

HL7 Italia

www.hl7italia.it

Implementation Guide

Clinical Document Architecture (CDA) Rel. 2

**Profilo Sanitario Sintetico**

***(Patient Summary)***

(IT Realm)

**Standard**

Versione 1.4

Ottobre 2019

**Questo documento[[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolo (dc:title):** | **HL7 Italia Implementation Guide per CDA R2 - Profilo Sanitario Sintetico** |
| **Data (dc:date):** | **07/10/2019** |
| **Status/Versione** **(hl7italia:version):** | **v01.4– Ballot** |
| **Sostituisce (dc:relation.replaces):** | **v1.3** |
| **Diritti di accesso (dc:right.accessRights)** | **Documento pubblico** |
| **Nome File (hl7it:fileName):** | **HL7It-IG\_CDA2\_PSS-v1.4-S-Ballot.docx** |
| **Approvato da (hl7it:isRatifiedBy):** | **Comitato Tecnico Strategico HL7 IT** |
| **Emesso da: (dc:publisher):** | **[HL7 Italia]** |

**Partecipanti alla redazione:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Organizzazione** |
| **Responsabile (hl7it:responsible):** | **Marco Devanna** | **Lepida – Regione Emilia Romagna** |
| **Autore (dc:creator):** | **Marco Devanna** | **Lepida – Regione Emilia Romagna** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Maria Teresa Chiaravalloti** | **IT-CNR** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Chiara Basile** | **AgID** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Stefano Van Der Byl** | **AgID** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Herbert Sarri** | **Regione Piemonte** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Laura Borio** | **CSI – Regione Piemonte** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Francesco Petruzza** | **CSI – Regione Piemonte** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Federica Sandri** | **Consorzio Arsenàl.IT – Regione Veneto** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Francesca Vanzo** | **Consorzio Arsenàl.IT – Regione Veneto** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Giampietro Gridelli** | **Regione Veneto** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Myriam Ferrari** | **Consorzio Arsenàl.IT – Regione Veneto** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Elena Costa** | **Consorzio Arsenàl.IT – Regione Veneto** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Mauro Zanardin** | **Consorzio Arsenàl.IT – Regione Veneto** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Francesca Altieri** | **Consorzio Arsenàl.IT – Regione Veneto** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Franca Tomassi** | **Liguria Digitale – Regione Liguria** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Igor Zamberlan** | **A.Li.Sa. – Regione Liguria** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Chiara Penello** | **Lombardia Informatica – Regione Lombardia** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Luca Augello** | **Lombardia Informatica – Regione Lombardia** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Valter Dapor** | **Provincia Autonoma di Trento** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Gandolfo Miserendino** | **Regione Emilia Romagna** |

**REGISTRO DELLE MODIFICHE**

| **Versione** | **Stato** | **Data** | **Commenti** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.0 | Ballot 01 | 14/04/2011 | Prima emissione ballot |
| 1.1 | Ballot 02 | 22/09/2011 | Seconda emissione ballot |
| 1.1 | Standard | 23/11/2011 | Standard – prima emissione |
| 1.2 | Ballot 01 | 27/05/2015 | Prima emissione ballot della versione revisionata ai sensi del DPCM su FSE |
| 1.2 | Standard | 24/11/2015 | Standard – Seconda emissione |
| 1.3 | Ballot 01 | 10/03/2019 | Prima emissione ballot della versione revisionata |
| 1.4 | Ballot 02 | 07/10/2019 | Seconda emissione ballot |

Sommario

[1 INTRODUZIONE 9](#_Toc21968116)

[1.1 Scopo del Documento 9](#_Toc21968117)

[1.2 Contesto di Riferimento 9](#_Toc21968118)

[1.3 A chi è indirizzato il documento 10](#_Toc21968119)

[1.4 Contributi 10](#_Toc21968120)

[1.5 Riferimenti 12](#_Toc21968121)

[1.6 Uso dei template 13](#_Toc21968122)

[1.7 Convenzioni 13](#_Toc21968123)

[1.7.1 Requisiti di Conformità 13](#_Toc21968124)

[1.7.2 Notazioni specifiche 13](#_Toc21968125)

[1.7.3 Convenzioni utilizzate 14](#_Toc21968126)

[1.7.4 Esempi xml 15](#_Toc21968127)

[1.7.5 OID di test 15](#_Toc21968128)

[1.8 Propedeuticità 15](#_Toc21968129)

[1.9 Attestazione di conformità 15](#_Toc21968130)

[1.10 Acronimi e definizioni 17](#_Toc21968131)

[2 CDA RELease 2 – Profilo Sanitario Sintetico 18](#_Toc21968132)

[2.1 CDA Conformance 18](#_Toc21968133)

[2.1.1 Responsabilità del “*Recipient*” 18](#_Toc21968134)

[2.1.2 Responsabilità dell’“*Originator*” 19](#_Toc21968135)

[2.2 Rendering delle informazioni contenute nel documento CDA 20](#_Toc21968136)

[3 CDA Header 21](#_Toc21968137)

[3.1 clinicalDocument 21](#_Toc21968138)

[3.1.1 ClinicalDocument/realmCode 21](#_Toc21968139)

[3.1.2 ClinicalDocument/typeId 22](#_Toc21968140)

[3.1.3 ClinicalDocument/templateId 22](#_Toc21968141)

[3.1.4 ClinicalDocument/id 22](#_Toc21968142)

[3.1.5 ClinicalDocument/code 23](#_Toc21968143)

[3.1.6 ClinicalDocument/title 23](#_Toc21968144)

[3.1.7 ClinicalDocument/effectiveTime 23](#_Toc21968145)

[3.1.8 ClinicalDocument/confidentialityCode 23](#_Toc21968146)

[3.1.9 ClinicalDocument/languageCode 24](#_Toc21968147)

[3.1.10 ClinicalDocument/setId e ClinicalDocument/versionNumber 24](#_Toc21968148)

[3.2 Participants 24](#_Toc21968149)

[3.2.1 recordTarget 25](#_Toc21968150)

[3.2.2 author 28](#_Toc21968151)

[3.2.3 custodian 29](#_Toc21968152)

[3.2.4 authenticator 29](#_Toc21968153)

[3.2.5 legalAuthenticator 30](#_Toc21968154)

[3.2.6 informationRecipient 31](#_Toc21968155)

[3.2.7 dataEnterer 31](#_Toc21968156)

[3.2.8 informant 31](#_Toc21968157)

[3.2.9 participant 31](#_Toc21968158)

[3.2.10 inFulfillmentOf 35](#_Toc21968159)

[3.2.11 documentationOf 35](#_Toc21968160)

[3.2.12 relatedDocument 35](#_Toc21968161)

[3.2.13 authorization 35](#_Toc21968162)

[3.2.14 componentOf 36](#_Toc21968163)

[4 CDA structured BODY 37](#_Toc21968164)

[4.1 Generalità 37](#_Toc21968165)

[4.2 Mappatura classi informative 38](#_Toc21968166)

[4.3 Allergie e Intolleranze 44](#_Toc21968167)

[4.3.1 Requisiti di sezione 45](#_Toc21968168)

[4.3.2 Allergia o Intolleranza 46](#_Toc21968169)

[4.3.3 Osservazione Allergia o Intolleranza 47](#_Toc21968170)

[4.4 Terapie Farmacologiche (Medications) 61](#_Toc21968171)

[4.4.1 Requisiti di sezione 61](#_Toc21968172)

[4.4.2 Terapia 62](#_Toc21968173)

[4.4.3 Dettagli Farmaco 65](#_Toc21968174)

[4.4.4 Indicazione Assenza Terapie note 68](#_Toc21968175)

[4.5 Vaccinazioni (Immunizations) 69](#_Toc21968176)

[4.5.1 Requisiti di Sezione 70](#_Toc21968177)

[4.5.2 Vaccinazione 70](#_Toc21968178)

[4.5.3 Dettagli Vaccino 73](#_Toc21968179)

[4.6 Lista dei Problemi (Problems) 77](#_Toc21968180)

[4.6.1 Requisiti di sezione 78](#_Toc21968181)

[4.6.2 Problema 79](#_Toc21968182)

[4.6.3 Dettagli problema 80](#_Toc21968183)

[4.7 Anamnesi Familiare (Family History) 87](#_Toc21968184)

[4.7.1 Requisiti di sezione 87](#_Toc21968185)

[4.7.2 Organizer Anamnesi Familiare 89](#_Toc21968186)

[4.7.3 Dettaglio Anamnesi Familiare 90](#_Toc21968187)

[4.8 Stile di Vita (Social History) 96](#_Toc21968188)

[4.8.1 Requisiti di Sezione 96](#_Toc21968189)

[4.8.2 Osservazione su Stile di Vita 97](#_Toc21968190)

[4.9 Gravidanze e parto (History of Pregnancies) 101](#_Toc21968191)

[4.9.1 Requisiti di Sezione 101](#_Toc21968192)

[4.9.2 Gravidanze, parti, stato mestruale 102](#_Toc21968193)

[4.10 Parametri Vitali (Vital Signs) 105](#_Toc21968194)

[4.10.1 Requisiti di sezione 105](#_Toc21968195)

[4.10.2 Organizer Parametri Vitali 106](#_Toc21968196)

[4.10.3 Osservazione Parametri Vitali 107](#_Toc21968197)

[4.11 Protesi, impianti e ausili (Medical equipment) 110](#_Toc21968198)

[4.11.1 Requisiti di sezione 110](#_Toc21968199)

[4.11.2 Dettaglio Protesi Impianti Ausili 111](#_Toc21968200)

[4.11.3 Indicazione Assenza Protesi Impianti Ausili 112](#_Toc21968201)

[4.12 Piani di cura (Plan of care) 113](#_Toc21968202)

[4.12.1 Requisiti di sezione 113](#_Toc21968203)

