOMINIO IDENTIFICAZIONE DOCUMENTI]	Identificativo univoco del dominio di identificazione dei documenti.  Tale identificativo – riconosciuto pubblicamente - garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale.

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
extension	ST	[IURD]	<p>Identificativo dell'insieme di istanze che definiscono le diverse versioni di questo documento.</p> <p>Tale identificativo è unico all'interno del dominio di identificazione.</p> <p>È tipicamente originato dal sistema che genera il documento, secondo regole condivise all'interno dello spazio di identificazione, in maniera tale da assicurare l'univocità di tale attributo all'interno del medesimo dominio.</p>
assigningAuthorityName	ST	[NOME AUTORITA' DI COMPETENZA]	<p>Nome dell'organizzazione responsabile per il dominio di identificazione dei documenti.</p>

<versionNumber> è composto dagli attributi seguenti:

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

Esempio di utilizzo:

```

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

```

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

**CONF-RAP-22:** L'elemento <ClinicalDocument>/<setId> **DEVE** riportare:

- l'attributo *root* valorizzato con un identificativo – riconosciuto pubblicamente – che garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale;
- l'attributo *extension* valorizzato con un identificativo unico all'interno del dominio di identificazione.

**CONF-RAP-23:** L'elemento <ClinicalDocument>/<setId> **DOVREBBE** riportare l'attributo *assigningAuthorityName* valorizzato con il nome dell'organizzazione responsabile per il dominio di identificazione dei documenti.

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

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

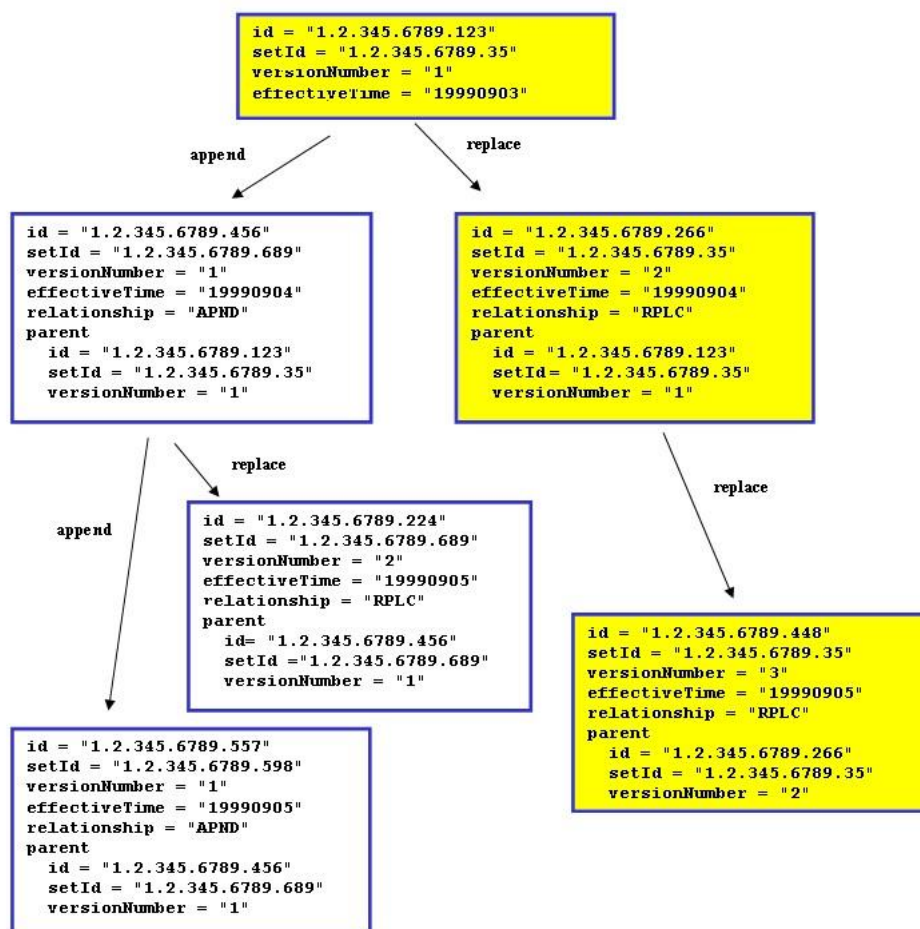


Figura 1: Schema di Versionamento del documento usando le funzioni Replace e Append

### 3.11. Paziente del documento: `<recordTarget>`

Elemento **OBBLIGATORIO** che identifica il soggetto della prestazione, ovvero il paziente a cui il Referto si riferisce.

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

Per il Referto di Specialistica Ambulatoriale l'elemento **DEVE** pertanto essere strutturato come mostrato di seguito.

```

1. <recordTarget>
2.     <patientRole>
3.         <patient>
4.             ...
5.         </patient>
6.     </patientRole>
7. </recordTarget>

```

**CONF-RAP-26:** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento `<ClinicalDocument>/<recordTarget>`

### 3.11.1. Paziente soggetto del Referto: `<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 ad altri identificativi (regionali, europei, temporanei, ecc).

**CONF-RAP-27:** `<ClinicalDocument>/<recordTarget>` **DEVE** contenere uno ed un solo elemento `patientRole`.

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

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

3.11.1.1. Cittadino italiano o straniero residente (iscritto SSN)

`<patientRole>` **DEVE** riportare un elemento di tipo `<id>` contenente il Codice Fiscale (**OBBLIGATORIO**).

Codice Fiscale del paziente:

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.

500 Esempio di utilizzo:

```

1. <recordTarget>
2.     <patientRole>
3.         <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.4.3.2"
4.             extension="XYILNI99M22G999T"
5.             assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
6.         <patient>
7.             ...
8.         </patient>
9.     </patientRole>
10. </recordTarget>

```

3.11.1.2. Soggetti assicurati da istituzioni estere

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

- Il numero di identificazione della Tessera TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia).
- Il numero di identificazione Personale TEAM;

**Primo <id>:**

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

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

**Secondo <id>:**

520 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.



Esempio di utilizzo:

```

1. <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.7"
2. extension="NLD.096074309.80528070070000000001"
3. assigningAuthorityName="AGIS-7007"/>
4.
5. <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.3"
6. extension="NLD.4637465980125364"
7. assigningAuthorityName="AGIS-7007"/>

```

3.11.1.3. Europei Non Iscritti (ENI) al SSN

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

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

**Primo <id>:**

Codice identificativo ENI.

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

Esempio di utilizzo:

```

1. <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.170105.4.1"
2. extension="ENI5412369875149"
3. assigningAuthorityName="ASL 3 Genovese"/>

```

3.11.1.4. Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)

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



## Primo <id>:

Codice identificativo STP.

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

Esempio di utilizzo:

```

550 1. <id      root="2.16.840.1.113883.2.9.2.170105.4.1"
      2.      extension="STP1701051234567"
      3.      assigningAuthorityName="ASL 3 Genovese"/>

```

### 3.11.2. <patient>

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

555 Riporta alcuni sotto-elementi **OBBLIGATORI** con l'indicazione dei dati anagrafici, eventualmente valorizzati con un NullFlavor, quali:

- il nominativo del paziente, attraverso l'elemento <name> (ed i sotto-elementi <family> e <given>),
- il sesso, attraverso l'elemento <administrativeGenderCode>, e
- 560 • la data di nascita in <birthTime>.

È inoltre **FACOLTATIVO** inserire il luogo di nascita (comune) nell'elemento <birthPlace>/<addr>/<city>.

Esempio di utilizzo:

```

565 1. <recordTarget>
2.     <patientRole>
3.         <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.90.4.1"
4.             extension="STP.12383741345"
5.             assigningAuthorityName="Regione Lombardia"/>
6.         <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
570 7.             extension="XYILNI99M22G999T"
8.             assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
9.         <patient>
10.            <name>
11.                <family>Guido</family>
12.                <given>Rossi</given>
13.            </name>
14.            <administrativeGenderCode code="M"
15.                codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"/>
16.            <birthTime value="20080329"/>
580 17.            <birthplace>
18.                <place>
19.                    <addr>
20.                        <city>CiriÈ</city>
21.                        <censusTract>001086</censusTract>
585 22.                    </addr>
23.                </place>
24.            </birthplace>
25.        </patient>
26.    </patientRole>
590 27. </recordTarget>

```

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

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

### 3.11.3. <addr>

L'elemento *<addr>*, OPZIONALE, è utilizzato per richiamare l'indirizzo del Paziente. Possono esistere più occorrenze dell'elemento per specificare i dati di residenza ed i dati di domicilio.

La differenziazione del tipo di indirizzo è realizzata attraverso l'attributo *use* come riportato nella seguente tabella:

Attributo	Valore	Dettagli
use	<ul style="list-style-type: none"> <li>H (home) per la residenza</li> <li>HP (primary home) per il domicilio</li> </ul>	viene usato per specificare il tipo di indirizzo.

Di seguito esempi di utilizzo dell'elemento <addr>:

1. specifica di entrambi gli indirizzi:

```
1. <patientRole classCode="PAT">
2.   <id ... />
3.   <addr use="H">
4.     ...
5.   </addr>
6.   <addr use="HP">
7.     ...
8.   </addr>
9.   ...
10. </patientRole>
```

2. specifica del solo indirizzo di domicilio:

```
1. <patientRole classCode="PAT">
2.   <id ... />
3.   <addr use="H">
4.     ...
5.   </addr>
6.   ...
7. </patientRole>
```

La struttura dell'elemento <addr> può prevedere:

- un elemento <country> identifica il codice ISO dello stato di residenza o domicilio;
- un elemento <county> identifica la sigla della provincia di residenza o domicilio;
- un elemento <city> identifica la descrizione del comune di residenza o domicilio;
- un elemento <censusTract> identifica il codice ISTAT del comune di residenza o domicilio;
- un elemento <postalCode> identifica il CAP di residenza o domicilio;
- un elemento <streetAddressLine> identifica l'indirizzo di residenza o domicilio;

### 3.11.4. <telecom>

L'elemento <telecom>, OPZIONALE, è utilizzato per richiamare un numero telefonico (fisso e/o mobile) e/o un indirizzo di posta elettronica (E-mail e/o PEC)

L'indirizzo viene specificato tramite un Universal Resource Locator URL.

In modo analogo all'elemento <addr>, i numeri di telefono, codificati con l'elemento <telecom>, sono caratterizzati dall'attributo use.

L'attributo use viene usato per specificare il tipo di indirizzo, ad esempio: HP Telefono Casa; WP Telefono Ufficio; MC Cellulare.

Attributo	Valore	Dettagli
use	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>HP</b> Telefono Casa</li> <li>• <b>WP</b> Telefono Ufficio</li> <li>• <b>MC</b> Cellulare</li> </ul>	Viene usato per specificare il tipo di recapito.

Attributo	Valore	Dettagli
value	<ul style="list-style-type: none"> <li>Universal Resource Locator URL</li> </ul>	Testo. <b>DEVE</b> essere specificato almeno un URL (ad esempio " <a href="#">tel:</a> " oppure " <a href="#">mailto:</a> ")

645 Esempio:

```

1. <telecom use="HP" value="tel:+1-999-999-9999"/>
2. <telecom use="WP" value="tel:+1-888-888-8888"/>
3. <telecom use="MC" value="tel:+1-777-777-7777"/>
4. <telecom value="mailto:user@hostname"/>

```

650 **CONF-RAP-28:** <ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole> **DEVE** contenere un elemento patient con valorizzato almeno un elemento <id> per l'identificazione del paziente.

**CONF-RAP-29:** **SE** il paziente soggetto del referto è un "Cittadino Italiano o Straniero Residente", iscritto quindi al SSN, l'elemento <id> per l'identificazione **DEVE** contenere il Codice Fiscale dell'assistito (@extension) rilasciato dal "Ministero Economia e Finanza" (@root = "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2")

**CONF-RAP-30:** **SE** il paziente soggetto del referto è un "Soggetto assicurato da un'istituzione estera", gli elementi <id> per l'identificazione **DEVONO** contenere il numero di identificazione della Tessera TEAM e il numero di identificazione Personale TEAM.

**CONF-RAP-31:** **SE** il paziente soggetto del referto è un "Europeo Non Iscritto al SSN", l'elemento <id> per l'identificazione **DEVE** contenere il codice identificativo ENI

**CONF-RAP-32:** **SE** il paziente soggetto del referto è uno "Straniero Temporaneamente Presente", l'elemento <id> per l'identificazione **DEVE** contenere il codice identificativo STP

**CONF-RAP-33:** <ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient> **DEVE** contenere un elemento <name>.

**CONF-RAP-34:** **SE** l'elemento <ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<name> non è valorizzato con **nullFlavor**, **ALLORA** gli elementi <family> e <given> **DEVONO** essere presenti.

**CONF-RAP-35:** **SE** l'elemento <ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<name> ha un attributo **nullFlavor**, **ALLORA** gli elementi <family> e <given> **NON DEVONO** essere presenti.

**CONF-RAP-36:** **SE** presente, l'elemento <ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<birthPlace> **DEVE** contenere un elemento place.

**CONF-RAP-37:** L'elemento <ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<birthPlace>/<place> **PUO'** contenere un elemento <addr>.

**CONF-RAP-38:** SE il paziente è nato in Italia **ED** è presente l'elemento  
 <ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>  
 /<birthPlace> (luogo di nascita) **ALLORA** tale elemento **DEVE** includere  
 l'elemento *censusTract*, per il codice del comune di nascita, **O** l'elemento *city*,  
 per il nome del comune di nascita.

**CONF-RAP-39:** SE il paziente è nato all'estero **ED** è presente l'elemento  
 <ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>  
 /<birthPlace> (luogo di nascita) **ALLORA** tale elemento **DEVE** includere  
 l'elemento *country*, codice nazione di nascita.

**CONF-RAP-40:** L'elemento  
 <ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>  
 /<birthPlace>/<place>/<addr>/<censusTract>, SE presente, **DEVE** riportare il  
 codice **ISTAT** del comune valido nella data di nascita (rif.  
<http://www.istat.it/strumenti/definizioni/>).

**CONF-RAP-41:** 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 caratteri oppure a 3 caratteri ove la codifica a 2 caratteri non è applicabile.

**CONF-RAP-42:** L'elemento  
 <ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient> **DEVE**  
 contenere un elemento *administrativeGenderCode* che riporta un attributo  
 @code valorizzato con "M" or "F", "UN" e @codeSystem valorizzato a  
 "2.16.840.1.113883.5.1"

**CONF-RAP-43:** <ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>  
 /<patient>/<birthTime> **DEVE** essere valorizzato con la data di nascita del  
 paziente, valorizzata al minimo come **YYYYMMDD**

**CONF-RAP-44:** L'elemento  
 <ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole> **PUO'** contenere  
 l'elemento *addr* per riportare l'indirizzo del paziente.