[4.12.2 Dettagli Attività Piano di Cura 114](#_Toc21968204)

[4.13 Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche (Procedures) 122](#_Toc21968205)

[4.13.1 Procedura 123](#_Toc21968206)

[4.14 Visite e Ricoveri (Encounters) 126](#_Toc21968207)

[4.14.1 Requisiti di sezione 126](#_Toc21968208)

[4.14.2 Dettagli Visita o Ricovero 127](#_Toc21968209)

[4.15 Stato funzionale del Paziente (Functional status) 129](#_Toc21968210)

[4.15.1 Requisiti di sezione 129](#_Toc21968211)

[4.15.2 Capacità motoria 130](#_Toc21968212)

[4.15.3 Regime di assistenza 130](#_Toc21968213)

[4.16 Indagini diagnostiche e esami di laboratorio (Results) 134](#_Toc21968214)

[4.16.1 Requisiti di sezione 134](#_Toc21968215)

[4.16.2 Organizer Risultati 135](#_Toc21968216)

[4.16.3 Dettaglio Risultato 136](#_Toc21968217)

[4.17 Assenso/Dissenso Donazione Organi (Advance Directives) 140](#_Toc21968218)

[4.17.1 Requisiti di sezione 140](#_Toc21968219)

[4.18 Esenzioni 142](#_Toc21968220)

[4.18.1 Requisiti di sezione 142](#_Toc21968221)

[4.18.2 Esenzione 143](#_Toc21968222)

[4.19 Reti di Patologia 146](#_Toc21968223)

[4.19.1 Requisiti di sezione 146](#_Toc21968224)

[4.19.2 Rete di Patologia 147](#_Toc21968225)

[5 Appendice A: Tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 149](#_Toc21968226)

[5.1 Allergie e Intolleranze (Alerts) 150](#_Toc21968227)

[5.2 Terapie Farmacologiche (Medications) 153](#_Toc21968228)

[5.3 Vaccinazioni (Immunizations) 155](#_Toc21968229)

[5.4 Lista dei Problemi (Problems) 157](#_Toc21968230)

[5.5 Anamnesi Familiare (Family History) 159](#_Toc21968231)

[5.6 Stile di vita (Social History) 160](#_Toc21968232)

[5.7 Gravidanze e parto (History of Pregnancies) 162](#_Toc21968233)

[5.8 Parametri Vitali (Vital Signs) 162](#_Toc21968234)

[5.9 Protesi, Impianti e Ausili (Medical Equipment) 165](#_Toc21968235)

[5.10 Piani di Cura (Plan of Care) 165](#_Toc21968236)

[5.11 Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche (Procedures) 167](#_Toc21968237)

[5.12 Visite o Ricoveri (Encounters) 168](#_Toc21968238)

[5.13 Stato funzionale del paziente (Functional Status) 169](#_Toc21968239)

[5.14 Indagini diagnostiche e esami di laboratorio (Results) 170](#_Toc21968240)

[5.15 Assenso / Dissenso Donazione Organi (Advance Directives) 170](#_Toc21968241)

[5.16 Esenzioni (Reason for co-payment exemption) 171](#_Toc21968242)

[5.17 Reti di Patologia (Reti di Patologia) 172](#_Toc21968243)

[6 Appendice B: OID e Vocabolari 174](#_Toc21968244)

[6.1 Template ID in questa guida 174](#_Toc21968245)

[6.2 Vocabolari 176](#_Toc21968246)

[6.2.1 Value Set 176](#_Toc21968247)

[7 Appendice C: mapping con value set SNOMED CT 204](#_Toc21968248)

[7.1.1 Tipo allergia/intolleranza 204](#_Toc21968249)

[7.1.2 Codice Reazione 204](#_Toc21968250)

[7.1.3 Codice Vaccino 206](#_Toc21968251)

[7.1.4 Stato clinico del problema 208](#_Toc21968252)

[7.1.5 Osservazione sulla social history 209](#_Toc21968253)

[7.1.6 Problem code 209](#_Toc21968254)

# 

# INTRODUZIONE

## Scopo del Documento

L’obiettivo del presente documento è quello di definire, secondo lo standard HL7 CDA Rel 2.0, una guida all’implementazione per il CDA del Profilo Sanitario Sintetico (PSS) - anche noto come Patient Summary - valida nel contesto Italiano e conforme alla EN 17269, in quanto indica come trattare e compilare le informazioni specificate nel documento europeo “Guideline on the electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU Release 2 – Patient Summary for unscheduled care” (vedi Rif. 13).

## Contesto di Riferimento

Il documento in oggetto è la localizzazione italiana delle specifiche per l’implementazione del documento clinico Profilo Sanitario Sintetico - anche noto come Patient Summary - secondo lo standard HL7 v.3 – CDA Rel. 2. Tale documento intende fornire un supporto alla creazione di un Header e di un Body CDA strutturato per la tipologia di documento clinico in oggetto al fine di facilitare lo scambio di informazioni fra i vari attori che concorrono all’erogazione dei servizi sanitari (es. MMG, PLS, etc.).

In particolare, lo scopo del documento oggetto di questa guida è quello di favorire la continuità di cura, permettendo un rapido inquadramento del paziente al momento di un **contatto** con il Servizio Sanitario Nazionale: situazioni di emergenza e di pronto soccorso; continuità informativa per la medicina di gruppo; visite specialistiche o ricovero; servizi diagnostici; attività di riabilitazione; etc.

Dalla definizione dello schema di DPCM sul FSE:

*Il* ***Profilo Sanitario Sintetico*** *(****Patient Summary)*** *è il documento socio-sanitario informatico redatto e aggiornato dal MMG/PLS, che riassume la storia clinica dell’assistito e la sua situazione corrente conosciuta.*

Quindi, attraverso il Profilo Sanitario Sintetico il MMG/PLS è in grado di fornire velocemente una universale presentazione del paziente che sintetizza tutti e soli i dati ritenuti rilevanti e li rende disponibili a tutti i possibili operatori sanitari autorizzati alla consultazione. In caso di variazione del MMG/PLS, sarà facoltà del nuovo MMG/PLS di mantenere il documento precedentemente redatto oppure di redigerne uno nuovo. Ogni modifica o aggiornamento al Profilo Sanitario Sintetico implica, comunque, la creazione di una nuova versione, separata da quella originaria.

**Il Profilo Sanitario Sintetico è quindi un documento:**

* + **sintetico**: riporta solo le informazioni essenziali;
  + **con un unico autore**: è creato, aggiornato e mantenuto solo dal MMG/PLS titolare: non può essere creato in maniera automatica a partire dal FSE: è sempre frutto di una valutazione professionale 🡺 necessità di gestire una frequenza di aggiornamento adeguata;
  + **non clinicamente specializzato**: il contenuto del PSS deve essere tale da contribuire alla continuità di cura a prescindere dallo scenario d’uso (Emergenza, Continuità Assistenziale, …) [solo dati essenziali];
  + **senza destinatario predefinito;**
  + **unico**: all’interno di un dominio di condivisione documentale (FSE, Carta Sanitaria,..) deve esistere un solo PSS “valido” per paziente.

## A chi è indirizzato il documento

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

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

## Contributi

A seguito della approvazione a livello europeo delle nuove linee guida per la predisposizione del Patient Summary, si è reso necessario procedere ad una revisione delle specifiche sul Profilo Sanitario Sintetico al fine di individuare le eventuali divergenze e provvedere ad un adeguamento e/o integrazione ai contenuti riportati nelle succitate linee guida.

Il gruppo di lavoro interregionale è stato coordinato in qualità di regione capofila dall’Emilia Romagna. Hanno partecipato Piemonte, Lombardia, Veneto, Provincia Autonoma di Trento, Liguria.

Inoltre, sono stati presenti anche AGID e Ministero della Salute, nonché il CNR.

Si è cercato di non introdurre obbligatorietà che potrebbero impattare sugli applicativi in uso nelle diverse aziende sanitarie, nonché apportare modifiche solo ove ritenute strettamente necessarie per impattare il meno possibile su quelle regioni che avessero già effettuato investimenti per l’invio del documento clinico al FSE.

I template usati come riferimento nella presente versione del documento sono in alcuni casi obsoleti; future versioni della persente guida potranno recepire i miglioramenti presenti in linee guida e template più aggiornati.

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

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

Segue la lista dei partecipanti alla precedente versione delle specifiche, la 1.2.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Organizzazione** |
| **Responsabile (hl7it:responsible):** | **Marco Devanna** | **CUP 2000 – Regione Emilia Romagna** |
| **Autore (dc:creator):** | **Marco Devanna** | **CUP 2000 – Regione Emilia Romagna** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Maria Teresa Chiaravalloti** | **CNR** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Elena Cardillo** | **CNR** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Mario Ciampi** | **CNR** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Gianluca Del Conte** | **ARIT – Regione Abruzzo** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Michele Recine** | **Regione Basilicata** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Antonina Mancusi** | **Regione Basilicata** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Vito Mancusi** | **Regione Basilicata** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Salvatore Lopresti** | **Regione Calabria** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Gregorio Mercurio** | **Regione Calabria** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Cinzia Matonti** | **Regione Campania** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **William Frascarelli** | **LAit – Regione Lazio** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Igor Zamberlan** | **Liguria Digitale – Regione Liguria** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Luca Augello** | **Lombardia Informatica – Regione Lombardia** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Leonardo Alcaro** | **InnovaPuglia – Regione Puglia** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Gianluca Grasso** | **InnovaPuglia – Regione Puglia** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Alessandra Pepe** | **InnovaPuglia – Regione Puglia** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Leonardo Trallori** | **Regione Toscana** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Angelo Celoni** | **Umbria Digitale – Regione Umbria** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Luca Del Col** | **Regione Valle d’Aosta** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Federica Sandri** | **Consorzio Arsenàl.IT – Regione Veneto** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Matteo Girardello** | **Consorzio Arsenàl.IT – Regione Veneto** |

La versione precedente del documento, versione 1.2, traeva a sua volta origine dal documento “HL7 Italia Implementation Guide per CDA R2 - Profilo Sanitario Sintetico” ver 1.1, modificato allo scopo di soddisfare i requisiti indicati nello schema di DPCM sul Fascicolo Sanitario Elettronico.

**Partecipanti alla redazione della versione originale (1.1):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Organizzazione** |
| **Responsabile (hl7it:responsible):** | **Marco Devanna** | **CUP 2000 – Regione Emilia Romagna** |
| **Autore (dc:creator):** | **Giorgio Cangioli** | **Consulente** |
| **Autore (dc:creator):** | **Valeria Burchielli** | **Esperto dominio CDA** |
| **Autore (dc:creator):** | **Renato Calamai** | **eHealthTech** |
| **Autore (dc:creator):** | **Francesco Sisini** | **Gruppo Dedalus** |
| **Autore (dc:creator):** | **Andrea Olianti** | **Gruppo Dedalus** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Fabio Cottini** | **Consulente per Lombardia Informatica** |
| **Contributore (dc:contributor):** | **Vincenzo Abis** | **METSO** |

## Riferimenti

1. HL7 Clinical Document Architecture, Release 2- 4/21/2005.
2. HL7 Version 3 Publishing Facilitator's Guide.
3. HL7 OID, http://www.hl7.org/oid/index.cfm.
4. HL7 Version 3 Standard: XML Implementation Technology Specification - Data Types, R1 4/8/2004.
5. HL7 Version 3 Standard: HL7 Vocabulary Domains – Normative Edition 2008 (Version: 498-20080320).
6. Identificazione OID HL7 Italia
7. Dominio AMPRPA Person Topic: Specifica di Localizzazione Italiana V 1.0.
8. Linee Guida per la Localizzazione HL7 Header CDA Rel. 2 (IT Realm) V. 1.0.
9. ASTM/HL7 Continuity of Care Document.
10. IHE Patient Care Coordination (PCC). Technical Framework.
11. HL7 C-CDA – Consolidated CDA – Implementation Guide
12. Schema di DPCM sul Fascicolo Sanitario Elettronico
13. Guideline - the electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU <https://ec.europa.eu/cefdigital/wiki/display/EHOPERATIONS/Patient+Summary+Required+Sections+-+Clarifications+on+the+information+to+be+exchanged>
14. HL7 International Patient Summary CDA R2 IG. STU . October 2018. <http://www.hl7.org/implement/standards/product_brief.cfm?product_id=483>

## Uso dei template

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

I template sono identificati da un templateId con OID valido, che indica che il documento, section, clinical statement o entry identificato, non solo è conforme ai requisiti del CDA, ma è anche alle specifcihe identificate dal template stesso.

La raccolta di singoli vincoli, e l’assegnazione di un identificativo unico al template, fornisce un meccanismo semplice per asserire la conformità con i suddetti vincoli.

Questo è un “open” template, che significa che in aggiunta agli elementi (sezioni, entry, ...) opzionali o richiesti definiti da questo template, un implementatore 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.

## Convenzioni

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

### Requisiti di Conformità

I requisiti di conformità presenti in questa guida, specifici del template definito in questo documento, sono espressi come segue.

1. La sezione “Terapie Farmacologiche” (LOINC: “*10160-0*”, “ Storia di uso di farmaci”) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2*”.

I vincoli sono espressi in un formalismo “technology-neutral” che definisce i requisiti di conformance per le istanze CCD. Ci sono molti modi per aiutare la verifica che un’istanza soddisfi questi requisiti di conformance, quale per esempio la validazione tramite schematron.

### Notazioni specifiche

Nel documento vengono utilizzate le seguenti notazioni specifiche:

* i valori costanti assunti dagli attributi sono indicati in font *corsivo*,
* le classi, gli elementi e le componenti degli elementi del modello CDA sono indicati con font Ariala 12 pt *corsivo*.

### Convenzioni utilizzate

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

In particolare:

* **DEVE**, **OBBLIGATORIO**, **NECESSARIO** (**MUST**, **REQUIRED**, **SHALL**) significano che la definizione è un requisito assoluto, la specifica deve essere implementata, la consegna è inderogabile.
* **NON DEVE**, **VIETATO** (**MUST** **NOT**, **SHALL** **NOT**) significano che c’è proibizione assoluta di implementazione di un determinato elemento di specifica.
* **DOVREBBE**, **CONSIGLIATO** (**SHOULD**, **RECOMMENDED**) significano che in particolari circostanze possono esistere validi motivi per ignorare un requisito, non implementare una specifica, derogare alla consegna, ma che occorre esaminare e valutare con attenzione le implicazioni correlate alla scelta.
* **NON** **DOVREBBE**, **SCONSIGLIATO** (**SHOULD** **NOT**, **NOT** **RECOMMENDED**) significano che in particolari circostanze possono esistere validi motivi per cui un elemento di specifica è accettabile o persino utile, ma, prima di implementarlo, le implicazioni correlate dovrebbero essere esaminate e valutate con attenzione.
* **PUÒ**, **OPZIONALE** (**MAY**, **OPTIONAL**) significano che un elemento della specifica è a implementazione facoltativa.

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

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.

Le definizione di alcuni value set potrà essere aggiornata in considerazione di possibili evoluzioni del Patient Summary europeo, nel rispetto della conformità ai requisiti indicati nello schema del DPCM sul Fascicolo Sanitario Elettronico

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

### Esempi xml

Gli esempi xml saranno riportati nel documento in calibri font 8. In alcuni casi alcune porzioni degli xml di esempio potranno essere omesse per semplicità, in tal caso si utilizzerà la notazione seguente:

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

…

</ClinicalDocument>

### 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.

## Propedeuticità

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

Poiché questa guida definisce template adattati da CCD, IHE PCC e IPS, si consiglia il lettore la lettura di tali specifiche.

## Attestazione di conformità

La conformità di un documento CDA alle specifiche ed ai vincoli definiti in questa guida per gli elementi dell’Header e del Body, è attestata dal produttore del Profilo Sanitario Sintetico utilizzando il meccanismo previsto da HL7 che associa ad un template un identificativo unico, pubblicamente riconosciuto.

Tale Identificativo per questa guida è: *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.1.1,* versione *1.3.*

L’indicazione di conformità rispetto ad un template implica non solo l’aderenza alle specifiche della guida ma anche a quelle del CDA.

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

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

<typeId extension="POCD\_HD000040" root="2.16.840.1.113883.1.3"/>

<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.4.1.1" extension=”1.3”/>

…

</ClinicalDocument>

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

Per attestare l’aderenza di un “modulo” alle specifiche di questa guida, si dovrà utilizzare l’elemento templateId come segue:

<section>

<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.99.99"/>

…

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.99.99.99"/>

…

</observation>

</section>

## Acronimi e definizioni

| Acronimo/Termine | Definizione |
| --- | --- |
| AIC | Autorizzazione all’Immissione in Commercio |
| ATC | Anatomical Therapeutic Chemical Classification System |
| CDA | Clinical Document Architecture |
| DPCM | Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri |
| FSE | Fascicolo Sanitario Elettronico |
| HL7 | Health Level 7 |
| ICD9-CM | International Classification of Diseases 9th revision – Clinical Modification |
| ISO | International Organization for Standardization |
| ISTAT | Istituto Nazionale di Statistica |
| LOINC | Logical Observation Identifiers Names and Codes |
| MMG | Medico di Medicina Generale |
| Namespace | Spazio di valori, ambito di intervento di una Autorità Assegnata |
| OID | ISO Object Identifier |
| OIDnazionale | ISO Object Identifier di HL7 Italia (2.16.840.1.113883.2.9) |
| PLS | Pediatra di Libera Scelta |
| PSS | Profilo Sanitario Sintetico |
| RIM | Reference Information Model |
| XML | eXtensible Markup Language |

Tabella : Acronimi e definizioni

# CDA RELease 2 – Profilo Sanitario Sintetico

Nel presente capitolo viene presentato il modello di documento di Profilo Sanitario Sintetico strutturato secondo lo standard HL7 CDA Rel.2.

## CDA Conformance

Nel presente paragrafo viene riportato un estratto della specifica CDA R2 relativo alle conformance riguardanti in particolare le responsabilità degli Application Role “*Originator*” e “*Recipient*” per quanto concerne il rendering.

La verifica di conformità allo standard CDA R2 di un’istanza xml che rappresenta un documento clinico, viene validata attraverso lo schema xsd messo a disposizione dallo standard (CDA.xsd)[[3]](#footnote-3).