**CONF-RAP-45:** L'elemento  
 <ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole> **PUO'** contenere  
 l'elemento *telecom* per riportare il recapito del paziente.

## 3.12. Autore del documento: <author>

Elemento **OBBLIGATORIO** che identifica il soggetto che ha creato il documento.

Nel caso del Referto di Specialistica Ambulatoriale almeno un autore è  
 rappresentato dal Medico Refertante responsabile del documento, coincidente  
 generalmente anche con il Firmatario del documento: <LegalAuthenticator>. In  
 tal senso la valorizzazione di altri autori che hanno contribuito a redigere il  
 documento oltre al firmatario è da considerarsi facoltativa.

L'elemento **DEVE** essere identificato da un elemento <id>, contenente il codice  
 fiscale dell'autore.

L'elemento `<author>` **DEVE** contenere un sotto-elemento `<time>`, con l'indicazione dell'ora di produzione del documento. La valorizzazione **DEVE** essere effettuata attraverso un tipo Time Stamp (**TS**). È possibile usare il *nullFlavor* in caso di assenza del dato.

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

Composizione di `<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 `<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).

Esempio di utilizzo:

```

1. <author>
2.   <time value="20000407130000+0100"/>
3.   <assignedAuthor>
4.     <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
5.       extension="PNCPLL99M22G999T"/>
6.     <assignedPerson>
7.       <name>
8.         <given>Dr. Pinco</given>
9.         <family>Palla</family>
10.      </name>
11.    </assignedPerson>
12.  </assignedAuthor>
13. </author>

```

**CONF-RAP-46:** Il documento **DEVE** contenere un elemento `<ClinicalDocument>/<author>` avente le seguenti caratteristiche:

- 750 a. `<ClinicalDocument>/<author>` **DEVE** contenere un elemento `<time>`.
- b. `<ClinicalDocument>/<author>` **DEVE** contenere un elemento `<assignedAuthor>`.
- c. `<ClinicalDocument>/<author>/<assignedAuthor>` **DEVE** contenere almeno un elemento `id`.
- 755 d. `<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".
- e. L'attributo `extension` dell'elemento `<ClinicalDocument>/<author>/<assignedAuthor>/<id>` **DEVE** essere
- 760 valorizzato con un codice fiscale e **DEVE** essere composto da una stringa lunga 16 caratteri.
- f. `<ClinicalDocument>/<author>/<assignedAuthor>` **DEVE** contenere un elemento `<assignedPerson>/<name>`, tale elemento **DEVE** contenere
- 765 gli elementi `<given>` e `<family>` valorizzati con nome e cognome dell'autore.

### 3.13. Trascrittore del documento: `<dataEnterer>`

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

770 Se i dati registrati del Referto di Specialistica Ambulatoriale 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, ad esempio un Medico Specializzando,

775 Il trascrittore **DEVE** essere identificato da un elemento `<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**). È possibile usare il `nullFlavor` in caso di assenza del dato.

780 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>`, ...).

## 785 Composizione <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 <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).

## Esempio di utilizzo:

```

1. <dataEnterer>
2.   <time value="20140329173500+0100"/>
3.   <assignedEntity>
4.     <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="PNCPLL75B61Z100Z"/>
5.     <assignedPerson>
6.       <name>
7.         <given>Pinco</given>
795      <family>Palla</family>
8.         <suffix>Segretaria</suffix>
9.       </name>
10.    </assignedPerson>
11.  </assignedEntity>
800 13. </dataEnterer>

```

**CONF-RAP-47:** Il documento **PUO'** contenere un elemento <ClinicalDocument>/<dataEnterer>.

**CONF-RAP-48:** <ClinicalDocument>/<dataEnterer> **DEVE** contenere un elemento <time>.

805 **CONF-RAP-49:** <ClinicalDocument>/<dataEnterer> **DEVE** contenere un elemento assignedEntity.

**CONF-RAP-50:** <ClinicalDocument>/<dataEnterer>/<assignedEntity> **DEVE** contenere almeno uno elemento <id>.

810 **CONF-RAP-51:** <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-RAP-52:** 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.

## 3.14. Conservazione del documento: <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.

```

1. <custodian>
2.   <assignedCustodian>
3.     <representedCustodianOrganization>
4.
5.   </representedCustodianOrganization>
6. </assignedCustodian>
7. </custodian>
```

**CONF-RAP-53:** Il documento **DEVE** contenere un elemento `<ClinicalDocument>/<custodian>`.

### 3.14.1. Organismo Custode

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

Composizione di <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	[OID DOMINIO DI 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 <b>root</b> .

840 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:

```
845 1. <custodian>
      2.   <assignedCustodian>
      3.     <representedCustodianOrganization>
      4.       <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2" extension="130106"/>
      5.       <name>SSN-MIN-SALUTE</name>
      6.     </representedCustodianOrganization>
850 7.   </assignedCustodian>
      8. </custodian>
```

**CONF-RAP-54:** L'elemento <ClinicalDocument>/<custodian> **DEVE** contenere un elemento assignedCustodian.

855 **CONF-RAP-55:** L'elemento <ClinicalDocument>/<custodian>/<assignedCustodian> **DEVE** contenere un elemento <representedCustodianOrganization>.

**CONF-RAP-56:** <ClinicalDocument>/<custodian>/<assignedCustodian>/<representedCustodianOrganization> **DEVE** contenere uno e non più di un elemento <id> con valore dell'attributo root uguale all' OID del dominio di identificazione delle organizzazioni.

860 **CONF-RAP-57:** L'attributo extension dell'elemento <ClinicalDocument>/<custodian>/<assignedCustodian>/<representedCustodianOrganization>/<id> **DEVE** essere presente e valorizzato con l'identificativo della struttura.

## 865 3.15. Firmatario del documento: <legalAuthenticator>

Elemento **OBBLIGATORIO** che riporta il firmatario del documento.

L'elemento <LegalAuthenticator> **DEVE** contenere un elemento <time> con l'indicazione dell'ora in cui il documento è stato firmato, un elemento <signatureCode> per indicare che il documento è firmato, ed un elemento <assignedEntity>, destinato ad accogliere l'elemento <id> del medico responsabile del documento e il suo nome e cognome (valorizzando le sezioni opportune interne a <assignedPerson>/<name>).

La sezione PUÒ contenere sezioni dedicate alla memorizzazione di indirizzo, recapiti telefonici, ecc. (sezioni <addr>, <telecom>, ...).

875 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.

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

Esempio di utilizzo:

```

1. <legalAuthenticator>
2.   <time value="20140329173712+0100"/>
3.   <signatureCode code="S"/>
4.   <assignedEntity>
5.     <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="PNCPLL99M22G999T"/>
6.     <assignedPerson>
7.       <name>
8.         <prefix>Professore</prefix>
9.         <given>Pinco</given>
10.        <family>Pluto</family>
11.       </name>
12.     </assignedPerson>
13.   </assignedEntity>
14. </legalAuthenticator>

```

**CONF-RAP-58:** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento <ClinicalDocument>/<LegalAuthenticator>.

**CONF-RAP-59:** <ClinicalDocument>/<LegalAuthenticator> **DEVE** contenere un elemento time.

**CONF-RAP-60:** 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-RAP-61:** <ClinicalDocument>/<LegalAuthenticator> **DEVE** contenere un elemento signatureCode che riporta un attributo code valorizzato con "S".

**CONF-RAP-62:** <ClinicalDocument>/<LegalAuthenticator> **DEVE** contenere un elemento assignedEntity.

**CONF-RAP-63:** `<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-RAP-64:** L'attributo *extension* dell'elemento  
`<ClinicalDocument>/<LegalAuthenticator>/<assignedEntity>/<id>` **DEVE**  
 essere valorizzato con un codice fiscale e **DEVE** essere composto da una  
 stringa lunga 16 caratteri.

**CONF-RAP-65:** `<ClinicalDocument>/<LegalAuthenticator>/<assignedEntity>`  
**DEVE** contenere un elemento `<assignedPerson>/<name>`, tale elemento **DEVE**  
 contenere gli elementi `<given>` e `<family>` valorizzati con nome e cognome  
 del firmatario.

### 3.16. Soggetti partecipanti: `<participant>`

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

L'identificazione dei partecipanti **DEVE** essere riportata all'interno dell'elemento  
`<id>`.

L'elemento può OPZIONALMENTE contenere un elemento  
`<associatedPerson>/<name>` per riportare i dati relativi al nome del soggetto  
 partecipante.

Composizione di `<id>`:

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

Esempio di utilizzo:

```

1. <participant typeCode="REF">
2.   <associatedEntity classCode="CAREGIVER">
3.     <id extension="ABCDGF76R29L123T" root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"/>
4.     <associatedPerson>
5.       <name>
6.         <given>Marco</given>
7.         <family>Bianchi</family>
8.         <prefix>Dott.</prefix>
9.       </name>
10.    </associatedPerson>
11.  </associatedEntity>
12. </participant>

```

**CONF-RAP-66:** Il documento **PUO'** contenere uno o più elementi `<ClinicalDocument>/<participant>`.

**CONF-RAP-67:** `<ClinicalDocument>/<participant>` **DEVE** contenere un elemento `<associatedEntity>`.

**CONF-RAP-68:** `<associatedEntity>` **DEVE** contenere almeno un elemento `<id>`.

**CONF-RAP-69:** `<associatedEntity>` **PUO'** contenere un elemento `<associatedPerson>`.

**CONF-RAP-70:** `<associatedPerson>` **DEVE** contenere un elemento `<name>`, che contiene gli elementi necessari per mappare il nome del partecipante al documento.

Nel caso del Referto di Specialistica Ambulatoriale la sezione PUÒ essere utilizzata per inserire i dati relativi al **Tecnico di Approfondimento Diagnostico** al **Medico Prescrittore**.

### 3.16.1. Tecnico di Approfondimento Diagnostico

I dati del Tecnico di Approfondimento Diagnostico sono riportati nell'elemento **participant** che **DEVE** avere i seguenti attributi così valorizzati:

- `<participant>/@typeCode` popolato con la stringa **SPRF** (secondary performer);
- `<participant>/<associatedEntity>/@classCode` popolato con la stringa **PROV** (healthcare provider).

I dati del Tecnico di Approfondimento Diagnostico devono essere esplicitati come indicato di seguito:

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

### 3.16.2. Medico Prescrittore

I dati del prescrittore che ha richiesto la prestazione sono riportati nell'elemento **participant** che **DEVE** avere i seguenti attributi così valorizzati:

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

In particolare:

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

L'informazione sulla prescrizione è contenuta nell'elemento *<inFulfillmentOf>*.

- 980 **CONF-RAP-71:** Il documento **PUÒ** contenere uno o più elementi *<ClinicalDocument>/<participant>*.
- CONF-RAP-72:** *<ClinicalDocument>/<participant>* **DEVE** contenere un elemento *<associatedEntity>*.
- CONF-RAP-73:** *<associatedEntity>* **DEVE** contenere almeno un elemento *<id>*.
- 985 **CONF-RAP-74:** *<associatedEntity>* **PUÒ** contenere un elemento *<associatedPerson>*.
- CONF-RAP-75:** *<associatedPerson>* **DEVE** contenere un elemento *<name>*, che contiene gli elementi necessari per mappare il nome del partecipante al documento.
- 990 **CONF-RAP-76:** In caso si stia descrivendo un **Tecnico di Approfondimento Diagnostico** l'attributo *<participant>/@typeCode* **DEVE** essere valorizzato con la stringa "SPRF" e l'attributo *<participant>/<associatedEntity>/@classCode* con la stringa "PROV".
- 995 **CONF-RAP-77:** In caso si stia descrivendo un **medico prescrittore** l'attributo *<participant>/@typeCode* **DEVE** essere valorizzato con la stringa "REF" e l'attributo *<participant>/<associatedEntity>/@classCode* con la stringa "PROV".

## 3.17. Prescrizione: <inFulfillmentOf>

1000 Elemento **CONSIGLIATO** che identifica la richiesta che ha determinato la produzione del documento di Referto di Specialistica Ambulatoriale od ogni altro tipo di ordine ad esso relativo. Ciascun documento **PUÒ** presentare una o più occorrenze dell'elemento <inFulfillmentOf>/<order>, le quali POSSONO descrivere un differente tipo di ordine, identificato dall'elemento <id>.

1005 Esempi di ordini che possono essere descritti sono:

- identificativo della prescrizione (CONSIGLIATO);
- l'accession number;
- identificativo CUP;

### 3.17.1. Esempio di implementazione: Identificativo della prescrizione

1010 L'elemento <inFulfillmentOf> **DEVE** essere utilizzato nei casi in cui sia presente una ricetta.

Nel caso in cui l'elemento <inFulfillmentOf>/<order> si riferisca ad una prescrizione, allora l'elemento <id> descrive l'identificativo della stessa.

1015 Nel caso di ricetta elettronica l'identificativo, elemento <id>, è valorizzato con il codice NRE della prescrizione.

Esempio di utilizzo con le ricette elettroniche:

```

1020 1. <inFulfillmentOf>
      2.   <order      classCode="ACT" moodCode="RQO">
      3.     <id        root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.8"
      4.       extension="[NRE]"
      5.       assigningAuthorityName="Ministero delle Finanze"/>
      6.   </order>
      7. </inFulfillmentOf>

```

1025 Nel caso di ricetta cartacea l'identificativo è valorizzato con il codice della ricetta determinato dalla concatenazione degli elementi BAR1 e BAR2.

Esempio di utilizzo con le ricette rosse cartacee:

```

1030 1. <inFulfillmentOf>
      2.   <order      classCode="ACT" moodCode="RQO">
      3.     <id        root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.4"
      4.       extension="[CONCATENAZIONE BAR1 BAR2]"
      5.       assigningAuthorityName="Ministero delle Finanze"/>
      6.   </order>
      7. </inFulfillmentOf>

```

1035

**CONF-RAP-78:** Il documento **PUÒ** contenere almeno un elemento `<ClinicalDocument>/<inFulfillmentOf>`.

**CONF-RAP-79:** `<ClinicalDocument>/<inFulfillmentOf>` **DOVREBBE** contenere un elemento `<order>` riportante, all'interno dell'elemento `<id>`, l'identificativo della prescrizione.

**CONF-RAP-80:** `<ClinicalDocument>/<inFulfillmentOf>` **PUÒ** contenere un elemento `<order>` riportante, all'interno dell'elemento `<id>`, l'identificativo CUP.

**CONF-RAP-81:** `<ClinicalDocument>/<inFulfillmentOf>` **PUÒ** contenere un elemento `<order>` riportante, all'interno dell'elemento `<id>`, l'accession number.

### 3.18. Identificativi del documento: `<documentationOf>`

Elemento OPZIONALE che indica l'atto che viene documentato nel documento clinico.

Se presente, l'elemento `<documentationOf>` **PUÒ** descrivere, tramite l'elemento `<serviceEvent>/<code>`, la tipologia di accesso che ha determinato la prestazione (programmato / ad accesso diretto).

Si osserva che per quanto riguarda la valorizzazione dell'elemento `<serviceEvent>/<code>`, non essendo disponibili nel vocabolario ActCode di HL7 org i valori appropriati, il vocabolario in questione è stato esteso con i seguenti valori:

- **OID vocabolario esteso:** 2.16.840.1.113883.2.9.5.1.4,
- **Descrizione vocabolario esteso:** Estensione Vocabolario ActCode,
- **Valori aggiunti al vocabolario:**

Codice (code)	DisplayName	Descrizione
PROG	Accesso Programmato	Servizio con Accesso Programmato
DIR	Accesso Diretto	Servizio con Accesso Diretto

Esempio di utilizzo:

```

1. <documentationOf>
2.   <serviceEvent>
3.     <code code="PROG" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.5.1.4"/>
4.   </serviceEvent>
5. </documentationOf>

```



## 3.19. Versionamento del documento: <relatedDocument>

Elemento OPZIONALE utilizzato per gestire la versione del documento corrente. Tale elemento è non necessario alla prima generazione di un documento CDA, ma **OBBLIGATORIO** per tutte le trasformazioni successive (Replace o Append).

Nel caso in cui il documento attuale ne sostituisca uno preesistente, la relazione di subentro può essere facilmente individuata specificando l'attributo *typeCode* opportuno (come previsto dallo standard HL7) e l'id del documento padre.

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

Esempio di utilizzo:

```

1. <relatedDocument typeCode="RPLC">
2.   <parentDocument>
3.     <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.100204.4.4.99"
4.       extension="204.1234.20070327120000.DW322"/>
5.   </parentDocument>
6. </relatedDocument>

```

Nel caso in cui si voglia indicare il corrispondente identificativo del documento all'interno del sistema LIS-AP, questo può essere fatto valorizzando l'attributo *typeCode* come "XFRM".

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
typeCode	ST	"XFRM"	Transformation.

Esempio di utilizzo:

```

1. <relatedDocument typeCode="XFRM">
2.   <parentDocument>
3.     <id root="[OID IDENTIFICATIVI REFERTI LIS-AP]"
4.       extension="[IDENTIFICATIVO REFERTO LIS-AP]"/>
5.   </parentDocument>
6. </relatedDocument>

```

**CONF-RAP-82:** Il documento **PUÒ** contenere al massimo due elementi <ClinicalDocument>/<relatedDocument>.

**CONF-RAP-83:** In caso di integrativo o sostitutivo, il documento **DEVE** contenere un elemento <ClinicalDocument>/<relatedDocument> con l'attributo *typeCode* valorizzato con "RPLC", o con "APND".

**CONF-RAP-84:** Il documento **PUÒ** contenere un elemento <ClinicalDocument>/<relatedDocument> con l'attributo *typeCode* valorizzato con "XFRM".

**CONF-RAP-85:** <ClinicalDocument>/<relatedDocument> **DEVE** contenere un elemento <parentDocument>.

**CONF-RAP-86:** In caso di integrativo o sostitutivo, l'elemento `<parentDocument>` **DEVE** contenere un elemento `<id>` con valore degli attributi *root* e *extension* pari ai codici del documento di cui si fa il replace o l'append.

**CONF-RAP-87:** Nel caso di utilizzo dell'attributo XFRM per esplicitare la corrispondenza con il documento all'interno del sistema LIS-AP, l'elemento `<parentDocument>` **DEVE** contenere un elemento `<id>` con valore degli attributi *root* e *extension* contenenti i riferimenti del documento nel sistema LIS-AP.

## 3.20. Incontro di riferimento: `<componentOf>`

Elemento **OBBLIGATORIO** che descrive l'incontro tra assistito e la struttura sanitaria durante il quale l'atto documentato è avvenuto.

**CONF-RAP-88:** Il documento **DEVE** contenere un elemento `<ClinicalDocument>/<componentOf>/<encompassingEncounter>`

**CONF-RAP-89:** L'elemento `<encompassingEncounter>` **DEVE** contenere un elemento `<effectiveTime>`, il quale riporta la data/ora in cui è avvenuto l'incontro.

Su questo elemento vengono riportati i seguenti dati relativi alla struttura sanitaria all'interno della quale viene prodotto il referto:

- azienda sanitaria (**OBBLIGATORIO**);
- presidio (se ricovero) (OPZIONALE);
- unità operativa (OPZIONALE);
- struttura erogante (se accesso ambulatoriale) (OPZIONALE);
- tipologia della provenienza (OPZIONALE);
- identificativo del ricovero (**CONDIZIONALE**) nel caso in cui l'atto venga prodotto contestualmente a un ricovero;
- identificativo dell'accesso ambulatoriale (OPZIONALE).

### 3.20.1. Tipologia della provenienza: `<encompassingEncounter>/<code>`

Elemento utilizzato per definire la provenienza dell'assistito.

Per la sua valorizzazione sono consentiti i seguenti valori, estratti dal vocabolario HL7 ActEncounterCode [OID dizionario 2.16.840.1.113883.1.11.13955]:

- AMB (ambulatory) – in caso di ingresso ambulatoriale;
- EMER (emergency) – in caso di ingresso tramite pronto soccorso;
- IMP (inpatient encounter) – in caso di ricovero;

**CONF-RAP-90:** L'elemento `encompassingEncounter` **PUÒ** contenere un elemento `code`, il quale riporta la tipologia della provenienza dell'assistito.

### 3.20.2. Identificativo dell'incontro

Elemento utilizzato per definire, se presente, l'identificativo dell'incontro. **PUÒ** essere utilizzato per veicolare le informazioni relative a:

- identificativo del ricovero (**CONDIZIONALE**) nel caso in cui l'atto venga prodotto contestualmente ad un ricovero;
- identificativo dell'accesso ambulatoriale, nel caso in cui l'atto venga prodotto contestualmente ad un accesso ambulatoriale (OPZIONALE).

## 3.20.2.1. Identificativo del ricovero

Quando un referto è redatto nel contesto di un ricovero, l'elemento `<id>` rappresenta il suo identificativo, cioè il numero nosologico corrispondente al ricovero. Questo è un elemento **CONDIZIONALE**.

Tale elemento, collegato all'elemento `<inFulfillmentOf>`, **DEVE** essere valorizzato in caso la produzione del documento sia avvenuta contestualmente a un ricovero.

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

Esempio di utilizzo:

```

1. </componentOf>
2. <encompassingEncounter>
3.   <id      root="2.16.840.1.113883.2.9.2.[RAMO:AZIENDALE.NOSOLOGICI].4.6"
4.     extension="NUMERO _NOSOLOGICO"
5.     assigningAuthorityName="Azienda" displayable="true"/>
6.   ...
7. </encompassingEncounter>
8. </componentOf>

```

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

```

1. </componentOf>
2. <encompassingEncounter>
3.   <id      root="2.16.840.1.113883.2.9.2.30.4.6"
4.     extension="2014000123"
5.     assigningAuthorityName="A.O. OSP.NIGUARDA CA'GRANDA - MILANO" />
6.   ...
7. </encompassingEncounter>
8. </componentOf>

```

## 3.20.2.2. Identificativo dell'accesso ambulatoriale

Quando un referto è redatto a seguito di un accesso ambulatoriale, l'elemento `<id>` rappresenta il suo identificativo, cioè il numero di accesso. Questo è un elemento OPZIONALE.

Tale elemento, collegato all'elemento `<inFulfillmentOf>`, **PUÒ** essere valorizzato in caso la produzione del documento sia avvenuta contestualmente a un accesso ambulatoriale.

1180 Esempio di utilizzo:

```

1. </componentOf>
2. <encompassingEncounter>
3.   <id      root="[OID_AZIENDA_IDENTIFICATIVO_ACCESO_AMBULATORIALE]"
4.     extension="NUMERO _ACCESSO"
5.     assigningAuthorityName="Azienda" displayable="true"/>
6.   ...
7. </encompassingEncounter>
8. </componentOf>

```

1185

Il *root* è variabile a seconda della struttura.

1190 **CONF-RAP-91:** L'elemento `<componentOf>/<encompassingEncounter>/<id>` è un elemento **CONDIZIONALE**.

**CONF-RAP-92:** **DEVE** essere presente ed essere valorizzato con il numero di nosologico corrispondente al ricovero, in tutti quei casi in cui la produzione del documento sia avvenuta contestualmente a un ricovero;

1195 **CONF-RAP-93:** **PUÒ** essere presente e contenere l'identificativo dell'accesso ambulatoriale, in tutti quei casi in cui la produzione del documento sia avvenuta contestualmente ad un accesso ambulatoriale.

### 3.20.3. Azienda Sanitaria, presidio, struttura erogante e unità operativa: `<healthCareFacility>`

1200 È l'Elemento **OBBLIGATORIO** che specifica il luogo in cui si è svolto l'incontro tra il paziente e la struttura sanitaria.

È logicamente organizzato come segue:

- azienda sanitaria;
- presidio di ricovero o struttura erogante
- 1205 • unità operativa;

Tecnicamente **DEVE** essere implementato tramite l'elemento:

`<componentOf>/<encompassingEncounter>/<Location>/<healthCareFacility>`.

L'identificativo dell'Azienda Sanitaria in cui è avvenuto l'incontro **DEVE** essere riportato in:

1210 `<healthCareFacility>/<serviceProviderOrganization>/<asOrganizationPartOf>/<id>`

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1	Elenco delle Aziende Sanitarie.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Extension	ST	[CODICE AZIENDA SANITARIA]	Codice che rappresenta l'Azienda Sanitaria a cui appartiene il Presidio ambulatoriale o di ricovero presso cui l'esame è stato eseguito.

L'identificativo del presidio di ricovero **PUÒ** essere riportato nell'elemento: `<healthCareFacility>/<serviceProviderOrganization>/<id>`

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

In alternativa, nell'elemento `<healthCareFacility>/<serviceProviderOrganization>/<id>` **PUÒ** essere riportato l'identificativo della struttura sanitaria erogante, secondo il modello STS 11.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.3	Elenco delle strutture sanitarie a cui fa capo l'ambulatorio nel quale viene eseguita la prestazione
Extension	ST	[CODICE STRUTTURA EROGANTE]	Codice STS 11 che rappresenta la struttura erogante, nella quale viene eseguita la prestazione ambulatoriale.

Il nome del presidio o della struttura sanitaria erogante **PUÒ** essere riportato nell'elemento:

1220 `<healthCareFacility>/<serviceProviderOrganization>/<name>`

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Name	ST		Nome del Presidio o della Struttura erogante

L'identificativo di reparto (Unità Operativa), del Pronto Soccorso, o dell'Ambulatorio **PUÒ** essere riportato nell'elemento: `<healthCareFacility>/<id>`.

In caso di ricovero in reparto l'id **DEVE** essere valorizzato come segue:

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 nella quale viene eseguita la prestazione fa capo
extension	ST	[CODICE UNITA' OPERATIVA]	Codice Struttura + Sub Codice Struttura Interna + Codice Disciplina che rappresenta l'unità operativa interna a quel particolare dominio + opzionalmente il Codice

1225 Il Nome del reparto (Unità Operativa), del Pronto Soccorso, o dell'Ambulatorio **PUÒ** essere riportato nell'elemento: `<healthCareFacility>/<location>/<name>`

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Name	ST		Nome del Reparto (Unità Operativa), PS, Ambulatorio

Esempio:

```

1230 1. <location>
2.   <healthCareFacility>
3.     <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6" extension="[CODICE UNITA' OPERATIVA]"/>
4.     <location>
5.       <name>Cardiologia Terapia Intensiva</name>
6.     </location>
7.     <serviceProviderOrganization>
1235 8.       <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
9.         extension="[CODICE PRESIDIO]"
10.        assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>
11.       <asOrganizationPartOf>
12.         <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1"
13.           extension="[CODICE AZIENDA SANITARIA]"/>
1240 14.       </asOrganizationPartOf>
15.     </serviceProviderOrganization>
16.   </healthCareFacility>
17. </location>

```

- 1245 **CONF-RAP-94:** L'elemento `<encompassingEncounter>` **DEVE** includere l'elemento `<Location>`, il quale a sua volta DEVE includere l'elemento `<healthCareFacility>`.
- CONF-RAP-95:** L'elemento `<encompassingEncounter>/<Location>/<healthCareFacility>` **PUÒ** includere
- 1250 l'elemento `<id>` valorizzato con l'identificativo dell'Unità Operativa.
- CONF-RAP-96:** L'elemento `<encompassingEncounter>/<Location>/<healthCareFacility>` **PUÒ** includere l'elemento `<Location>/<name>` valorizzato con il nome dell'Unità Operativa o dell'ambulatorio.
- 1255 **CONF-RAP-97:** L'elemento `<encompassingEncounter>/<Location>/<healthCareFacility>` **DEVE** includere l'elemento `serviceProviderOrganization`.
- CONF-RAP-98:** L'elemento `<serviceProviderOrganization>` **PUÒ** includere l'elemento `<id>` valorizzato con l'identificativo della Struttura Sanitaria erogante o del Presidio ove l'esame è stato eseguito.
- 1260 **CONF-RAP-99:** L'elemento `<serviceProviderOrganization>` **PUÒ** includere l'elemento `<name>` valorizzato con il nome della Struttura Sanitaria erogante o del Presidio ove l'esame è stato eseguito
- CONF-RAP-100:** L'elemento `<serviceProviderOrganization>` **DEVE** includere
- 1265 l'elemento `<asOrganizationPartOf>/<id>` valorizzato con l'identificativo dell'Azienda Sanitaria.

## 4.Body CDA del documento RSA

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 referto di Specialistica Ambulatoriale.

Dato che lo standard HL7 prevede che il dettaglio di un documento CDA strutturato possa raggiungere differenti livelli di specializzazione (non-strutturato; strutturato testuale; strutturato testuale con entry), si fornirà una linea guida che si focalizzi al massimo livello di dettaglio disponibile.

**CONF-RAP-101:** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento `<component>/<structuredBody>`

Un referto di Specialistica Ambulatoriale è organizzato in una serie di sezioni autoconsistenti, definiti dall'elemento `<section>`.

Di seguito si elencano le sezioni previste, indicandone la codifica LOINC associata e l'obbligatorietà. L'ordine delle sezioni è da intendersi come indicativo e non imposto.