La validazione attraverso lo schema tuttavia, non fornisce alcun tipo di informazione sul modo in cui i dati contenuti nel documento CDA vengono visualizzati (rendering). Di fatto la specifica CDA R2 non prevede limitazione specifiche riguardanti il rendering del documento, bensì definisce delle responsabilità agli attori (*Application Role*) che si scambiano un documento CDA. Riportiamo di seguito quanto citato dalla specifica relativamente alle responsabilità degli attori così definiti (vedi CDA Conformance paragrafo 1.3 in “HL7 Clinical Document Architecture, Release 2- 4/21/2005”):

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

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

### Responsabilità del “*Recipient*”

* ***Header CDA***: un “*Recipient*” di documenti CDA deve essere in grado di effettuare il parsing e l’interpretazione di tutto il contenuto informativo dell’Header CDA. Per quanto concerne il rendering dell’Header del documento CDA, le applicazioni potrebbero scegliere di visualizzare dei dati anagrafici oppure altri dati contenuti nel CDA Header ed è per questo motivo che l’implementazione del rendering del documento CDA Header è a discrezione del “*Recipient*”. Il rendering del documento CDA Header può dipendere anche dagli obiettivi di business dei singoli applicativi (es. organizzazione di un fascicolo sanitario elettronico, costruzione di un repository di dati clinici anonimi; etc). Si osserva che, laddove l’applicazione che origina i documenti CDA, vuole suggerire un particolare rendering, allora essa includerà assieme al documento scambiato, uno o più xml style sheet. Comunque l’uso di questi style sheet è a discrezione del “Recipient”.
* ***Body CDA Livello 2***: un “*Recipient*” di documenti CDA deve essere in grado di effettuare il parsing e l’interpretazione del Body CDA per garantire il rendering delle informazioni contenute nel Body a partire dall’applicazione di queste regole:
  + Se il CDA Body è di tipo non-XML, allora è necessario che il rendering del Body venga effettuato da un applicativo software che riconosca il particolare formato MIME media type con cui è stato allegato il documento clinico;
  + Se il CDA Body è di tipo strutturato, allora deve essere effettuato il rendering dell’etichetta della section che, per convenzione, viene inserita nell’elemento Section.title. L’assenza del Section.title implica che la section non è etichettata;
  + Se il CDA Body è di tipo strutturato, allora deve essere effettuato il rendering del contenuto dell’elemento Section.text secondo le regole definite dallo schema (NarrativeBlock.xsd) che definiscono la cosiddetta Section Narrative Block (es. interpretazione degli elementi che vengono utilizzati all’interno della Section.text per la formattazione del testo come ad esempio <br>, <table>, <list>, etc. e per i riferimenti alla parte Machine Readable del Body come per esempio <renderMultiMedia>, etc.).
* ***Body CDA Livello 3*** (CDA Entry): ad un “*Recipient*” di documenti CDA non è richiesto di effettuare il parsing e l’interpretazione completa delle Entry contenute nel Body CDA. Si osserva che è possibile per gli applicativi che si scambiano documenti CDA, estendere le responsabilità degli *Application Role* a livello locale, in modo tale da interpretare alcune particolari Entry.

### Responsabilità dell’“*Originator*”

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

## Rendering delle informazioni contenute nel documento CDA

Per quanto concerne le modalità di generazione del rendering del CDA del Profilo Sanitario Sintetico, questa guida suggerisce di prendere come riferimento le responsabilità degli Application Role definite in 2.1 - CDA Conformance.

# CDA Header

L’Header di questo documento segue, dove non ulteriormente specializzato, le specifiche descritte dal documento Rif. 8

## clinicalDocument

ClinicalDocument identifica l’elemento root per la struttura xml che rappresenta il documento clinico.

Il namespace per un CDA R2 è urn:hl7-org:v3. Deve essere usato un namespace appropriato nell’istanza XML del Clinical Document. Negli esempi di questa specifica tutti gli elementi sono mostrati senza prefisso, assumendo che il namespace di default sia dichiarato essere urn:hl7-org:v3.

Questa guida NON richiede l’uso di alcun prefisso specifico per i namespace.

1. Le istanze **NON DOVREBBERO** includere l’elemento xsi:schemaLocation[[4]](#footnote-4).

Esempio di utilizzo:

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

…

</ClinicalDocument>

### ClinicalDocument/realmCode

Il ClinicalDocument/realmCode è un elemento **OBBLIGATORIO** che individua il dominio di appartenenza del documento ed indica che il documento deve seguire eventuali restrizioni definite per il realm italiano.

Il ClinicalDocument/realmCode è un data type di tipo Set <Coded Simple Value> (SET<CS>) costituito dall’attributo *code* di tipo ST (Character String) che **DEVE** assumere valore fisso pari ad IT.

1. Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento ClinicalDocument/realmCode, con l’attributo *code* valorizzato ad “IT**”.**

Esempio di utilizzo:

<realmCode code="IT"/>

### ClinicalDocument/typeId

ClinicalDocument/typeId è un elemento **OBBLIGATORIO**. Tale elemento identifica i vincoli imposti dalle specifiche HL7 CDA Rel 2.0 ossia identifica la versione di riferimento del CDA a cui il documento fa riferimento.

ClinicalDocument/typeId è un data type di tipo Instance Identifier (II) le cui componenti root ed extension sono definite nel documento Rif. 8.

### ClinicalDocument/templateId

Elemento **OBBLIGATORIO** che indica il template di riferimento per il documento corrente.

L'elemento templateId può, in questo contesto, permettere la progressiva evoluzione dei modelli di documento CDA utilizzati. Cambiando la versione del template viene modificata la cifra dell'attributo extension e non dell'attributo root.

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

1. Almeno un *ClinicalDocument/templateId* **DEVE** avere valore *clinicalDocument/templateId/@root* uguale a “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.1.1” e*clinicalDocument/templateId/@extension* uguale a “1.4”.

Esempio di utilizzo:

<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.1.1” extension="1.4”/>

### ClinicalDocument/id

ClinicalDocument/id è un elemento **OBBLIGATORIO** che rappresenta l’identificativo univoco del documento CDA.

ClinicalDocument/id è un data type di tipo Instance Identifier (II). Per la definizione e valorizzazione delle componenti dell’elemento ClinicalDocument/id si rimanda a documento Rif. 8.

L’aderenza alle linee guida definite dal documento di header del CDA rende il documento conforme ai requisiti di conformità richiesti da CDA4CDT (e ripresi da IHE PCC).

### ClinicalDocument/code

ClinicalDocument/code è un elemento **OBBLIGATORIO** che rappresenta la tipologia di documento clinico. Per maggiori dettagli vedi documento Rif. 8.

1. Il valore per *ClinicalDocument/code* **DEVE** essere valorizzato con il codice LOINC “60591-5” “Profilo Sanitario Sintetico” “2.16.840.1.113883.6.1” LOINC STATIC.

### ClinicalDocument/title

ClinicalDocument/title è un elemento **OPZIONALE** e rappresenta il titolo del documento CDA. Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda al documento Rif. 8.

1. L’elemento *ClinicalDocument/title* **DOVREBBE** essere valorizzato a “Profilo Sanitario Sintetico”.

### ClinicalDocument/effectiveTime

Elemento OBBLIGATORIO che indica la data di creazione del documento.

1. Il documento CDA **DEVE** essere conforme alle CONF-CCD-9 e CONF-CCD-10 del documento CCD.

L’elemento value di ClinicalDocument/effectiveTime **DEVE** essere valorizzato nel formato YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz (Anno, mese, giorno, ora, minuti, secondi. ZZzz rappresenta l’offset rispetto al tempo di Greenwich - GMT - Greenwich Mean Time)*.* La data di creazione del documento DEVE quindi essere espressa con precisione al secondo e **DEVE** riportare l’offset rispetto all’ora di Greenwich; per l’Italia tale valore può essere quindi +0100 o +0200 a seconda che si sia in condizioni di ora legale o solare.

### ClinicalDocument/confidentialityCode

clinicalDocument/confidentialityCode è un elemento **OBBLIGATORIO** e rappresenta il livello di riservatezza del documento CDA. Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda al documento Rif. 8.

La gestione del livello di riservatezza/oscuramento è esterna al documento PSS. Pertanto il confidentialityCode è impostato sempre uguale a”N‟ (normale).

L'elemento DEVE essere valorizzato nel modo seguente. Si suggerisce che nel contesto italiano, il valore di default sia pari a “N”.

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

Si suggerisce che nel contesto italiano, il valore di default sia pari a “N”.

### ClinicalDocument/languageCode

ClinicalDocument/languageCode è un elemento **OBBLIGATORIO** e specifica la lingua utilizzata nella redazione del documento CDA.

1. Il documento CDA **DEVE** essere conforme alle CONF-CCD-5 e CONF-CCD-6 del documento CCD.
2. L’attributo *ClinicalDocument/languageCode/@code* **DOVREBBE** essere valorizzato “it-IT”.

### ClinicalDocument/setId e ClinicalDocument/versionNumber

ClinicalDocument/setId e ClinicalDocument/versionNumber sono elementi **OBBLIGATORI.**  ClinicalDocument/setId rappresenta l’identificativo comune a tutte le revisioni del documento mentre ClinicalDocument/versionNumber rappresenta la versione del documento stesso.

1. Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *ClinicalDocument/setId* ed uno ed solo elemento C*linicalDocument/versionNumber*.

Per l’uso e la gestione di ClinicalDocument/setId e ClinicalDocument/versionNumber si rimanda al documento Rif. 8.

## Participants

### recordTarget

recordTarget è un elemento **OBBLIGATORIO** che identifica la partecipazione relativa al soggetto a cui il documento di Profilo Sanitario Sintetico si riferisce.

1. La molteplicità dell’elemento *recordTarget* **DEVE** essere uguale ad 1.

Questo vincolo ottempera implicitamente al CONF-CCD-11.

#### recordTarget/patientRole

recordTarget/patientRole è un elemento **OBBLIGATORIO** che identifica il ruolo svolto dalla persona a cui il Profilo Sanitario Sintetico si riferisce.

Si rimanda al documento Rif. 8 per ulteriori dettagli.

#### recordTarget/patientRole/id

In dipendenza dalla tipologia di soggetto a cui il documento si riferisce si individuano i seguenti vincoli di identificazione.

1. Nel caso in cui il soggetto sia di cittadinanza italiana, o straniero residente, (iscritti al SSN) l’elemento *recordTarget/patientRole* **DEVE** contenere almeno un elemento *id,* di cui uno con *@root* valorizzato a “2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2” ed *@extension* valorizzato con il Codice Fiscale del soggetto.

Nel caso in cui il soggetto sia di cittadinanza italiana, o straniero residente, (iscritti al SSN) l’elemento *recordTarget/patientRole* **PUÒ** contenere un ulteriore elemento *id*, unico a livello regionale, che riporta il Codice Identificativo Regionale del soggetto.

L’ID regionale è solitamente rappresentato con *@root* valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.2.[CODICE\_REGIONE].4.1 in cui [CODICE\_REGIONE] è il codice ISTAT della Regione privato di eventuali 0 iniziali (e.g “90” al posto di “090” per la Regione Toscana), ed un attributo *@extension* che riporta il Codice Identificativo Regionale del soggetto.

È possibile riportare un identificativo legato all’assicurazione (“insurance number”) del cittadino. Questo identificativo è atteso ad esempio nei casi di “Patient Summary for unscheduled care”, secondo le linee guida europee su “electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU”.

#### recordTarget/patientRole/addr

L’elemento addr riporta l’indirizzo del paziente, in particolare almeno indirizzo domicilio, CAP domicilio, Codice ISTAT comune domicilio.

Opzionalmente riportare la Regione (*state*) e la Nazione (*country*).

1. **DEVE** essere presente almeno un elemento recordTarget/patientRole/addr/di cui uno abbia l’attributo @use valorizzato con “HP” (primary home)

Si osserva che:

* per indicare l’indirizzo di domicilio si utilizza il valore @use =”HP” (primary home);
* per indicare l’indirizzo di residenza si utilizza il valore @use =”H” (home);

1. Se l’attributo recordTarget/patientRole/addr/@use è uguale a “HP” (Domicilio), allora l’elemento addr/postalCode **DEVE** essere valorizzato con CAP del domicilio.
2. Se l’attributo recordTarget/patientRole/addr/@use è uguale a “HP” (Domicilio), allora l’elemento addr/streetAddressLine **DEVE** essere valorizzato con il l’indirizzo di domicilio.
3. Se l’attributo recordTarget/patientRole/addr/@use è uguale a “HP” (Domicilio), allora l’elemento addr/censusTract **DEVE** essere valorizzato con il codice ISTAT del comune di domicilio.

#### recordTarget/patientRole/telecom

L’elemento telecom, opzionale, riporta il numero di telefono dell’assistito, il suo indirizzo email, il suo indirizzo di PEC.

Si osserva che l’attributo @use viene utilizzato per specificare il tipo di indirizzo raggiungibile da un’apparecchiatura di telecomunicazione. La differenziazione è realizzata attraverso l’attributo @use che assume valori da definirsi nel contesto di utilizzo del documento, ad esempio: “HP” Telefono/email Casa; “WP” Telefono/email Ufficio; “MC” Cellulare (contatto mobile).

Esempi di implementazione:

<telecom use="HP" value="mailto://user@domain.com"></telecom>

<telecom use="HP" value="tel:023456789012"></telecom>

Si rimanda a http://www.faqs.org/rfcs/rfc3966.html per ulteriori dettagli.

L’indirizzo di PEC è trattato come una comune email.

1. L’elemento recordTarget/patientRole **PUÒ** contenere un elemento *telecom* in cui sono riportati i riferimenti (e-mail; PEC; telefono fisso o mobile;..) necessari per contattare l’assistitio.

#### recordTarget/patientRole/patient

L’entità recordTarget/patientRole/patient è un elemento **OBBLIGATORIO** che contiene i dati anagrafici del soggetto della prestazione. Per i dettagli relativamente agli elementi patient/name patient/administrativeGenderCode e patient/birthTime si rimanda al documento Rif. 8.

Il value set dell’elemento *administrativeGenderCode* contiene gli elementi F (femmina), M (maschio), UN (non differenziato).

1. Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento recordTarget/patientRole/patient.
2. L’elemento *patientRole/patient* **DEVE** contenere l’elemento *patient/name* con i suoi sotto-elementi *name/given* (Nome) e *name/family* (Cognome)
3. L’elemento *patientRole/patient* **DEVE** contenere l’elemento *patient/administrativeGenderCode* (sesso)
4. L’elemento *patientRole/patient* **DEVE** contenere l’elemento *patient/birthTime* (data di nascita)
5. L’elemento *patientRole/patient* **DEVE** contenere l’elemento *patient/birthPlace/place/addr/censusTract* che riporta il codice ISTAT del luogo di nascita dell’assistito.

#### recordTarget/patientRole/patient/guardian

Ogni entità che esercita la potestà familiare nei confronti di un minore (e.g. genitore, giudice tutelare) o di tutela legale nei confronti di un adulto è rappresentata dalla classe Guardian. Il Guardian può essere una persona (istanza della classe Person) o un’organizzazione (istanza della classe Organization), si veda Rif. 8 per ulteriori dettagli.

1. Il documento **PUÒ** includere un elemento *recordTarget/patientRole/patient/guardian.* Tale elemento **DOVREBBE** essere valorizzato se riferito ad un individuo soggetto a podestà familiare o tutela legale.

### author

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

1. **DEVE** esistere uno ed un solo elemento clinicalDocument/author/assignedAuthor/assignedPerson.

Il vincolo CONF-CCD-13 non è richiesto per questo documento.

1. L’autore di questo documento **DEVE** essere un medico di famiglia (MMG, PLS o assimilato).
2. L’elemento *author/assignedAuthor* **DEVE** contenere un elemento *id* con *@root* valorizzato a “*2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2*” ed in cui nell’attributo *@extension* è riportato il Codice Fiscale del medico autore del documento.
3. L’elemento *author/assignedAuthor* **DEVE** contenere almeno tre elementi *telecom* in cui sono riportati i riferimenti e-mail, PEC, telefono, necessari per contattare il medico autore.

Dato che l’indirizzo di PEC è trattato come una comune email, ci si aspetta che siano presenti almeno tre istanze *telecom*: una per il numero di telefono, una per l’email (non PEC), una per la PEC.

1. L’elemento *author/assignedAuthor* **PUÒ** contenere un elemento *id*, unico a livello regionale, che riporta il Codice Identificativo Regionale del medico autore del documento.

L’ID regionale è solitamente rappresentato con@root valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.2.[CODICE\_REGIONE].4.2 in cui [CODICE\_REGIONE] è il codice ISTAT della Regione privato di eventuali 0 iniziali (e.g “90” al posto di “090” per la Regione Toscana), ed un attributo @extension che riporta il Codice Identificativo Regionale del medico autore del documento.

1. L’elemento author/assignedAuthor **PUÒ** contenere l’elemento *assignedAuthor/code* che rappresenta la tipologia del medico. In caso, il valore di *author/assignedAuthor/@code* **DEVE** essere selezionato dal Value Set assignedAuthorCode\_PSSIT DYNAMIC *(@codeSystem* 2.16.840.1.113883.2.9.5.1.111)

Si veda 6.2.1.1 - assignedAuthorCode\_PSSIT per i possibili valori.

1. L’elemento *assignedAuthor/assignedPerson* **DEVE** contenere l’elemento *assignedPerson/name* con i suoi sotto-elementi *name/given* (Nome) e *name/family* (Cognome)
2. L’elemento *assignedAuthor/representedOrganization/id* - se presente - **DEVE** essere valorizzato con l’identificativo dell’ASL di convenzione del medico autore del documento. Il valore **DEVE** essere derivato dalla tabella FLS 11 DYNAMIC “2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1” (*@root*).

### custodian

Elemento **OBBLIGATORIO** che identifica l’organizzazione incaricata della custodia del documento originale. Per ulteriori dettagli riferirsi al documento Rif. 8.

1. *Custodian/AssignedCustodian/representedCustodianOrganization* **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *representedCustodianOrganization/id*.

### authenticator

authenticator è un elemento che identifica il soggetto che effettua la validazione clinica del documento.

Il soggetto che effettua la validazione è la stessa persona che interpreta il ruolo di autore (*author*). Il ruolo di validatore è differente da quello di firmatario del documento che, se presnte, è riportato in *legalAuthenticator*.

1. Il ruolo di validatore (*authenticator*) **DEVE** essere svolto dalla stessa persona che interpreta il ruolo di autore (*author*).
2. l’elemento *authenticator*  **DEVE** contenere un elemento a*uthenticator/assignedEntity/id* con *@root* valorizzato a “2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2” ed in cui nell’attributo *@extension* è riportato il Codice Fiscale del medico validatore.
3. L’elemento *authenticator* **DEVE** contenere l’elemento legalAuthenticator/time la cui componenente value **DEVE** seguire la sintassi *YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz*
4. L’attributo *authenticator/signatureCode/@code* **DEVE** essere valorizzato a “*S*” (Signed).

L’organizzazione a cui il validatore appartiene è mappata in *a*uthenticator/assignedEntity/representedOrganization. Nel caso del medico di famiglia, l’organizzazione da riportare è l’AUSL con cui è convenzionato.

Bisogna riportare identificativo, nome, recapito telefonico e indirizzo.

1. L’elemento *authenticator/assignedEntity/representedOrganization/id* **DEVE** essere valorizzato con l’identificativo dell’ASL di convenzione del medico validatore del documento. Il valore **DEVE** essere derivato dalla tabella FLS 11 DYNAMIC “2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1” (*@root*).
2. L’elemento *authenticator/assignedEntity/representedOrganization/name* **DEVE** essere valorizzato con il nome dell’ASL di convenzione del medico validatore del documento.
3. L’elemento *authenticator/assignedEntity/representedOrganization/telecom, ripetibile,* **DEVE** essere valorizzato con i recapiti telefonici dell’ASL di convenzione del medico validatore del documento.
4. L’elemento *authenticator/assignedEntity/representedOrganization/addr* **DEVE** essere valorizzato con l’indirizzo dell’ASL di convenzione del medico validatore del documento.

### legalAuthenticator

legalAuthenticator è un elemento **OPZIONALE** che identifica il soggetto che ha legalmente autenticato il documento PSS.

Si osserva che il CDA R2 non gestisce direttamente la firma elettronica del soggetto[[5]](#footnote-5) che ha legalmente autenticato il documento, ma gestisce, attraverso l’indicazione di uno specifico attributo, il fatto che il documento sia stato firmato (vedi di seguito elemento signatureCode). La firma elettronica può poi essere apposta secondo la normativa vigente.