Sezioni	Codici LOINC	Descrizioni LOINC ShortName	Obbligatorietà
<b>Quesito Diagnostico</b>	42349-1	Motivo del rinvio	OPZIONALE
<b>Storia Clinica</b>	11329-0	Storia generale	OPZIONALE
Allergie	48765-2	Allergie &o reazioni avverse	OPZIONALE
Precedenti Esami Eseguiti	67803-7	Procedure	OPZIONALE
Terapia Farmacologica In Atto	10160-0	Uso di farmaci	OPZIONALE
<b>Esame Obiettivo</b>	29545-1	Osservazioni fisiche	OPZIONALE
<b>Referto</b>	47045-0	Referto	<b>OBBIGATORIO</b>
Prestazioni	62387-6	Interventi	<b>OBBIGATORIO</b>
Confronto Con Precedenti Esami Eseguiti	30954-2	Test diagnostici rilevanti &o dati di laboratorio	OPZIONALE
<b>Commenti / Conclusioni</b>	86468-6	Report comment section	OPZIONALE
Diagnosi	29308-4	Diagnosi	OPZIONALE
Conclusioni	55110-1	Conclusioni	OPZIONALE
Suggerimenti Per Il Medico Prescrittore	86467-8	Report comment	OPZIONALE
Accertamenti Consigliati / Controlli	62385-0	Raccomandazioni	OPZIONALE
Terapia Farmacologica Consigliata	83010-9	Suggerimento sull'uso di farmaci	OPZIONALE



Le informazioni contenute nel body del referto di Specialistica Ambulatoriale descrivono gli aspetti clinici rilevanti al fine di una appropriata e completa refertazione di Specialistica Ambulatoriale.

Nel seguito si riporta una descrizione di ciascuna voce presente in questa tipologia di documenti:

- La sezione “**Quesito diagnostico**” – È OPZIONALE, rappresenta la diagnosi già accertata o sospettata oppure il sintomo prevalente. Serve allo specialista per conoscere il motivo della richiesta dell’esame allo scopo di formulare delle risposte clinicamente precise al paziente o al medico che ha prescritto l’accertamento.

- La sezione “**Storia Clinica**” è OPZIONALE. Ha la finalità di dare un inquadramento generale dello stato di salute del paziente, della sua storia clinica e della motivazione che ha scaturito l’esigenza di sottoporre il paziente alla prestazione di Specialistica Ambulatoriale.

In questo elemento sono raggruppate le informazioni secondo la tipologia:

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

- Contiene le sottosezioni di dettaglio:
  - “**Allergie**” – È OPZIONALE, può raccogliere tutte le informazioni riguardanti le allergie comunicate dal paziente che il medico ritiene utili evidenziare ai fini della formulazione del referto (es. principi attivi, agenti allergenici e intolleranze rilevati sul paziente);
  - “**Precedenti esami eseguiti**” – È OPZIONALE, elenca eventuali esami precedentemente eseguiti dal paziente che lo specialista ritiene utile richiamare;
  - “**Terapia farmacologica in atto**” – È OPZIONALE, riporta le informazioni rilevanti per quanto riguarda i farmaci assunti dal paziente;

- La sezione “**Esame obiettivo**” è OPZIONALE, rappresenta l’insieme di manovre diagnostiche effettuate dal medico per verificare la presenza o assenza, nel paziente, dei segni (o sintomi obiettivi) indicativi di una deviazione dalla condizione di normalità fisiologica.

- La sezione “**Referto**” è OBBLIGATORIA, oltre a descrivere la/le prestazioni eseguite nel corso della procedura, riporta le eventuali procedure operative, un confronto con i precedenti esami eseguiti e si conclude con una refertazione di quanto emerso nel corso della/e prestazione/i.

Contiene le seguenti sottosezioni di dettaglio:

- 1325 ○ **“Prestazioni”** – È OBBLIGATORIA e consente di descrivere le prestazioni effettivamente eseguite e le procedure di esame;
- 1330 ○ **“Confronto con precedenti esami eseguiti”** – È OPZIONALE, è dedicata a descrivere esami e prestazioni specialistiche effettuati precedentemente e dei quali si ritiene opportuno tenerne traccia ai fini della formulazione del referto. Permette, inoltre, di riportare un confronto tra quanto emerso nel corso di precedenti esami eseguiti e quanto rilevato nel corso della/e procedura/e oggetto del referto;
- 1335 • La sezione **“Commenti e Conclusioni”** è OPZIONALE e rappresenta la valutazione conclusiva del medico refertante. Si compone a sua volta delle seguenti sottosezioni:
  - 1340 ○ **“Diagnosi”** – È OPZIONALE e rappresenta la conferma o la confutazione del sospetto diagnostico;
  - 1340 ○ **“Conclusioni”** – È OPZIONALE e riporta la valutazione conclusiva redatta dal medico specialista e generalmente destinata al medico richiedente.
  - 1345 ○ **“Suggerimenti per il medico prescrittore”** – È OPZIONALE e riporta al suo interno eventuali suggerimenti o comunicazioni per il medico richiedente;
  - 1350 ○ **“Accertamenti consigliati/Controlli”** – È OPZIONALE, riporta le prestazioni che il medico specialista ritiene opportuno consigliare al paziente;
  - 1350 ○ **“Terapia farmacologica consigliata”** – È OPZIONALE, riporta le terapie che il medico specialista ritiene opportuno consigliare al paziente a seguito della prestazione.

All'interno di ciascuna sezione, non contenente altre sottosezioni, **DEVE** essere presente un elemento `<text>` che contiene le informazioni human-readable specifiche della sezione. Nel caso di sezione che comprende sottosezioni, se tale sezione include informazioni non specificate all'interno delle sottosezioni **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente le informazioni human-readable specifiche della sezione.

A seconda del tipo di `<section>`, possono essere previsti elementi `<entry>`, parzialmente o totalmente codificati, contenenti informazioni di dettaglio quali misurazioni, interventi, somministrazione di farmaci o allegati multimediali.

- 1360 Il contenuto informativo presente nelle entry codificate **DEVE** essere sempre riportato anche in forma testuale nel narrative block della sezione.

La referenziazione nella parte narrativa può avvenire sia tramite l'elemento *text* che attraverso l'elemento *value/OriginalText*.

Speciali vincoli esistenti a livello di entry possono imporre la presenza di entrambi: il primo elemento (*text*) descrive infatti le informazioni inerenti l'entry nella sua interezza (es. date, commenti); il secondo (*value/OriginalText*) il solo concetto espresso dal codice (es. una diagnosi) senza le informazioni accessorie.

**CONF-RAP-102:** Ogni sezione, non contenente altre sottosezioni, **DEVE** contenere un CDA Narrative Block [parte narrativa di sezione]  
`<ClinicalDocument>/<component>/<structuredBody>/<component>/<section>/<text>`

**CONF-RAP-103:** Ogni sezione **DEVE** contenere un codice che ne definisce il tipo  
`(<ClinicalDocument>/<component>/<structuredBody>/<component>/<section>/<code>).`

**CONF-RAP-104:** Ogni sezione **DEVE** contenere un titolo  
`(<ClinicalDocument>/<component>/<structuredBody>/<component>/<section>/<title>).`

Esempio di utilizzo:

```

1. <component>
2.   <structuredBody moodCode="EVN" classCode="DOCBODY">
3.     <component typeCode="COMP">
4.       <section classCode="DOCSECT" moodCode="EVN">
5.         <code .../>
6.         <title>...</title>
7.         <text>...</text>
8.         <entry>
9.           <entryRelationship>...</entryRelationship>
10.          <entryRelationship>...</entryRelationship>
11.        </entry>
12.      </section>
13.    </component>
14.    <component typeCode="COMP">
15.      <section classCode="DOCSECT" moodCode="EVN">
16.        <code .../>
17.        <title>...</title>
18.        <text>...</text>
19.        <entry>
20.          <observation>...</observation>
21.        </entry>
22.      </section>
23.    </component>
24.  </structuredBody>
25. </component>

```

## 4.1. Sezione Quesito Diagnostico

Elemento OPZIONALE che consente di rappresentare le informazioni relative alla diagnosi già accertata o sospettata oppure il sintomo prevalente. Serve allo specialista per conoscere il motivo della richiesta dell'esame allo scopo di formulare delle risposte clinicamente precise al paziente o al medico che ha prescritto l'accertamento.

## 1410 4.1.1. 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 alle richieste è la codifica LOINC.

## 1415 Composizione di `<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"42349-1"	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. 2.64).
displayName	ST	Motivo del rinvio	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

```
1. <code code="42349-1"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.64"
5.   displayName="Motivo del rinvio"/>
```

## 4.1.2. Titolo della sezione: `<title>`

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

## 1425 Esempio di utilizzo:

```
1. <title> Quesito diagnostico </title>
```

## 4.1.3. Blocco narrativo: `<text>`

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

Esempio di utilizzo (parte testuale non strutturata– Testo Libero):

```
1. <text>
2.   <paragraph>
3.     [Questo paragrafo contiene una descrizione testuale del quesito
4.     diagnostico.]
5.   </paragraph>
6. </text>
```

1440 Esempio di utilizzo (parte testuale strutturata):

```
1. <text>
2.   <item>
3.     <content ID="QDIAG"> [Esempio di quesito diagnostico] </content>
4.   </item>
5. </text>
```

1445

## 4.1.4. Dettaglio di sezione: <entry>

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

### 4.1.4.1. <observation>

1450 Elemento OPZIONALE atto a descrivere la diagnosi già accertata, o sospettata, oppure il sintomo prevalente generalmente indicata tramite un codice del vocabolario ICD9-CM. Viene associato alla entry di cui sopra.

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

1455

Composizione di <observation>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		OBS	Observation

L'elemento <observation> **DEVE** contenere un elemento <code> che specifica la tipologia di osservazione, ed un elemento <value> (xsi:type="cd") che specifica, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la diagnosi.

1460 Composizione di <observation>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"29308-4"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
displayName	ST	"Diagnosi"	Descrizione LOINC

Composizione di <observation>/<value>:

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
displayName	ST	[DESCRIZIONE_DIAGNOSI]	Descrizione della diagnosi.

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

1465 Esempio di utilizzo:

```

1. <entry>
2.   <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
3.     <code code="29308-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
4.       codeSystemName="LOINC" displayName="Diagnosi"/>
5.     <value xsi:type="CD" code="[CODICE_DIAGNOSI]" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103"
6.       codeSystemName="ICD9CM" displayName="[DESCRIZIONE_DIAGNOSI]"/>
7.   </observation>
8. </entry>

```

1475 **CONF-RAP-105:** Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione "Quesito Diagnostico"

**CONF-RAP-106:** la sezione Quesito Diagnostico **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a **"42349-1"** e `codesystem` pari a **"2.16.840.1.113883.6.1"**

1480 **CONF-RAP-107:** la sezione Quesito Diagnostico **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con **"Quesito Diagnostico"**

**CONF-RAP-108:** la sezione Quesito Diagnostico **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo (*"human-readable"*).

1485 **CONF-RAP-109:** la sezione Quesito Diagnostico **PUÒ** contenere un elemento `<entry>/<observation>`, il quale **DEVE** a sua volta contenere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a **"29308-4"** e `codesystem` pari a **"2.16.840.1.113883.6.1"** e un elemento `<value>` contenente il codice della diagnosi secondo la classificazione ICD9-CM.

## 4.2. Sezione Storia Clinica

1490 Elemento OPZIONALE atta a fornire un inquadramento generale dello stato di salute del paziente, della sua storia clinica e della motivazione che ha scaturito l'esigenza di sottoporre il paziente all'esame diagnostico.

Contiene inoltre le sottosezioni di dettaglio:

- "Allergie"
- 1495 ○ "Precedenti Esami Eseguiti"

### 4.2.1. Identificativo della tipologia della sezione: `<code>`

1500 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	"11329-0"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.64).
displayName	ST	Storia Generale	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

```

1. <code code="11329-0"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.64"
5.   displayName="Storia Generale"/>

```

## 4.2.2. Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

```

1. <title> Storia Clinica </title>

```

## 4.2.3. 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 richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

Esempio di utilizzo:

```

1. <text>
2.   <paragraph>
3.     [Questo paragrafo contiene una descrizione testuale dell'anamnesi.]
4.   </paragraph>
5. </text>

```

## 4.2.4. Sezione Allergie

Elemento **OPZIONALE** interno alla sezione "Storia Clinica" atta a raccogliere tutte le informazioni riguardanti le allergie comunicate dal paziente che il medico ritiene utili evidenziare ai fini della formulazione del referto (es. principi attivi, agenti allergenici e intolleranze rilevati sul paziente).

### 4.2.4.1. 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 indicare che la section in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

1535 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. 2.64).
displayName	ST	Allergie & o reazioni avverse	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

1540

```

1. <code code="48765-2"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.64"
5.   displayName="Allergie & o reazioni avverse"/>

```

4.2.4.2. Titolo della sezione: <title>

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

1545 Esempio di utilizzo:

1. <title> Allergie </title>

4.2.4.3. Blocco narrativo: <text>

1550 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 richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

Esempio di utilizzo:

1555

```

1. <text>
2.   <paragraph>
3.     Allergico a Cefalosporine; Allergia a contatto per lattice; Allergia a
4.     contatto ed inalazione per polvere comune.
5.   </paragraph>
6. </text>

```

1560 **4.2.5. Sezione Precedenti Esami Eseguiti**

Elemento **OPZIONALE** atta a raccogliere tutte le informazioni riguardanti i precedenti esami eseguiti che il medico ritiene utili evidenziare ai fini della formulazione del referto.



## 4.2.5.1. Identificativo della tipologia della sezione: <code>

1565 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	"67803-7"	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. 2.64).
displayName	ST	Procedure	Nome della section.

1570 Esempio di utilizzo:

```
1. <code code="67803-7"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.64"
5.   displayName=" Procedure "/>
```

1575

## 4.2.5.2. Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

```
1. <title> Precedenti Esami Eseguiti </title>
```

1580

## 4.2.5.3. Blocco narrativo: <text>

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

1585

Esempio di utilizzo:

```
1. <text>
2.   <paragraph>
3.     [Questo paragrafo contiene una sintesi testuale degli esami effettuati
4.     In precedenza.]
5.   </paragraph>
6. </text>
```

1590

## 4.2.6. Sezione Terapia Farmacologia in Atto

1595 Elemento **OPZIONALE** interno alla sezione "Storia Clinica" che consente di rappresentare le informazioni di dettaglio riferite nel blocco narrativo.

Permette di descrivere l'eventuale terapia assunta dal paziente al momento della redazione del referto.

4.2.6.1. Identificativo della tipologia della sezione: `<code>`

1600 Elemento **OBLIGATORIO** di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di `<section>` che si sta compilando. La codifica che **DEVE** essere utilizzata per indicare che la section in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

Composizione di `<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"10160-0"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.64).
displayName	ST	Uso di farmaci	Nome della section.