1. Il ruolo di firmatario (*legalAuthenticator*) **DEVE** essere svolto dalla stessa persona che interpreta il ruolo di autore (*author*).
2. Se presente, l’elemento *legalAuthenticator*  **DEVE** contenere un elemento *legalAuthenticator/assignedEntity/id* con *@root* valorizzato a “2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2” ed in cui nell’attributo *@extension* è riportato il Codice Fiscale del medico firmatario.
3. Se presente, l’elemento *legalAuthenticator* **DEVE** contenere l’elemento legalAuthenticator/time la cui componenente value **DEVE** seguire la sintassi *YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz*
4. L’attributo *legalAuthenticator/signatureCode/@code* **DEVE** essere valorizzato a “*S*” (Signed).

### informationRecipient

Poiché questo tipo di Profilo Sanitario Sintetico non ha un destinatario predefinito l’elemento *informationRecipient* nonè da ritenersi necessario e pertanto NON DEVE essere presente

1. In questo tipo di documento la molteplicità dell’elemento *informationRecipient* **DEVE** essere uguale a zero

In questo contesto non si applica la CONF-CCD-14[[6]](#footnote-6).

### dataEnterer

dataEnterer è un elemento **OPZIONALE** che rappresenta la persona che trasforma un testo dettato nel documento CDA. Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda al documento Rif. 8.

### informant

L’*informant* è un elemento **OPZIONALE** che serve a descrivere la persona che ha fornito informazioni di interesse per il documento: per esempio la madre che coadiuva il pediatra nella fase di anamnesi o la persona che fornisce informazioni utili alla valutazione clinica per un paziente privo di conoscenza. Il suo utilizzo è suggerito se la fonte di informazioni non è né l’autore né il paziente. Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda al documento Rif. 8.

### participant

participant è un elemento **OPZIONALE** ed è usato per rappresentare tutti coloro (persone od organizzazioni) che sono in qualche forma coinvolti nell’atto descritto, ma non esplicitamente referenziate in altri elementi (author, informant, authenticator, etc.). L’entità *participant* non deve necessariamente essere coinvolta direttamente nell’atto documentato.

Nel caso di questo documento tale elemento – insieme al *guardian* - viene usato per indicare eventuali contatti (lista riferimenti).

1. L’ordine di elencazione dei *participant* **DOVREBBE** essere usato per indicare la priorità con cui i riferimenti devono essere chiamati in caso di necessità.

#### Esempio di uso del participant per indicare eventuali contatti

Come indicato in precedenza, questo elemento può essere usato per fornire le informazioni relative ad eventuali contatti del paziente, e quindi può essere usato per indicare un familiare, un parente, assistenti sociali, organizzazioni di volontariato/religiose, ecc., (che non siano già indicati con la classe guardian come aventi la patria potestà o non siano i tutori legali).

Un paziente può essere caratterizzato da uno o più contatti. La tipologia di contatto viene determinata in prima istanza attraverso l’attributo *@classCode* dell’*associatedEntity* : Un *participant* può essere classificato come parente, contatto di emergenza, o, genericamente, con coloro che forniscono assistenza ad anziani/malati (infermiere, badante, ecc.). L’attributo @*typecode* dell’elemento *participant* deve essere sempre valorizzato con “*IND*” ad indicare una partecipazione “INDIRETTA” all’atto.

Per tutti i contatti – se tale informazione è nota – si devono inoltre valorizzare gli elementi *addr* e *telecom* (per numero di telefono ed email), nonché i dettagli anagrafici *associatedPerson/name/family* e *associatedPerson/name/given* relativi al contatto Parenti.

Nelle sezioni seguenti sono riportati alcuni esempi di uso dell’elemento *participant* per gestire:

* parenti
* contatti in caso di emergenza
* assistenza a malati ed anziani

##### Parenti

I contatti identificabili come familiari, parenti più o meno stretti, sono rappresentati utilizzando *associateEntity/@classCode* valorizzato a “NOK”. L’elemento *code* può essere usato per indicare il grado di parentela: in tal caso si suggerisce di far riferimento al code system 2.16.840.1.113883.5.111 PersonalRelationshipRoleType.

Esempio

<participant typeCode="IND">

<associatedEntity classCode="NOK">

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="GNRBLM71E57A662F" />

<code code="FTH" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.111"

codeSystemName="PersonalRelationshipRoleType"

displayName="Padre "/>

<telecom value="tel: 0654981932"/>

<associatedPerson>

<name>

<given>Gennaro</given>

<family>Bellomo</family>

</name>

</associatedPerson>

</associatedEntity>

</participant>

##### Emergenza

I contatti da chiamare nel caso di emergenza sono caratterizzati da un *associateEntity/@classCode valorizzato a* “*ECON*”, qui di seguito un esempio di uso.

<participant typeCode="IND">

<associatedEntity classCode="ECON">

<telecom value="tel: 0654981932"/>

<associatedPerson>

<name>

<given>Teresa</given>

<family>Bellomo</family>

</name>

</associatedPerson>

</associatedEntity>

</participant>

##### Assistenza Malati ed Anziani

Infine i contatti di tipo “assistenti ad anziani e malati” sono caratterizzati da un *associateEntity/@classCode* valorizzato con *“CAREGIVER*”, qui di seguito un esempio.

<participant typeCode="IND">

<associatedEntity classCode="CAREGIVER">

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="RSSMRA56L20F839C" />

<addr>

<streetAddressLine>via Salaria, 23</streetAddressLine>

<city>Roma</city>

<postalCode>00168</postalCode>

</addr>

<telecom value="tel:0635367898"/>

<associatedPerson>

<name>

<given>Mario</given>

<family>Rossi</family>

</name>

</associatedPerson>

</associatedEntity>

</participant>

#### Nota realizzativa

Una gestione fortemente strutturata dei dati anagrafici relativi ai contatti, sebbene sia a livello informatico auspicabile, non è spesso coerente con le aspettative applicative degli operatori sanitari (i.e il medico è interessato in generale ad avere dei promemoria sui contatti relativi ad un paziente; non è interessato a fare ricerche od analisi su queste informazioni).

In considerazione di questo, nella maggioranza dei casi gli applicativi avranno informazioni testuali destrutturate sui contatti, in cui le informazioni su riferimenti telefonici, nominativi, od abitativi potranno essere parzialmente o totalmente raggruppate. In questo caso si suggerisce di gestire tali insiemi di informazioni utilizzando la flessibilità rappresentativa dei campi *addr* e *name;* vedi esempio qui di seguito:

<!— CONTATTO PARZIALMENTE DESTRUTTURATO -->

<participant typeCode="IND">

<associatedEntity classCode="ECON">

<addr>$STR\_INDIRIZZO\_CONTATTO</addr>

<associatedPerson>

<name>$STR\_REF\_CONTATTO</name>

</associatedPerson>

</associatedEntity>

</participant>

<!— CONTATTO TOTALMENTE DESTRUTTURATO -->

<participant typeCode="IND">

<associatedEntity classCode="NOK">

<addr>$STR\_CONTATTO</addr>

</associatedEntity>

</participant>

### inFulfillmentOf

inFulfillmentOf è un elemento **OPZIONALE** che indica che il documento CDA prodotto è stato creato in risposta ad una specifica richiesta (ordine): poiché tale documento viene generato non a seguito di una richiesta, ma in base alla valutazione di opportunità da parte del Medico, non si ritiene tale elemento necessario e pertanto **NON DEVE** essere presente.

1. In questo tipo di documento la molteplicità dell’elemento *inFulfillmentOf* **DEVE** essere uguale a zero

### documentationOf

Tale elemento, **OBBLIGATORIO**, indica che questo documento è stato creato al fine di documentare un evento (*documentationOf/serviceEvent*) di Cura del Paziente.

L’elemento serviceEvent/EffectiveTime sarà utilizzato per riportare la data dell’ultimo aggiornamento delle informazioni relative al PSS.

1. Il documento CDA**DEVE** essere conforme alle CONF-CCD-2, 3 e 4 del documento CCD.

### relatedDocument

relatedDocument viene utilizzato nella gestione delle trasformazioni successive alla prima versione del documento. relatedDocument è un elemento **OPZIONALE** alla prima generazione di un documento CDA ed è **OBBLIGATORIO** per le trasformazioni successive.

Si rimanda al documento Rif. 8 per i dettagli relativamente agli elementi relatedDocument/@typeCode, relatedDocument/parentDocument/id, relatedDocument/parentDocument/setId e relatedDocument/parentDocument/versionNumber.

### authorization

L’elemento authorization è **OPZIONALE** e viene utilizzato per documentare che è stata raccolta un’autorizzazione di consenso e che è stata anche documentata. L’indicazione sul tipo di autorizzazione raccolta viene veicolata attraverso l’elemento authorization/consent/code. Il tipo di consenso raccolto e documentato può rappresentare un consenso ad effettuare il serviceEvent, il consenso a distribuire il documento clinico a tutti i medici di medicina generale, etc.

Si osserva che l’elemento authorization/consent veicola l’informazione sul tipo di consenso raccolto e non veicola il valore oggettivo del consenso.

Si rimanda al documento Rif. 8 per i dettagli relativamente agli elementi authorization/consent, consent/id, consent/code e consent/statusCode.

### componentOf

*componentOf* è un elemento usato nelCDA per documentare l'incontro tra l'assistito e la struttura sanitaria (encounter) durante cui il CDA è stato prodotto: poiché questo Profilo Sanitario Sintetico non viene prodotto come atto documentativo di uno specifico encounter, non si ritiene necessario l’elemento *componentOf ch*e pertanto **NON DEVE** essere presente

1. In questo tipo di documento la molteplicità dell’elemento *componentOf* **DEVE** essere uguale a zero

# CDA structured BODY

## Generalità

Il body, strutturato secondo sezioni specifiche, contiene l’insieme dei dati clinici associati al paziente.