1605 Esempio di utilizzo:

```
1. <code code="10160-0"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.64"
5.   displayName=" Uso di farmaci "/>
```

1610

4.2.6.2. Titolo della sezione: `<title>`

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

Esempio di utilizzo:

1615 1. `<title>` Terapia farmacologica in atto `</title>`

4.2.6.3. Blocco narrativo: `<text>`

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

1620

Esempio di utilizzo (parte testuale non strutturata– Testo Libero):

```
1. <text>
2.   <paragraph>
3.     Lasix 25 mg 2 cpr ore 8
4.   </paragraph>
5. </text>
```

1625

Esempio di utilizzo (parte testuale strutturata):

1630

```
1. <text>
2.   <item>
3.     <content ID="TF-1"> 023993013 - LASIX*25MG 30 CPR </content>
4.   </item>
5. </text>
```

4.2.6.4. Dettaglio di sezione: <entry>

1635

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

4.2.6.4.1. <substanceAdministration>

1640

Elemento OPZIONALE atto a descrivere la terapia farmacologica in atto al momento della visita Specialistica. Viene associato alla entry di cui sopra, e ripetuto per ogni elemento distintivo.

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

Composizione di <substanceAdministration>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		SBADM	SubstanceAdministration

1645

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

Composizione di

1650

<substanceAdministration>/<consumable>/<manufacturedProduct>/<manufacture dMaterial>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	[CODICE_AIC_FARMACO]	Codice AIC associato al Farmaco
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5"	OID del Sistema di codifica AIC
codeSystemName	ST	"Tabella farmaci AIC"	Descrizione del sistema di codifica AIC
displayName	ST	[DESCRIZIONE_AIC_FARMACO]	descrizione del codice AIC in oggetto

L'elemento `<manufacturedMaterial>/<code>` **PUÒ** gestire la componente `<translation>` le cui componenti **DOVREBBERO** essere valorizzate come segue:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	[CODICE_ATC_FARMACO]	Codice ATC associato al Farmaco
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.73"	OID del Sistema di codifica ATC
codeSystemName	ST	"WHO ATC"	Descrizione del sistema di codifica ATC.
displayName	ST	[DESCRIZIONE_ATC_FARMACO]	descrizione del codice ATC in oggetto

Esempio di utilizzo:

```

1655 1. <entry>
1660 2.   <substanceAdministration>
1665 3.     <consumable>
1670 4.       <manufacturedProduct>
1675 5.         <manufacturedMaterial>
1680 6.           <code code="023993013"
1685 7.             codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5"
1690 8.             codeSystemName="Tabella farmaci AIC"
1695 9.             displayName="LASIX*25MG 30 CPR">
1700 10.            <translation code="C03CA01"
1705 11.              codeSystem="2.16.840.1.113883.6.73"
1710 12.              codeSystemName="WHO ATC"
1715 13.              displayName="FUROSEMIDE"/>
1720 14.          </code>
1725 15.        </manufacturedMaterial>
1730 16.      </manufacturedProduct>
1735 17.    </consumable>
1740 18.  </substanceAdministration>
1745 19. </entry>

```

**CONF-RAP-110:** Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione "Storia Clinica"

**CONF-RAP-111:** la sezione Storia Clinica **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a **"11329-0"** e `codesystem` pari a **"2.16.840.1.113883.6.1"**

**CONF-RAP-112:** la sezione Storia Clinica **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con **"Storia Clinica"**

**CONF-RAP-113:** la sezione Storia Clinica **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni espresse in modo narrativo ("*human-readable*").

**CONF-RAP-114:** la sezione Storia Clinica **PUÒ** contenere una ed una sola sottosezione "Allergie"

**CONF-RAP-115:** la sezione Allergie **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a **"48765-2"** e `codesystem` pari a **"2.16.840.1.113883.6.1"**

**CONF-RAP-116:** la sezione Allergie **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con **"Allergie"**

**CONF-RAP-117:** la sezione Allergie **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo (*"human-readable"*).

**CONF-RAP-118:** la sezione Storia Clinica **PUÒ** contenere una ed una sola sottosezione "Precedenti Esami Eseguiti"

**CONF-RAP-119:** la sezione Precedenti Esami Eseguiti **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a **"67803-7"** e `codesystem` pari a **"2.16.840.1.113883.6.1"**

**CONF-RAP-120:** la sezione Precedenti Esami Eseguiti **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con **" Precedenti Esami Eseguiti "**

**CONF-RAP-121:** la sezione Precedenti Esami Eseguiti **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo (*"human-readable"*).

**CONF-RAP-122:** la sezione Storia Clinica **PUÒ** contenere una ed una sola sottosezione "Terapia Farmacologia in Atto"

**CONF-RAP-123:** la sezione Terapia Farmacologia in Atto **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a **"10160-0"** e `codesystem` pari a **"2.16.840.1.113883.6.1"**

**CONF-RAP-124:** la sezione Terapia Farmacologia in Atto **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con **" Terapia Farmacologia in Atto "**

**CONF-RAP-125:** la sezione Terapia Farmacologia in Atto **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo (*"human-readable"*).

**CONF-RAP-126:** la sezione Terapia Farmacologia in Atto **PUÒ** avere uno o più elementi `<entry>/<substanceAdministration>`.

**CONF-RAP-127:** Ogni elemento `<substanceAdministration>` **DEVE** avere un elemento `<consumable>/<manufacturedProduct>/>/<manufacturedMaterial>` che definisce il tipo di terapia somministrata, attraverso la codifica AIC e ATC.

**CONF-RAP-128:** Ogni elemento `<manufacturedMaterial>` **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato come segue:

a. `code` (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere uno dei valori previsti nel catalogo nazionale di codifica dei farmaci AIC;

b. `codeSystem` (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo UID (Unique Identifier String) rappresenta l'OID del sistema di codifica del catalogo nazionale dei farmaci AIC e **DEVE** assumere il valore costante **2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5**;

c. `codeSystemName` (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String), se presente, **DEVE** assumere il valore costante *Tabella farmaci AIC*;

d. `codeSystemVersion` (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) rappresenta la versione del vocabolario. Si suggerisce di indicare l'anno di pubblicazione della tabella farmaci AIC a cui ci si riferisce;

e. *displayName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) assume il valore della descrizione del codice AIC in oggetto.

**CONF-RAP-129:** Inoltre, `<manufacturedMaterial>/<code>` **PUÒ** gestire la componente `<translation>` le cui componenti **DOVREBBERO** essere valorizzate come segue:

a. *code* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere uno dei valori previsti nel dizionario internazionale di codifica ATC;

b. *codeSystem* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo UID (Unique Identifier String) rappresenta l'OID del sistema di codifica internazionale ATC e **DEVE** assumere il valore costante **2.16.840.1.113883.6.73**;

c. *codeSystemName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String), se presente, **DEVE** assumere il valore costante *WHO ATC*;

d. *codeSystemVersion* (**OPZIONALE**). Tale attributo, se presente, **DEVE** assumere il valore costante che rappresenta l'anno di pubblicazione della tabella di codifica ATC (e.g. 2007).

## 4.3. Sezione Esame Obiettivo

Elemento **OPZIONALE** atto a raccogliere tutte le informazioni riguardanti l'Esame Obiettivo compiuto sul paziente, riportato nel blocco narrativo.

### 4.3.1. Identificativo della tipologia della sezione: `<code>`

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

Composizione di `<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"29545-1"	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. 2.64).
displayName	ST	Osservazioni fisiche	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

```

1. <code code="29545-1"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.64"
5.   displayName="Osservazioni fisiche"/>

```

## 4.3.2. Titolo della sezione: <title>

1765 Elemento **OBBLIGATORIO** che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, **DEVE** essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento <text>).

Esempio di utilizzo:

1. <title> Esame Obiettivo </title>

## 4.3.3. Blocco narrativo: <text>

1770 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 richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

1775 Esempio di utilizzo:

1. <text>  
2. <paragraph>  
3. Azione cardiaca ritmica normo frequente.  
4. Rumore respiratorio fisiologico su tutto l'ambito. Crepiti fissi alla base destra.  
5. Addome trattabile alla palpazione superficiale e profonda.  
6. Modesti edemi declivi.  
7. </paragraph>  
8. </text>

1785 **CONF-RAP-130:** Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione "Esame Obiettivo"

**CONF-RAP-131:** la sezione Esame Obiettivo **DEVE** avere un elemento <code> valorizzato con l'attributo *code* pari a "29545-1" e *codesystem* pari a "2.16.840.1.113883.6.1"

1790 **CONF-RAP-132:** la sezione Esame Obiettivo **DEVE** avere un elemento <title> valorizzato con "Esame Obiettivo"

**CONF-RAP-133:** la sezione Esame Obiettivo **DEVE** avere un elemento <text> contenente tutte le informazioni espresse in modo narrativo ("human-readable").

## 4.4. Sezione Referto

1795 Elemento **OBBLIGATORIO** atto a riportare al proprio interno una descrizione delle procedure effettuate durante la visita e delle valutazioni che hanno portato il medico ad una eventuale formulazione della diagnosi.

Si compone delle seguenti sottosezioni, con i relativi elementi:

- **Refertazione (OBBLIGATORIA)**
- **Prestazione (OBBLIGATORIA)**
  - **Prestazione amministrativa eseguita (OBBLIGATORIA):**
    - Codice e Descrizione della Prestazione (OBBLIGATORIO)
    - Data della Prestazione eseguita (OBBLIGATORIO)
  - **Procedura operativa eseguita (opzionale):**
    - Codice della Prestazione eseguita



- Codice e Descrizione della Procedura
- Quantità
- Modalità di Esecuzione della Procedura
- Strumentazione Utilizzata
- Parametri descrittivi della Procedura
- Note

## - Confronto con precedenti esami eseguiti (opzionale)

### 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 indicare che la section in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"47045-0"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.64).
displayName	ST	Referto	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

```
1. <code code="47045-0 "
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.64"
5.   displayName="Referto"/>
```

### 4.4.2. Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

```
1. <title> Referto </title>
```

### 4.4.3. Blocco narrativo: <text>

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



Esempio di utilizzo:

```
1. <text>
2.     <paragraph>
3.         [Questo paragrafo contiene una descrizione testuale del referto.]
4.     </paragraph>
5. </text>
```

**CONF-RAP-134:** Il documento **DEVE** contenere una ed una sola sezione "Referto"

**CONF-RAP-135:** la sezione Referto **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a **"47045-0"** e `codesystem` pari a **"2.16.840.1.113883.6.1"**

**CONF-RAP-136:** la sezione Referto **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con **"Referto"**

**CONF-RAP-137:** la sezione Referto **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo (*"human-readable"*).

## 4.4.4. Prestazioni

Elemento **OBBLIGATORIO** interno alla sezione "Referto" che consente di specificare le prestazioni eseguite.

4.4.4.1. 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 indicare che la `section` in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

Composizione di `<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	62387-6	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
displayName	ST	Interventi	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

```
1. <code code="62387-6"
2.     codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.     codeSystemName="LOINC"
4.     codeSystemVersion="2.64"
5.     displayName="Interventi"/>
```

1865 4.4.4.2. Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

```
1. <title> Prestazioni </title>
```

1870 4.4.4.3. 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 richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

Esempio di utilizzo:

```
1. <text>
2.   <caption>
3.     <p>Prestazioni Eseguite</p>
4.   </caption>
5.   <list>
6.     <item ID="Prestazione-1">
7.       <table border>
8.         <tr>
9.           <th colspan="2">Prestazione</th>
10.        </tr>
11.        <tr>
12.          <th>Codice Prestazione</th>
13.          <td>012311B</td>
14.        </tr>
15.        <tr>
16.          <th>Descrizione Prestazione eseguita</th>
17.          <td>ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA (in chirurgia ambulatoriale - BIC)</td>
18.        </tr>
19.        <tr>
20.          <th>Data Prestazione eseguita</th>
21.          <td>20160609070749+0000</td>
22.        </tr>
23.      </table>
24.    </item>
25.  </list>
26.  <caption>
27.    <p>Procedure Operative Eseguite</p>
28.  </caption>
29.  <list>
30.    <item ID="Procedure-1">
31.      <table border>
32.        <tr>
33.          <th colspan="2">Procedura</th>
34.        </tr>
35.        <tr>
36.          <th>Codice Prestazione Eseguita</th>
37.          <td>012311B</td>
38.        </tr>
39.        <tr>
40.          <th>Codice Procedura Operativa</th>
41.          <td></td>
42.        </tr>
43.      </table>
```

```

1920 44.         <th>Descrizione Procedura Operativa</th>
      45.         <td></td>
      46.     </tr>
      47.     <tr>
1925 48.         <th>Quantità</th>
      49.         <td></td>
      50.     </tr>
      51.     <tr>
      52.         <th>Modalità Esecuzione Procedura Operativa</th>
      53.         <td></td>
1930 54.     </tr>
      55.     <tr>
      56.         <th>Strumentazione Utilizzata</th>
      57.         <td></td>
      58.     </tr>
1935 59.     <tr>
      60.         <th>Parametri descrittivi della Procedura</th>
      61.         <td></td>
      62.     </tr>
      63.     <tr>
1940 64.         <th>Note</th>
      65.         <td></td>
      66.     </tr>
      67. </table>
      68. </item>
1945 69. </list>
      70. </text>

```

4.4.4.4. Dettaglio di sezione: <entry>

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

1950 4.4.4.4.1. Prestazioni Eseguite: <organizer>

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a riportare le prestazioni eseguite.

Come verrà successivamente indicato, la strutturazione delle Prestazioni eseguite potrà essere organizzata diversamente a seconda del caso che si vuole descrivere e del livello di dettaglio che si vuole raggiungere. È possibile delineare, quindi, tre casi:

1. Nel primo, più semplice e comune, si avranno una o più prestazioni (<act>) alle quali potranno essere associate direttamente delle informazioni di dettaglio (<act>/<entryRelationship>/<observation>);
- 1960 2. Nel secondo, utilizzabile nei casi in cui si ha la necessità di descrivere in maniera più precisa 1a/le prestazione/i eseguita/e (<act>), si avrà un ulteriore livello di dettaglio, rispetto al caso precedente, rappresentato dalle procedure operative eseguite (<act>/<entryRelationship>/<procedure>). In questo caso le informazioni di dettaglio potranno essere associate alle singole procedure (<procedure>/<entryRelationship>/<observation>);
- 1965 3. Nel terzo, e ultimo, caso, utilizzabile quando si ha una procedura comune a tutto il referto (es. procedura di sedazione), si avranno una o più prestazioni (<act>) e allo stesso livello di queste ultime (dentro l'elemento <organizer>) potrà essere inserita la procedura comune (<procedure>).

1970 L'attributo `<organizer>/@moodCode` **OBBLIGATORIO DEVE** assumere valore costante **"EVN"**; l'attributo `<organizer>/@classCode` **DEVE** assumere valore costante **"BATTERY"**.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		BATTERY	Battery

L'elemento `<organizer>` **DEVE** contenere un elemento `<code>` che specifica la tipologia dell'organizer e un elemento `<statusCode>/@code` che assume il valore costante **"completed"**.