I diversi elementi <section> che compongono il body potranno contenere uno o più elementi di tipo <entry> che potranno essere di tipo solo narrativo, o parzialmente/totalmente codificati.

1. Ogni sezione **DEVE** contenere un CDA Narrative Block [parte narrativa di sezione] (*clinicalDocument/component/structuredBody/component/section/text*) ed un codice che ne definisce il tipo (*clinicalDocument/component/structuredBody/component/section/ code*).

Il contenuto informativo presente nelle entry codificate deve essere sempre riportato anche in forma testuale nel narrative block della sezione: per esempio non posso registrare una patologia cronica a livello di entry senza che questa informazione non sia evidente anche nel narrative block.

In base alla CONF-CCD-28 l’attributo *ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section/entry/@typeCode* PUÒ essere valorizzato a “*DRIV*”, che equivale a dire che la parte narrativa di sezione è interamente derivata dalle entry strutturate, di conseguenza la presenza di entry di tipo “*DRIV*” implica che a livello di sezione esiste una “sostanziale” corrispondenza 1 a 1 fra contenuto informativo della parte narrativa e di quella codificata.

1. Ogni informazione codificata contenuta nelle entry **DOVREBBE** referenziare esplicitamente il corrispettivo informativo nella parte narrativa, dove questo è applicabile.

Questa conformance rule soddisfa la CONF-CCD-29.

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

Esempio:

…..

<text>

<table>

<tbody>

<tr ID="id\_farmaco\_1">

<td ID="nome\_farmaco\_1">ADVIL IST.L.GELS\*100CPS PVC</td>

<td ID="pa\_farmaco\_1">IBUPROFENE</td>

<td ID="dosaggio\_farmaco\_1">200 MG</td>

<td ID="posologia\_farmaco\_1">1 compressa dopo i pasti principali</td>

<td ID="via\_somm\_farmaco\_1"/>

</tr>

</tbody>

</table>

</text>

……..

<entry>

<substanceAdministration classCode="SBADM" moodCode="EVN">

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.30.3.1.3.1" extension="RE00001.1"/>

<text>

<reference value="#id\_farmaco\_1"/>

</text>

……..

<consumable>

<manufacturedProduct classCode="MANU">

<manufacturedMaterial>

<code code="035718345" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5" codeSystemName="AIC" displayName="ADVIL IST.L.GELS\*100CPS PVC">

<originalText>

<reference value="#nome\_farmaco\_1"/>

</originalText>

</code>

</entry>

## Mappatura classi informative

La tabella seguente riporta per ogni sezione prevista dal PSS, una descrizione sintetica della stessa (colonna Descrizione) ed il livello di opzionalità all’interno del template definito da questa guida (colonna Obbligatorietà).

| **Sezione PSS** | Obbligatorietà | Descrizione |
| --- | --- | --- |
| **Allergie e Intolleranze** | OBBLIGATORIO | Sezione concepita per raccogliere ogni informazione relativa ad allergie, reazioni avverse, ed allarmi passati o presenti inerenti il paziente, se ritenute rilevanti.  Tale sezione deve essere sempre presente e deve riportare almeno le seguenti informazioni, se riferite dall’assistito:   * Reazioni avverse ai farmaci e/o alimenti note dell'assistito e eventuale descrizione delle caratteristiche della reazione osservata * Allergie documentate cutanee, respiratorie o sistemiche dell'assistito e eventuale descrizione delle caratteristiche della reazione osservata * Allergie a veleno di imenotteri   La parte della sezione inerente le allergie deve essere sempre presente, se non applicabile deve essere riportata esplicitamente la dizione: “Non sono note allergie” o un’espressione analoga. |
| **Terapie Farmacologiche** | OBBLIGATORIO | Sezione deputata alla registrazione di tutte le informazioni inerenti le terapie farmacologiche (prescrizioni, somministrazioni,…): terapie in atto, storia delle prescrizioni/terapie farmacologiche.  Tale sezione deve essere sempre presente e deve riportare le terapie croniche in atto alla data di compilazione, ritenute rilevanti dal medico, come ad esempio la TAO e il trattamento insulinico.  Informazioni su terapie pregresse possono essere eccezionalmente presenti qualora il medico le ritenga rilevanti per un corretto quadro clinico del paziente.  Nel caso in cui non vi siano terapie in atto la sezione dovrebbe esplicitamente riportare la dizione “Non sono note terapie farmacologiche continuative in atto” o un’espressione analoga. |
| **Vaccinazioni** | RACCOMANDATO | Sezione usata per riportare le informazioni relative allo stato attuale di immunizzazione (vaccinazioni) del paziente e alle vaccinazioni effettuate a cui il paziente si è sottoposto in passato, di cui è a conoscenza documentata il medico di famiglia. |
| **Lista dei Problemi** | OBBLIGATORIO | Tale sezione è concepita per documentare tutti i problemi clinici rilevanti noti al momento in cui è stato generato il documento (problemi clinici, condizioni, sospetti diagnostici e diagnosi certe, sintomi attuali o passati).  Le parti inerenti i problemi potranno essere strutturate secondo strutture SOVP (Soggettività, Oggettività, Valutazione, Pianificazione).  Tale sezione deve essere sempre presente e deve riportare almeno le seguenti informazioni:   * Patologie croniche e/o rilevanti * Organi mancanti * Trapianti effettuati (diagnosi) * Rilevanti malformazioni.   Se non applicabile, deve essere riportata esplicitamente la dizione: “Non sono noti problemi cronici attivi” o un’espressione analoga”. |
| **Anamnesi Familiare** | OPZIONALE | Sezione usata per documentare l’anamnesi familiare relativa ai parenti biologici del paziente. Se necessario, vengono indicate l’età di morte e la causa di morte. Tali informazioni servono a qualificare potenziali fattori di rischio per il paziente in relazione alla storia dei membri familiari (rischio eredo-familiare). |
| **Stile di vita** | RACCOMANDATO | Questa sezione contiene i dati che definiscono lo stile di vita del paziente, l’attività lavorativa, la condizione sociale, fattori di rischio ambientali; così come informazioni amministrative come stato civile, livello di istruzione, razza, etnia,..  Sono da riportarsi gli elementi che potrebbero avere una influenza sulla rappresentazione del quadro clinico, o sullo stato di benessere psicologico o fisico, del paziente. |
| **Gravidanze e Parto** | OPZIONALE | Questa sezione è utilizata per riportare tutte le informazioni inerenti gravidanze, parti, eventuali complicanze derivate e stato mestruale (incluso menarca, menopausa, ecc.) ritenute rilevanti. |
| **Parametri Vitali** | OPZIONALE | Sezione utilizzata per riportare le informazioni relative ai parametri vitali, attuali e passati, rilevanti ai fini del quadro clinico del paziente, in particolare almeno altezza, peso, indice di massa corporea, pressione arteriosa. |
| **Protesi, Impianti e Ausili** | OBBLIGATORIO | Sezione in cui sono descritte tutte le informazioni inerenti dispositivi medici, ausili, protesi,…(“devices”) siano essi impiantati che esterni, da cui dipende, o è dipeso, lo stato di salute del paziente.  Tale sezione deve essere sempre presente e deve riportare almeno le seguenti informazioni relative a protesi e impianti permanenti e ad ausili, in uso dal paziente.  Se non applicabile, deve essere riportata esplicitamente la dizione: “Non sono noti protesi, impianti o ausili” o un’espressione analoga. |
| **Piani di Cura** | OPZIONALE | Sezione usata per documentare tutte le informazioni relative a piani di cura riabilitativi o terapeutici.  Potranno essere inseriti tutti gli ordini non ancora evasi legati a prestazioni, visite, procedure chirurgiche, terapie.  Questa sezione può contenere anche informazioni concernenti memo clinici od esiti attesi. |
| **Trattamenti e Procedure Terapeutiche, Chirurgiche e Diagnostiche** | OBBLIGATORIO | Sezione utilizzata per documentare le procedure (interventistiche, diagnostiche, chirurgiche, terapeutiche,…) pertinenti il paziente oggetto del documento.  Tale sezione deve essere sempre presente e deve riportare almeno le infomazioni sui trapianti effettuati.  Se non applicabile, deve essere riportata esplicitamente la dizione: “Non sono noti trattamenti e procedure chirurgiche” o un’espressione analoga. |
| **Visite o Ricoveri** | OPZIONALE | Sezione utilizzata per documentare i “contatti” rilevanti, recenti o passati, fra paziente e operatore sanitario (e.g. ricoveri, visite ambulatoriali o domiciliari,..) pertinenti il paziente oggetto del documento. |
| **Stato funzionale del paziente** | OBBLIGATORIO | Tale sezione deve essere sempre presente e deve riportare almeno la valutazione della capacità motoria dell’assistito (autonomo, assistito, allettato).  Opzionalmente possono riportate le indicazioni sul regime di assistenza (ADI, ADP).  La sezione è deputata alla descrizione in senso lato delle capacità funzionali attuali del paziente, include informazioni, tra le altre, relative a:   * Problemi ambulatori * Mental test, scala di depressione * Valutazioni ADL (Activities of Daily Living) * Problemi di comunicazione (parlato, scritto, problemi cognitivi,….) * Capacità percettive (vista, udito, tatto, gusto, problemi di equilibrio,…) * Problemi di socializzazione e/o occupazionali   Il documento dovrebbe riportare ogni deviazione da condizioni di normalità. |
| **Indagini diagnostiche e Esami di laboratorio** | RACCOMANDATO | Sezione in cui sono riportati tutti i risultati relativi ad indagini diagnostiche e ad esami di laboratorio rilevanti ai fini della storia clinica del paziente. |
| **Assenso / Dissenso Donazione Organi** | OPZIONALE | Sezione concepita per documentare le volontà del paziente in materia di espianto. |
| **Esenzioni** | RACCOMANDATO | Eventuali codici di esenzione dal pagamento del ticket dell’assistito |
| **Reti di patologia** | RACCOMANDATO | Eventuali reti di patologia cui appartiene l’assistito |