1975 L'elemento `<organizer>` **DEVE** inoltre contenere una serie di elementi `<component>/<act>`, la cui struttura verrà spiegata nel paragrafo 4.4.4.1.1. PUÒ inoltre contenere uno o più elementi `<component>/<procedure>`, strutturati come gli elementi `<entryRelationship>/<procedure>` del paragrafo 4.4.4.1.1.1, utile a descrivere una procedura non associabile a una precisa prestazione ma all'intero referto (si veda esempio presente nel paragrafo Esempio Sezione Referto - Ortopedia).

Composizione di `<organizer>/<code>` (**OBBLIGATORIO**):

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"29300-1"	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. 2.64).
displayName	ST	Procedure	Nome della section.

Esempio di Utilizzo:

```

1985 1. <entry>
      2.   <organizer moodCode="EVN" classCode="BATTERY">
      3.     <code code="29300-1" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      4.       codeSystemName="LOINC" displayName="Procedure"/>
      5.     <statusCode code="completed"/>
1990 6.     <component>
      7.       <act moodCode="EVN" classCode="ACT">
      8.         ...
      9.       </act>
10.     </component>
1995 11.   </organizer>
      12. </entry>

```

## 4.4.4.4.1.1. Prestazione Eseguita: <component>/<act>

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere la prestazione eseguita.

L'attributo <act>/@moodCode **OBBLIGATORIO DEVE** assumere valore costante “EVN”;  
l'attributo <act>/@classCode **DEVE** assumere valore costante “ACT”.

### 2000 Composizione di <observation>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		ACT	Act

L'elemento <act> **DEVE** contenere un elemento <code> che definisce la prestazione eseguita ed un elemento <effectiveTime> che definisce la data della prestazione eseguita.

### 2005 L'elemento <act> PUÒ contenere uno o più elementi <entryRelationship>/<procedure> utile a descrivere le procedure eseguite associabili alla specifica prestazione.

L'elemento <act> PUÒ, inoltre, contenere un elemento <repeatNumber> utile a descrivere la quantità in caso di prestazioni ripetute.

### Composizione di <act>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	[CODICE_PRESTAZIONE]	Codice della prestazione.
codeSystem	OID	[OID_SISTEMA_CODIFICA]	OID del Sistema di codifica.
codeSystemName	ST	[NOME_SISTEMA_CODIFICA]	Descrizione del sistema di codifica.
displayName	ST	[DESCRIZIONE_PRESTAZIONE]	Descrizione della prestazione.

### 2010 Per la codifica possono essere utilizzati il sistema di Nomenclatura Ministeriale e/o Regionale. L'elemento <code> PUO' contenere un elemento <translation> per riportare una ulteriore codifica della prestazione. Gli attributi da valorizzare sono gli stessi dell'elemento <code> riportato in precedenza.

### Composizione di <act>/<effectiveTime>/@value (**OBBLIGATORIO**):

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

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).

- 2015 L'elemento <act> PUÒ inoltre contenere al suo interno uno o più elementi <entryRelationship>, utilizzabili per andare a caratterizzare la prestazione in tutte quelle situazioni in cui prestazione e procedura coincidono, ovvero non sono presenti particolari procedure associate alla prestazione stessa (si veda esempio presente nel paragrafo Esempio Sezione Referto - Ortopedia5.1). Il contenuto e la struttura di questi elementi verrà trattata nel paragrafo 4.4.4.4.1.2.
- 2020

L'elemento <act>/<repeatNumber> rappresenta un'estensione del CDA R2 proposta, internamente al presente documento, per gestire l'informazione relativa alla quantità di una prestazione.

**Act**

```

classCode*: <= x_ActClassDocumentEntryAct
moodCode*: <= x_DocumentActMood
id: SET<II> [0..*]
code*: CD CWE [1..1] <= ActCode
negationInd: BL [0..1]
text: ED [0..1]
statusCode: CS CNE [0..1] <= ActStatus
effectiveTime: IVL<TS> [0..1]
priorityCode: CE CWE [0..1] <= ActPriority
repeatNumber: IVL<INT> [0..1]
languageCode: CS CNE [0..1] <= HumanLanguage

```

2025

**Figura 2: Estensione classe Act**

Esempio di utilizzo:

```

1. <component>
2.   <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
3.     <code code="2311B"
4.       codeSystem="[OID_SISTEMA_CODIFICA]"
5.       codeSystemName="[NOME_SISTEMA_CODIFICA]"
6.       displayName="ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA
7.         (in chirurgia ambulatoriale - BIC)">
8.       <originalText>
9.         <reference value="#Prestazione - 1"/>
10.      </originalText>
11.    </code>
12.    <effectiveTime value="20160609070749+0000"/>
13.    <repeatNumber value="3"/>
14.    <entryRelationship typeCode="COMP">
15.      ...
16.    </entryRelationship>
17.  </act>
18. </component>

```

4.4.4.4.1.1.1. Procedura Operativa Eseguita:  
 <entryRelationship>/<procedure>

Elemento OPZIONALE atto a descrivere la procedura operativa eseguita. Qualche esempio è riportato al paragrafo 1.

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

Composizione di <procedure>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		PROC	Procedure

L'elemento <procedure> PUÒ contenere un elemento <code> che definisce la procedura operativa effettuata ed un elemento <effectiveTime> che definisce la data della procedura eseguita. PUÒ contenere un elemento <repeatNumber> utile a descrivere la quantità in caso di procedure ripetute.

L'elemento <procedure> PUÒ inoltre contenere una serie di <entryRelationship>, di cui verrà definito il contenuto e la struttura nei paragrafi successivi. In caso non venga definito un codice della procedura l'elemento **DEVE** contenere la Descrizione di quest'ultima all'interno dell'elemento <text>.

Composizione di <procedure>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	[CODICE_PROCEDURA]	Codice della procedura.
codeSystem	OID	[OID_CODIFICA_LOCALE]	OID del Sistema di codifica. Specifico per ambito.
codeSystemName	ST	[NOME CODIFICA LOCALE]	Descrizione del sistema di codifica.
displayName	ST	[DESCRIZIONE_PROCEDURA]	Descrizione della procedura.

Composizione di <procedure>/<effectiveTime>/@value:

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).

L'elemento <procedure>/<repeatNumber> rappresenta un'estensione del CDA R2 proposta, internamente al presente documento, per gestire l'informazione relativa alla quantità di una prestazione.

```

Procedure
classCode*: <= PROC
moodCode*: <= x_DocumentProcedureMood
id: SET<II> [0..*]
code: CD CWE [0..1]
negationInd: BL [0..1]
text: ED [0..1]
statusCode: CS CNE [0..1] <= ActStatus
effectiveTime: IVL<TS> [0..1]
priorityCode: CE CWE [0..1] <= ActPriority
repeatNumber: IVL<INT> [0..1]
languageCode: CS CNE [0..1] <= HumanLanguage
methodCode: SET<CE> CWE [0..*]
approachSiteCode: SET<CD> CWE [0..*]
targetSiteCode: SET<CD> CWE [0..*]

```

**Figura 3: Estensione classe Procedure**



Esempio di utilizzo:

```

1. <entryRelationship>
2.     <procedure classCode="PROC" moodCode="EVN">
3.         <code code="23.11"
4.             codeSystem="[OID_CODIFICA_LOCALE]"
5.             codeSystemName="[NOME CODIFICA LOCALE]"
6.             displayName="ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA
7.                 (in chirurgia ambulatoriale - BIC)">
8.         <originalText>
9.             <reference value="#Procedura - 1"/>
10.        </originalText>
11.    </code>
12.    <text/>
13.    <effectiveTime value="20160609070749+0000"/>
14.    <repeatNumber value="3"/>
15.    <entryRelationship typeCode="COMP">
16.        ...
17.    </entryRelationship>
18. </procedure>
19. </entryRelationship>

```

#### 4.4.4.4.1.2. <entryRelationship> utilizzabili

Nei paragrafi seguenti vengono descritte il contenuto e la struttura delle observation utilizzabili per la caratterizzazione delle prestazioni e delle procedure eseguite.

4.4.4.4.1.2.1. Modalità Esecuzione Procedura operativa:  
<entryRelationship>/<observation>

Elemento OPZIONALE, che specifica la modalità di esecuzione della procedura.

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		OBS	Observation

L'elemento <observation> **DEVE** contenere un elemento <code> che specifica la tipologia della observation ed un elemento <value> (xsi:type="ST") il quale specifica la modalità di esecuzione della procedura.

Composizione di <observation>/<code> (**OBBLIGATORIO**):

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	29554-3	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
displayName	ST	Procedura	Descrizione della observation.

Esempio di utilizzo:

```

1. <entryRelationship>
2.     <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
3.         <code code="29554-3"
4.             codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
5.             codeSystemName="LOINC"
6.             displayName="Procedura"/>
7.         <value xsi:type="ST"> [Descrizione Modalità] </value>
8.     </observation>
9. </entryRelationship>

```

4.4.4.4.1.2.2. Strumentazione Utilizzata: <entryRelationship>/<observation>

Elemento OPZIONALE, che specifica la strumentazione utilizzata.

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		OBS	Observation

L'elemento <observation> **DEVE** contenere un elemento <code> che specifica la tipologia della observation ed un elemento <value>, di tipo (xsi:type) "CD" o "ST" in funzione che si voglia codificare o meno il dato, il quale specifica la strumentazione utilizzata.

Composizione di <observation>/<code> (**OBBLIGATORIO**):

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	82215-5	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
displayName	ST	Elenco prodotti o strumentazione medica	Descrizione della observation.

Composizione di <observation>/<value>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[CODICE_STRUMENTAZIONE]	Codice della strumentazione.
codeSystem	OID	[OID_SISTEMA_CODIFICA]	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	[NOME_SISTEMA_CODIFICA]	Nome del vocabolario utilizzato.
displayName	ST	[DESCRIZIONE_STRUMENTAZIONE]	Descrizione della strumentazione.

Esempio di utilizzo:

2125

```

1. <entryRelationship typeCode="COMP">
2.   <observation moodCode="EVN" classCode="OBS">
3.     <code code="82215-5" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
4.       codeSystemName="LOINC"
5.       displayName="Elenco prodotti o strumentazione medica"/>
6.     <value xsi:type="CD" code="[CODICE_STRUMENTAZIONE]"
7.       codeSystem="[OID_SISTEMA_CODIFICA]"
8.       codeSystemName="[NOME_SISTEMA_CODIFICA]"
9.       displayName="[DESCRIZIONE_STRUMENTAZIONE]"/>
10.   </observation>
11. </entryRelationship>

```

2130

2135 4.4.4.1.2.3. Parametri Descrittivi della Procedura:  
<entryRelationship>/<observation>

Elemento OPZIONALE, che specifica i parametri descrittivi della procedura.

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		OBS	Observation

L'elemento <observation> **DEVE** contenere un elemento <code> che specifica la tipologia della observation ed un elemento <value>, di tipo (xsi:type) "ST" o "CD" in funzione che si voglia codificare o meno il dato, il quale specifica i parametri descrittivi della procedura.

2145 Composizione di <observation>/<code> (**OBBLIGATORIO**):

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	[CODICE_PARAMETRI_PROCEDURA]	Codice del parametro.
codeSystem	OID	[OID_CODIFICA_LOCALE]	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	[NOME CODIFICA LOCALE]	Nome del vocabolario utilizzato.
displayName	ST	[DESCRIZIONE_PARAMETRI_PROCEDURA]	Descrizione del parametro.

Composizione di <observation>/<value>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[CODICE_PARAMETRI_PROCEDURA]	Codice tipologia del campione.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
codeSystem	OID	[OID_SISTEMA_CODIFICA]	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	[NOME_SISTEMA_CODIFICA]	Nome del vocabolario utilizzato.
displayName	ST	[DESCRIZIONE_PARAMETRI_PROCEDURA]	Descrizione tipologia del campione.

Esempio di utilizzo:

```

1. <entryRelationship typeCode="COMP">
2.   <observation moodCode="EVN" classCode="OBS">
3.     <code code="[CODICE_PARAMETRI_PROCEDURA]"
4.       codeSystem="[OID_CODIFICA_LOCALE]"
5.       codeSystemName="[NOME_CODIFICA_LOCALE]"
6.       displayName="[DESCRIZIONE_PARAMETRI_PROCEDURA]"/>
7.     <value xsi:type="CD" code="[CODICE_PARAMETRI_PROCEDURA]"
8.       codeSystem="[OID_SISTEMA_CODIFICA]"
9.       codeSystemName="[NOME_SISTEMA_CODIFICA]"
10.      displayName="[DESCRIZIONE_PARAMETRI_PROCEDURA]"/>
11.   </observation>
12. </entryRelationship>

```

4.4.4.4.1.2.4. Note: <entryRelationship>/<observation>

Elemento OPZIONALE, che specifica le eventuali Note.

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		OBS	Observation

L'elemento <observation> **DEVE** contenere un elemento <code> che specifica la tipologia della observation ed un elemento <value> (xsi:type="ST") il quale specifica le eventuali Note.

Composizione di <observation>/<code> (**OBBLIGATORIO**):

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	48767-8	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
displayName	ST	Annotazioni e commenti	Descrizione della observation.

Esempio di utilizzo:

```

2170 1. <entryRelationship>
2.     <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
3.         <code code="48767-8"
4.             codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
5.             codeSystemName="LOINC"
2175 6.             displayName="Annotazioni e commenti"/>
7.         <value xsi:type="ST"> [Descrizione Modalità] </value>
8.     </observation>
9. </entryRelationship>

```

2180 **CONF-RAP-138:** la sezione Referto **DEVE** contenere una ed una sola sotto-sezione "Prestazioni"

**CONF-RAP-139:** la sezione Prestazioni **DEVE** avere un elemento <code> valorizzato con l'attributo code pari a "62387-6" e codesystem pari a "2.16.840.1.113883.6.1"

**CONF-RAP-140:** la sezione Prestazioni **DEVE** avere un elemento <title> valorizzato con "Prestazioni"

2185 **CONF-RAP-141:** la sezione Prestazioni **DEVE** avere un elemento <text> contenente tutte le informazioni espresse in modo narrativo ("human-readable").

**CONF-RAP-142:** la sezione Prestazioni **DEVE** avere un elemento <entry>/<organizer>.

2190 **CONF-RAP-143:** l'elemento <organizer> **DEVE** avere un elemento <code> valorizzato con l'attributo code pari a "29300-1" e codesystem pari a "2.16.840.1.113883.6.1"

**CONF-RAP-144:** l'elemento <organizer> **DEVE** avere uno o più elementi <component>/<act>;

2195 a. l'elemento <act> **DEVE** contenere un elemento <code> che definisce la prestazione eseguita ed un elemento <effectiveTime> che definisce la data nella quale la prestazione è stata eseguita;

b. l'elemento <act> PUÒ contenere uno o più elementi <entryRelationship>/<procedure> utili a descrivere le procedure eseguite associabili alla specifica prestazione;

2200 • l'elemento <procedure> PUÒ contenere un elemento <code> che definisce la procedura operativa effettuata ed un elemento <effectiveTime> che definisce la data della procedura eseguita;

2205 • l'elemento <procedure> PUÒ contenere al uso interno uno o più elementi <entryRelationship>/<observation>.

c. l'elemento <act> PUÒ contenere al uso interno uno o più elementi <entryRelationship>/<observation>.

**CONF-RAP-145:** l'elemento `<organizer>` PUÒ contenere uno o più elementi `<component>/<procedure>` utili a descrivere le procedure eseguite comuni a tutto il referto;

a. l'elemento `<procedure>` PUÒ contenere un elemento `<code>` che definisce la procedura operativa effettuata ed un elemento `<effectiveTime>` che definisce la data della procedura eseguita;

b. l'elemento `<procedure>` PUÒ contenere al uso interno uno o più elementi `<entryRelationship>/<observation>`.

## 4.4.5. Sezione Confronto con Precedenti Esami Eseguiti

Elemento OPZIONALE atto a raccogliere tutte le informazioni riguardanti i Precedenti Esami Eseguiti. Permette, inoltre, di riportare un confronto tra quanto emerso nel corso di precedenti esami eseguiti e quanto rilevato nel corso della/e procedura/e oggetto del referto.

4.4.5.1. 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.

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 (ad es. 2.64).
displayName	ST	Test diagnostici rilevanti &o dati di laboratorio	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

```

1. <code code="30954-2"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.64"
5.   displayName="Test diagnostici rilevanti &o dati di laboratorio"/>

```

4.4.5.2. Titolo della sezione: `<title>`

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

Esempio di utilizzo:

1. **<title>** Confronto con Precedenti Esami Eseguiti **</title>**

4.4.5.3. Blocco narrativo: **<text>**

2240 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 richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

2245 Esempio di utilizzo:

1. **<text>**  
2. **<paragraph>**  
3. [Descrizione del confronto con precedenti esami eseguiti].  
4. **</paragraph>**  
5. **</text>**

2250

**CONF-RAP-146:** la sezione Referto **PUÒ** contenere una ed una sola sotto-sezione "Confronto con Precedenti Esami Eseguiti"

**CONF-RAP-147:** la sezione Confronto con Precedenti Esami Eseguiti **DEVE** avere un elemento **<code>** valorizzato con l'attributo *code* pari a "0954-2" e *codesystem* pari a "2.16.840.1.113883.6.1"

2255

**CONF-RAP-148:** la sezione Confronto con Precedenti Esami Eseguiti **DEVE** avere un elemento **<title>** valorizzato con "**Confronto con Precedenti Esami Eseguiti**"

**CONF-RAP-149:** la sezione Confronto con Precedenti Esami Eseguiti **DEVE** avere un elemento **<text>** contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("human-readable").

2260

## 4.5. Sezione Commenti e Conclusioni

Elemento OPZIONALE atto a riportare informazioni relative alla Diagnosi, alle Conclusioni, alla Terapia Farmacologica consigliata o altri accertamenti/controlli consigliati.

2265 **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.

2270 Composizione di **<code>**:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"86468-6"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.64).
displayName	ST	Report comment section	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

```

1. <code code="86468-6"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.64"
5.   displayName="Report comment section"/>

```

## 4.5.2. Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

```

1. <title> Commenti e Conclusioni </title>

```

**CONF-RAP-150:** Il documento **DEVE** contenere una ed una sola sezione "Commenti e Conclusioni"

**CONF-RAP-151:** la sezione Commenti e Conclusioni **DEVE** avere un elemento <code> valorizzato con l'attributo *code* pari a "**86468-6**" e *codesystem* pari a "**2.16.840.1.113883.6.1**"

**CONF-RAP-152:** la sezione Commenti e Conclusioni **DEVE** avere un elemento <title> valorizzato con "**Commenti e Conclusioni**"

## 4.5.3. Sezione Diagnosi

Elemento **OPZIONALE**, interno alla sezione "Commenti e Conclusioni", atto a fornire una diagnosi conclusiva dedotta dall'esame di Specialistica Ambulatoriale.

4.5.3.1. Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"29548-5"	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. 2.64).



Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
displayName	ST	Diagnosi	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

2300

```

1. <code code="29548-5"
2.     codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.     codeSystemName="LOINC"
4.     codeSystemVersion="2.64"
5.     displayName="Diagnosi"/>

```

4.5.3.2. Titolo della sezione: <title>

2305 Elemento **OBBLIGATORIO** che rappresenta il titolo della sezione. Se presente, **DEVE** essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento <text>).

Esempio di utilizzo:

1. <title> Diagnosi </title>

4.5.3.3. Blocco narrativo: <text>

2310 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 richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

2315 Esempio di utilizzo:

```

1. <text>
2.     <paragraph>
3.         [Questo paragrafo contiene una descrizione testuale della Diagnosi.]
4.     </paragraph>
5. </text>

```

2320

Esempio di utilizzo (parte testuale strutturata):

```

1. <text>
2.     <list>
3.         <item>
4.             <content ID="DIAG1">[Diagnosi1]</content>
5.         </item>
6.     </list>
7. </text>

```

2325

4.5.3.4. Dettaglio di sezione: <entry>

2330 Elemento **OPZIONALE** che consente di rappresentare in modo strutturato le informazioni di dettaglio riferite nel blocco narrativo.

4.5.3.4.1. <observation>

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere la diagnosi conclusiva dedotta dall'esame di Specialistica Ambulatoriale.

2335 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

2340 L'elemento <observation> **DEVE** contenere un elemento <code> che specifica la tipologia dell'osservazione ed un elemento <value> ( *xsi:type="CD"*) che specifica sulla base di un particolare vocabolario predefinito, ICD9-CM, la diagnosi.

Composizione di <observation>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	29308-4	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
displayName	ST	Diagnosi	Descrizione LOINC

Composizione di <observation>/<value>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[CODICE_DIAGNOSI]	Codice della diagnosi.
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.2	OID del sistema di codifica ICD9-CM
codeSystemName	ST	" ICD9-CM "	Descrizione del sistema di codifica.
displayName	ST	[DESCRIZIONE_DIAGNOSI]	Descrizione della diagnosi.

2345 L'elemento <value> PUO' contenere un elemento <translation> per riportare una ulteriore codifica della diagnosi.

Esempio di utilizzo:

```

1. <entry>
2.   <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
3.     <code code="29308-4"
4.       codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
5.       displayName="Diagnosi"/>
6.     <value code="[CODICE_DIAGNOSI]"
7.       codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2" codeSystemName="ICD9-CM"
8.       displayName="[DESCRIZIONE_DIAGNOSI]"/>
9.   </observation>
10. </entry>

```

**CONF-RAP-153:** la sezione Commenti e Conclusioni **DEVE** contenere una ed una sola sotto-sezione "Diagnosi"

**CONF-RAP-154:** la sezione Diagnosi **DEVE** avere un elemento <code> valorizzato con l'attributo code pari a "29548-5" e codesystem pari a "2.16.840.1.113883.6.1"

**CONF-RAP-155:** la sezione Diagnosi **DEVE** avere un elemento <title> valorizzato con "Diagnosi "

**CONF-RAP-156:** la sezione Diagnosi **DEVE** avere un elemento <text> contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("human-readable").

**CONF-RAP-157:** la sezione Diagnosi **DEVE** avere uno o più elementi <entry>/<observation> il quale **DEVE** a sua volta contenere un elemento <code> valorizzato con l'attributo code pari a "29308-4" e codesystem pari a "2.16.840.1.113883.6.1" e un elemento <value> contenente il codice della diagnosi secondo la classificazione ICD9-CM.

## 4.5.4. Sezione Conclusioni

Elemento OPZIONALE, interno alla sezione "Commenti e Conclusioni", atto a riportare informazioni relative alle Conclusioni.

4.5.4.1. Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento **OBLIGATORIO** 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	"55110-1"	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. 2.64).
displayName	ST	Conclusioni	Nome della section.

2380 Esempio di utilizzo:

```
1. <code code="55110-1"
2.     codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.     codeSystemName="LOINC"
4.     codeSystemVersion="2.64"
5.     displayName="Conclusioni"/>
```

2385

4.5.4.2. Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

2390

```
1. <title> Conclusioni </title>
```

4.5.4.3. 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 richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

2395

Esempio di utilizzo:

```
1. <text>
2.     <paragraph>
3.         [Questo paragrafo contiene una descrizione testuale delle conclusioni]
4.     </paragraph>
5. </text>
```

2400

**CONF-RAP-158:** la sezione Commenti e Conclusioni **DEVE** contenere una ed una sola sotto-sezione "Conclusioni"

2405

**CONF-RAP-159:** la sezione Conclusioni **DEVE** avere un elemento <code> valorizzato con l'attributo *code* pari a "55110-1" e *codesystem* pari a "2.16.840.1.113883.6.1"

**CONF-RAP-160:** la sezione Conclusioni **DEVE** avere un elemento <title> valorizzato con "Conclusioni"

2410

**CONF-RAP-161:** la sezione Conclusioni **DEVE** avere un elemento <text> contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("human-readable").

## 4.5.5. Sezione Suggerimenti per il Prescrittore

Elemento **OPZIONALE**, interno alla sezione "Commenti e Conclusioni", atto a riportare informazioni relative ai Suggerimenti per il Medico Prescrittore.

2415

4.5.5.1. 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.

## 2420 Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"86467-8"	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. 2.6419).
displayName	ST	Report comment	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

2425

```

1. <code code="86467-8"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.6419"
5.   displayName="Report Comment"/>

```

4.5.5.2. Titolo della sezione: <title>

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

## 2430 Esempio di utilizzo:

1. <title> Suggerimenti per il Medico Prescrittore </title>

4.5.5.3. Blocco narrativo: <text>

2435 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 richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

Esempio di utilizzo:

2440

```

1. <text>
2.   <paragraph>
3.     [Questo paragrafo contiene una descrizione testuale dei suggerimenti
4.     per il medico prescrittore]
5.   </paragraph>
6. </text>

```

- 2445 **CONF-RAP-162:** la sezione Commenti e Conclusioni **DEVE** contenere una ed una sola sotto-sezione “Suggerimenti per il Medico Prescrittore”
- CONF-RAP-163:** la sezione Suggerimenti per il Medico Prescrittore **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a “**86467-8**” e `codesystem` pari a “**2.16.840.1.113883.6.1**”
- 2450 **CONF-RAP-164:** la sezione Suggerimenti per il Medico Prescrittore **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con “**Suggerimenti per il Medico Prescrittore**”
- CONF-RAP-165:** la sezione Suggerimenti per il Medico Prescrittore **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo (“human-readable”).

## 2455 4.5.6. Sezione Accertamenti e Controlli Consigliati

Elemento OPZIONALE, interno alla sezione “Commenti e Conclusioni”, che riporta eventuali Accertamenti e Controlli Consigliati.

4.5.6.1. Identificativo della tipologia della sezione: `<code>`

- 2460 Elemento **OBLIGATORIO** 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	“62385-0”	Codice LOINC.
codeSystem	OID	“2.16.840.1.113883.6.1”	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	“LOINC”	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.64).
displayName	ST	Raccomandazioni	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

- 2465
1. `<code code=“62385-0”`
  2. `codeSystem=“2.16.840.1.113883.6.1”`
  3. `codeSystemName=“LOINC”`
  4. `codeSystemVersion=“2.64”`
  5. `displayName=“Raccomandazioni”/>`

2470 4.5.6.2. Titolo della sezione: `<title>`

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

Esempio di utilizzo:

```
1. <title> Accertamenti e Controlli Consigliati </title>
```

2475 4.5.6.3. Blocco narrativo: `<text>`

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

Esempio di utilizzo:

```
1. <text>
2.   <paragraph>
3.     [Questo paragrafo contiene una descrizione testuale degli Accertamenti e
4.     Controlli Consigliati.]
5.   </paragraph>
6. </text>
```

Esempio di utilizzo (parte testuale strutturata):

```
1. <text>
2.   <item>
3.     <content ID="AC-1"> [Questo paragrafo contiene una descrizione codificata
4.     degli Accertamenti e Controlli consigliati] </content>
5.   </item>
6. </text>
```

2495 4.5.6.4. Dettaglio di sezione: `<entry>`

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

4.5.6.4.1. `<observation>`

2500 Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere gli eventuali Accertamenti e Controlli consigliati

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

- 2505 L'elemento `<observation>` **DEVE** contenere un elemento `<code>` che specifica la tipologia dell'osservazione ed un elemento `<value>` (`xsi:type="CD"`) che specifica, sulla base di un particolare vocabolario gli Accertamenti e Controlli consigliati.

Composizione di `<observation>/<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"62366-0"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
displayName	ST	Follow-up consigliato	Descrizione LOINC

Composizione di `<observation>/<value>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[CODICE _ACCERTAMENTI]	Codice degli accertamenti.
codeSystem	OID	[OID_NOMENCLATORE]	OID del Sistema di codifica.
codeSystemName	ST	[NOME_SISTEMA_CODIFICA]	Descrizione del sistema di codifica.
displayName	ST	[DESCRIZIONE_ACCERTAMENTI]	Descrizione degli accertamenti.

- 2510 L'elemento `<value>` PUO' contenere un elemento `<translation>` per riportare una ulteriore codifica della diagnosi.

Esempio di utilizzo:

```

1. <entry>
2.   <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
3.     <code code="62366-0"
4.       codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
5.       displayName=" Follow-up consigliato"/>
6.     <value code="[CODICE _ACCERTAMENTI]"
7.       codeSystem="[OID_NOMENCLATORE]" codeSystemName="[NOME_SISTEMA_CODIFICA]"
8.       displayName="[DESCRIZIONE_ACCERTAMENTI]"/>
9.   </observation>
10. </entry>

```



**CONF-RAP-166:** la sezione Commenti e Conclusioni **DEVE** contenere una ed una sola sotto-sezione "Accertamenti e Controlli Consigliati"

**CONF-RAP-167:** la sezione Accertamenti e Controlli Consigliati **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a "62385-0" e `codesystem` pari a "2.16.840.1.113883.6.1"

**CONF-RAP-168:** la sezione Accertamenti e Controlli Consigliati **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con "Accertamenti e Controlli Consigliati"

**CONF-RAP-169:** la sezione Accertamenti e Controlli Consigliati **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("human-readable").

**CONF-RAP-170:** la sezione Accertamenti e Controlli Consigliati **DEVE** avere uno o più elementi `<entry>/<observation>` il quale **DEVE** a sua volta contenere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a "62366-0" e `codesystem` pari a "2.16.840.1.113883.6.1" e un elemento `<value>` contenente il codice degli accertamenti o dei controlli consigliati.

## 4.5.7. Sezione Terapia Farmacologia Consigliata

Elemento OPZIONALE interno alla sezione "Commenti e Conclusioni" che consente di rappresentare le informazioni di dettaglio riferite nel blocco narrativo.

Permette di descrivere l'eventuale terapia consigliata al paziente successivamente alla visita Specialistica.

4.5.7.1. Identificativo della tipologia della sezione: `<code>`

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

Composizione di `<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"83010-9"	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. 2.64).
displayName	ST	Suggerimento sull'uso di farmaci	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

2550

```

1. <code code="83010-9"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.64"
5.   displayName="Suggerimento sull'uso di farmaci"/>

```

2555 4.5.7.2. Titolo della sezione: <title>

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

Esempio di utilizzo:

2560

```

1. <title> Terapia farmacologica consigliata </title>
4.5.7.3. 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 richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

2565

Esempio di utilizzo (parte testuale non strutturata– Testo Libero):

2570

```

1. <text>
2.   <paragraph>
3.     Lasix 25 mg 2 cpr ore 8
4.   </paragraph>
5. </text>

```

Esempio di utilizzo (parte testuale strutturata):

2575

```

1. <text>
2.   <item>
3.     <content ID="TFc-1"> 023993013 - LASIX*25MG 30 CPR </content>
4.   </item>
5. </text>

```

4.5.7.4. Dettaglio di sezione: <entry>

2580 Elemento **OPZIONALE** che consente di rappresentare in modo strutturato le informazioni di dettaglio riferite nel blocco narrativo.

4.5.7.4.1. <substanceAdministration>

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere la terapia farmacologica consigliata a seguito della visita Specialistica. Viene associato alla entry di cui sopra, e ripetuto per ogni elemento distintivo.

2585 L'attributo <substanceAdministration>/@moodCode **OBLIGATORIO DEVE** assumere valore costante "**PRP**"; l'attributo <substanceAdministration>/@classCode **DEVE** assumere valore costante "**SBADM**".

Composizione di <substanceAdministration>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		PRP	proposal
classCode		SBADM	SubstanceAdministration

L'elemento `<substanceAdministration>` **DEVE** contenere un elemento `<consumable>/<manufacturedProduct>` che definisce il tipo di terapia consigliata, attraverso la codifica ATC, AIC e/o dei Gruppi di Equivalenza (GE) secondo la codifica AIFA.

Se presenti più codici (Es. ATC e AIC, o AIC e GE), nel `<manufacturedProduct>/<code>` **DEVE** essere riportato il codice del prodotto prescritto, mentre nell'elemento `<translation>` PUÒ essere riportata una codifica alternativa.

Composizione di  
`<substanceAdministration>/<consumable>/<manufacturedProduct>/<manufacturedMaterial>/<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	[CODICE_FARMACO]	Codice ATC, AIC o GE associato al Farmaco
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.73" "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5" "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.51"	OID del Sistema di codifica ATC, AIC o GE
codeSystemName	ST	"WHO ATC" "Tabella farmaci AIC" "Gruppi di Equivalenza"	Descrizione del sistema di codifica ATC, AIC o GE.
displayName	ST	[DESCRIZIONE_FARMACO]	descrizione del codice in oggetto

Esempio di utilizzo:

```

1. <entry>
2.   <substanceAdministration>
3.     <consumable>
4.       <manufacturedProduct>
5.         <manufacturedMaterial>
6.           <code code="C03CA01"
7.             codeSystem="2.16.840.1.113883.6.73"
8.             codeSystemName="WHO ATC"
9.             displayName="FUROSEMIDE"/>
10.        </manufacturedMaterial>
11.      </manufacturedProduct>
12.    </consumable>
13.  </substanceAdministration>
14. </entry>

```

- 2615 **CONF-RAP-171:** la sezione Commenti e Conclusioni **PUÒ** contenere una ed una sola sottosezione "Terapia Farmacologia Consigliata"
- CONF-RAP-172:** la sezione Terapia Farmacologia Consigliata **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo *code* pari a "83010-9" e *codesystem* pari a "2.16.840.1.113883.6.1"
- 2620 **CONF-RAP-173:** la sezione Terapia Farmacologia Consigliata **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con "Terapia Farmacologia Consigliata"
- CONF-RAP-174:** la sezione Terapia Farmacologia Consigliata **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("human-readable").
- 2625 **CONF-RAP-175:** la sezione Terapia Farmacologia Consigliata **PUÒ** avere uno o più elementi `<entry>/<substanceAdministration>`.
- CONF-RAP-176:** Ogni elemento `<substanceAdministration>` **DEVE** avere un elemento `<consumable>/<manufacturedProduct>/>/<manufacturedMaterial>` che definisce il tipo di terapia Consigliata, attraverso la codifica ATC, AIC e/o dei Gruppi di Equivalenza (GE) secondo la codifica AIFA.
- 2630 **CONF-RAP-177:** Ogni elemento `<manufacturedMaterial>` **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato come segue:
- a. *code* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere uno dei valori previsti nel catalogo nazionale di codifica ATC, AIC o GE;
  - 2635 b. *codeSystem* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo UID (Unique Identifier String) rappresenta l'OID del sistema di codifica ATC, AIC o GE e **DEVE** assumere uno dei valori costanti "2.16.840.1.113883.6.73" o "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5" o "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.51"
  - 2640 c. *codeSystemName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String), se presente, **DEVE** assumere uno dei valori costanti "WHO ATC" o "Tabella farmaci AIC" o "Gruppi di Equivalenza";
  - d. *codeSystemVersion* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) rappresenta la versione del vocabolario.
  - 2645 e. *displayName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) assume il valore della descrizione del codice ATC, AIC o GE in oggetto.
- CONF-RAP-178:** Inoltre, `<manufacturedMaterial>/<code>` **PUÒ** gestire la componente `<translation>` le cui componenti **POSSONO** essere valorizzate come l'elemento `<code>` riportando una codifica alternativa.

## 2650 5. Esempi XML

Nel presente capitolo verranno riportati alcuni esempi a supporto della compilazione del documento.

### 5.1. Esempio Sezione Referto - Ortopedia

2655 Nell'esempio seguente viene illustrato il caso in cui a fronte di una prestazione amministrativa (visita ortopedica) non sono presenti particolari procedure associate.

<b>Prestazione eseguita</b>	Codice prestazione eseguita	89.01.G
	Descrizione prestazione eseguita	<b>Visita Ortopedica di Controllo</b>
	Data prestazione eseguita	09/06/2016

```

2660 1. <component>
2.     <section>
3.         <code code="62387-6 "
4.             codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
5.             codeSystemName="LOINC"
6.             displayName="Interventi"/>
2665 7.         <title>Prestazione</title>
8.         <text>
9.             ...
10.        </text>
11.        <entry>
2670 12.            <organizer moodCode="EVN" classCode="BATTERY">
13.                <code code="29300-1" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
14.                    codeSystemName="LOINC"
15.                    displayName="Procedure"/>
16.                <statusCode code="completed"/>
2675 17.                <component>
18.                    <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
19.                        <code code="89.01.G"
20.                            codeSystem="[OID_SISTEMA_CODIFICA]"
21.                            codeSystemName="[NOME_SISTEMA_CODIFICA]"
22.                            displayName="Visita Ortopedica di Controllo">
2680 23.                            <originalText>
24.                                <reference value="#Prestazione - 1"/>
25.                            </originalText>
26.                        </code>
27.                        <effectiveTime value="20160609070749+0000"/>
2685 28.                        <entryRelationship>
29.                            ...
30.                        </entryRelationship>
31.                    </act>
32.                </component>
2690 33.            </organizer>
34.        </entry>
35.    </section>
36. </component>

```

## 5.2. Esempio Sezione Referto - Cardiologia

2695 Nell'esempio seguente viene illustrato il caso in cui a fronte di una sola prestazione amministrativa (Scintigrafia miocardica da sforzo) corrispondano a livello clinico cinque differenti procedure operative (iniezione isotopo radioattivo a riposo, analisi esame scintigrafico, esecuzione test da sforzo, iniezione isotopo radioattivo all'apice dello sforzo, analisi esame scintigrafico).

<b>Prestazione eseguita</b>	Codice prestazione eseguita	92.05.1
	Descrizione prestazione eseguita	<b>Scintigrafia miocardica da sforzo</b>
	Data prestazione eseguita	09/06/2016
<b>Procedura operativa eseguita</b>	Codice procedura operativa	92.28
	Descrizione procedura operativa	<b>Iniezione isotopo radioattivo a riposo</b>
	Descrizione procedura operativa	<b>Analisi esame scintigrafico (analisi captazione isotopo radioattivo)</b>
	Descrizione procedura operativa	<b>Esecuzione test da sforzo</b>
	Codice procedura operativa	92.28
	Descrizione procedura operativa	<b>Iniezione isotopo radioattivo all'apice dello sforzo</b>
	Descrizione procedura operativa	<b>Analisi esame scintigrafico (analisi captazione isotopo radioattivo)</b>

```

1. <component>
2.   <section>
3.     <code       code="62387-6 "
4.               codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
5.               codeSystemName="LOINC"
6.               displayName="Interventi"/>
7.   <title>Prestazione</title>
8.   <text>
9.     ...
10.  </text>
11.  <entry>
12.    <organizer moodCode="EVN" classCode="BATTERY">
13.      <code code="29300-1" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
14.            codeSystemName="LOINC" displayName="Procedure"/>
15.      <statusCode code="completed"/>
16.      <component>
17.        <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
18.          <code code="92.05.1"
19.                codeSystem="[OID_SISTEMA_CODIFICA]"
20.                codeSystemName="[NOME_SISTEMA_CODIFICA]"
21.                displayName="Scintigrafia Miocardica da Sforzo">
22.            <originalText>
23.              <reference value="#Prestazione - 1"/>
24.            </originalText>
25.          </code>
26.          <effectiveTime value="20160609070749+0000"/>
27.          <entryRelationship>
28.            <procedure classCode="PROC" moodCode="EVN">
29.              <code code="92.28"
30.                    codeSystem="[OID_CODIFICA_LOCALE]"
31.                    codeSystemName="[NOME CODIFICA LOCALE]"

```

2735

2740

2745

2750

2755

2760

2765

2770

2775

```

32.         displayName="Iniezione isotropo radioattivo a riposo">
33.         </code>
34.         <effectiveTime value="20160609070749+0000"/>
35.         <entryRelationship>
36.             ...
37.         </entryRelationship>
38.     </procedure>
39. </entryRelationship>
40. <entryRelationship>
41.     <procedure classCode="PROC" moodCode="EVN">
42.         <effectiveTime value="20160609070749+0000"/>
43.         <text> Analisi Esame Scintigrafico (Analisi captazione
44.             isotopo radioattivo)</text>
45.     </procedure>
46. </entryRelationship>
47. <entryRelationship>
48.     <procedure classCode="PROC" moodCode="EVN">
49.         <effectiveTime value="20160609070749+0000"/>
50.         <text> Esecuzione Test da Sforzo </text>
51.     </procedure>
52. </entryRelationship>
53. <entryRelationship>
54.     <procedure classCode="PROC" moodCode="EVN">
55.         <code code="92.28"
56.             codeSystem="[OID_CODIFICA_LOCALE]"
57.             codeSystemName="[NOME CODIFICA LOCALE]"
58.             displayName="Iniezione isotropo radioattivo all'apice
59.                 dello sforzo">
60.         </code>
61.         <effectiveTime value="20160609070749+0000"/>
62.     </procedure>
63. </entryRelationship>
64. <entryRelationship>
65.     <procedure classCode="PROC" moodCode="EVN">
66.         <effectiveTime value="20160609070749+0000"/>
67.         <text> Analisi Esame Scintigrafico (Analisi captazione
68.             isotopo radioattivo) </text>
69.     </procedure>
70. </entryRelationship>
71. </act>
72. </component>
73. </organizer>
74. </entry>
75. </section>
76. </component>

```

## 5.3. Esempio Sezione Referto - Odontoiatria

Nell'esempio seguente viene illustrato il caso in cui a fronte di due sole prestazioni amministrative (Estrazione Chirurgica di dente, Ricostruzione di dente mediante otturazione) corrispondano a livello clinico una sola procedura (sedazione) comune ad entrambe.

<b>Prestazione eseguita</b>	Codice prestazione eseguita	23.19
	Descrizione prestazione eseguita	<b>Estrazione chirurgica di dente</b>
	Data prestazione eseguita	09/06/2016
	Codice prestazione eseguita	23.20.1
	Descrizione prestazione eseguita	<b>Ricostruzione di dente mediante otturazione</b>
	Data prestazione eseguita	09/06/2016
<b>Procedura operativa eseguita</b>	Codice procedura operativa	782.0
	Descrizione procedura operativa	<b>Sedazione</b>

```

1. <component>
2.   <section>
3.     <code code="62387-6 "
4.       codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
5.       codeSystemName="LOINC"
6.       displayName="Interventi"/>
7.   <title>Prestazione</title>
8.   <text>
9.     ...
10.  </text>
11.  <entry>
12.    <organizer moodCode="EVN" classCode="BATTERY">
13.      <code code="29300-1" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
14.        codeSystemName="LOINC" displayName="Procedure"/>
15.      <statusCode code="completed"/>
16.      <component>
17.        <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
18.          <code code="23.19"
19.            codeSystem="[OID_SISTEMA_CODIFICA]"
20.            codeSystemName="[NOME_SISTEMA_CODIFICA]"
21.            displayName="Estrazione Chirurgica di Dente">
22.            <originalText>
23.              <reference value="#Prestazione - 1"/>
24.            </originalText>
25.          </code>
26.          <effectiveTime value="20160609070749+0000"/>
27.        </act>
28.      </component>
29.    <component>
30.      <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
31.        <code code="23.20.1"
32.          codeSystem="[OID_NOMENCLATORE_MINISTERIALE]"
33.          codeSystemName="[NOMENCLATORE MINISTERIALE]"
34.          displayName="Ricostruzione di Dente Mediante Otturazione">
35.          <originalText>
36.            <reference value="#Prestazione - 2"/>
37.          </originalText>
38.        </code>

```





```
2820 39.         <effectiveTime value="20160609070749+0000"/>
      40.         </act>
      41.     </component>
      42.     <component>
2825 43.         <procedure classCode="PROC" moodCode="EVN">
      44.             <code code="782.0"
      45.                 codeSystem="[OID_CODIFICA_LOCALE]"
      46.                 codeSystemName="[NOME CODIFICA LOCALE]"
      47.                 displayName="Sedazione">
2830 48.             </code>
      49.             <effectiveTime value="20160609070749+0000"/>
      50.             ...
      51.         </procedure>
      52.     </component>
      53. </organizer>
2835 54. </entry>
      55. </section>
      56. </component>
```