Tabella – Sezioni PSS

1. Il Profilo Sanitario Sintetico **DEVE** contenere una ed una sola sezione “Allergie e Intolleranze” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1”)
2. Il Profilo Sanitario Sintetico **DEVE** contenere una ed una sola sezione “Terapie Farmacologiche” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2”)
3. Il Profilo Sanitario Sintetico **DOVREBBE** contenere una ed una sola sezione “Vaccinazioni” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.3”)
4. Il Profilo Sanitario Sintetico **DEVE** contenere una ed una sola sezione “Lista dei Problemi’” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.4”)
5. Il Profilo Sanitario Sintetico **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Anamnesi Familiare” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.16”)
6. Il Profilo Sanitario Sintetico **DOVREBBE** contenere una ed una sola sezione “Stile di Vita” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.6”)
7. Il Profilo Sanitario Sintetico **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Gravidanze e Parto” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.7”)
8. Il Profilo Sanitario Sintetico **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Parametri Vitali” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.8”)
9. Il Profilo Sanitario Sintetico **DEVE** contenere una ed una sola sezione “Protesi, impianti e ausili” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.9”)
10. Il Profilo Sanitario Sintetico **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Piani di cura” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.10”)
11. Il Profilo Sanitario Sintetico **DEVE** contenere una ed una sola sezione “Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11”)
12. Il Profilo Sanitario Sintetico **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Visite e Ricoveri ” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.12”)
13. Il Profilo Sanitario Sintetico **DEVE** contenere una ed una sola sezione “Stato funzionale del Paziente” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13”)
14. Il Profilo Sanitario Sintetico **DOVREBBE** contenere una ed una sola sezione “Indagini diagnostiche e esami di laboratorio” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14”)
15. Il Profilo Sanitario Sintetico **PUÒ** contenere una sezione “Assenso / Dissenso Donazione Organi” (“2.16.840.1.113883.10.20.1.1”)
16. Il Profilo Sanitario Sintetico **DOVREBBE** contenere una sezione “Esenzioni” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17”)
17. Il Profilo Sanitario Sintetico **DOVREBBE** contenere una sezione “Reti di Patologia” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.18”).

## Allergie e Intolleranze

Le informazioni relative alle allergie ed alle reazioni avverse ed ad eventuali altre condizioni di allarme sono mappate all’interno della sezione individuata dal codice LOINC “*48765-2*” (“*Allergie &o reazioni avverse*”).

Tale sezione deve riportare almeno le seguenti informazioni, se riferite dall’assistito:

* Reazioni avverse ai farmaci e/o alimenti note dell'assistito e eventuale descrizione delle caratteristiche della reazione osservata;
* Allergie documentate cutanee, respiratorie o sistemiche dell'assistito e eventuale descrizione delle caratteristiche della reazione osservata;
* Allergie a veleno di imenotteri.

Possibili asserzioni da gestire all’interno di questa sezione sono:

* Intolleranze/Allergie a Farmaci :
* Reazione avversa a AUGMENTIN\*12cpr riv 875mg+125M 026089019, (causato prurito e rossore). Insorgenza 10/05/2005
* Intolleranza a AUGMENTIN\*12cpr riv 875mg+125M (estesa a tutti gli ATC J01C)
* Intolleranza a P.A. amoxicillina
* Allergia a P.A. amoxicillina
* Intolleranza a tutti gli antibiotici tranne amoxicillina
* Allergia ad ATC J01C
* Reazione avversa a preparato erboristico con ortica
* Altri Allarmi
* Allergia pollini
* Allergia prodotti caseari (attenzione possibile shock mortale!)
* Intolleranza alimentare a formaggio (si gratta tutta la notte)
* Intolleranza alla luce
* Non Sono Note Allergie

La sezione è obbligatoria.

1. La sezione “Allergie e Intolleranze” (LOINC: “48765-2”, “*Allergie &o reazioni avverse*”) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1*.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1* relativo alla sezione “Allergie e Intolleranze”.

### Requisiti di sezione

Tale sezione è adattata a partire dai template CCD 2.16.840.1.113883.10.20.1.2 “Alerts” IHE PCC 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.13 “Allergies and Other Adverse Reactions”.

1. La sezione “Allergie e Intolleranze” (“*48765-2*”) **DEVE** avere un *section/title* valorizzato a “*Allergie e Intolleranze*”.
2. La sezione “Allergie e Intolleranze” (“*48765-2*”) **DEVE** contenere almeno una *entry* di tipo “Allergia o Intolleranza” conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1*”.

Esempio:

<component>

<section>

<templateId root=’2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1'/>

<id **$ID\_SEZ** />

<code code='48765-2' displayName='Allergie, Reazioni Avverse’ codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<title>Allergie e Intolleranze</title>

<text>

**$NARRATIVE\_BLOCK**

</text>

<!-- Molteplicità 1 …N - Allergia o Intolleranza -->

<entry>

**$ALLERGY**

</entry>

<!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..1--->

**$NOTE**

</section>

</component>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.

$**NARRATIVE\_BLOCK** = descrizione testuale del contenuto di sezione.

$**ALLERGY** = Descrizione dettagliata dell’Allergia o Intolleranza (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1”) vedi § 4.3.2 –“Allergia o Intolleranza”

**$NOTE =** Eventuali Note. Vedi § 4.3.3.5 - Commenti

L’assenza di allergie o reazioni allergiche conosciute DEVE essere esplicitamente indicata. (vedi $ 4.3.3.1 - Indicazione Assenza Allergie Note)

È inoltre possibile utilizzare un elemento “Commenti” (**$NOTE**) nel caso in cui, in presenza di uno o più elementi $**ALLERGY** che indichino la presenza di uno o più tipi di Allergie o Intolleranze, si voglia comunque sottolineare la concomitante assenza di altri tipi di allergie o intolleranze, in relazione agli elementi obbligatori indicati all’inizio del presente capitolo.

### Allergia o Intolleranza

Le informazioni su un’allergia o un’intolleranza sono fornite attraverso un atto (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1*).

1. Un elemento di tipo “Allergia o Intolleranza” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo del template dell’act: “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1*”.
2. Un elemento di tipo “Allergia o Intolleranza” **DEVE** includere una ed una sola “Osservazione Allergia o Intolleranza”, conforme ad uno dei seguenti template: - ”*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3*”; ”*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4*”.

Una “Osservazione Allergia o Intolleranza” **PUÒ** riguardare dati relativi ad intolleranze, allergie o reazioni avverse (template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3*); o l’indicazione esplicita che non vi siano allergie da riportare (template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4*).

Il valore per *act/statusCode* **DEVE** essere derivato dal ValueSet X\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC. Si veda il paragrafo 6.2.1.2 per i possibili valori.

In generale in un Profilo Sanitario Sintetico lo *statusCode* è di tipo “active”.

L’elemento *effectiveTime* descrive l’intervallo di tempo in cui il “problema” è attivo.

1. L’elemento *act/effectiveTime/low* **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con @nullflavor = “UNK”

L’elemento *act/effectiveTime/high* **DEVE** essere sempre presente quando lo *act/statusCode* è “*completed*” o “*aborted*”; **NON DEVE** essere presente negli altri casi.

Esempio

<act classCode='ACT' moodCode='EVN'>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1” />

<id **$ID\_SEZ** />

<code nullFlavor='NA'/>

<statusCode code='**$STATUS\_CODE**’ />

<effectiveTime>

<!-- RICHIESTO -->

<low ( value=’$LOW\_TS’ | nullFlavor="UNK" )/>

<!- OPZIONALE -->

<high value=’$HIGH\_TS’/>

</effectiveTime>

<!—UNA SOLA entryRelationship -->

<entryRelationship type='SUBJ'>

**$OINT\_CONCERN | $NO\_ALLERGIES**

</entryRelationship>

</act>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.

**$LOW\_TS** = data di inizio tracciamento del problema. Se non noto valorizzare l’elemento col nullFlavor = **UNK.**

**$HIGH\_TS** = data di fine tracciamento del problema. Non presente se stato diverso da *aborted* o *completed*.

**$STATUS\_CODE** = Stato dell’atto. Nel Profilo Sanitario Sintetico DOVREBBE essere sempre valorizzato ad “active”

**$OINT\_CONCERN** = Osservazione Intolleranza od Allergia vedi § 4.3.3 - Osservazione Allergia o Intolleranza.

**$NO\_ALLERGIES** = elemento da utilizzare in caso di assenza di allergie note. Vedi § 4.3.3.1 - Indicazione Assenza Allergie Note

### Osservazione Allergia o Intolleranza

Le informazioni di dettaglio relative ad un allarme generico, ad un’allergia od intolleranza, o relative all’assenza di allergie sono passate attraverso un elemento di tipo Observation.

Nei successivi paragrafi viene fornita una descrizione di come l’Osservazione Allarme sia coniugata nei diversi casi d’uso sopra indicati:

* § 4.3.3.1 “Indicazione Assenza Allergie Note”
* § 4.3.3.2 “ Osservazione Intolleranza od Allergia”

1. L’elemento *di tipo “Osservazione Allergia o Intolleranza”* **DEVE** essere conforme al template ”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3”.
2. L’elemento *observation/id* **DEVE** avere molteplicità 1

Se presente, l’attributo *observation/text/reference/@value* **DEVE** essere valorizzato con l’URI che punta alla descrizione dell'allarme, allergia o intolleranza nel narrative block della sezione.

L’elemento *effectiveTime,* descrive l’intervallo di tempo in cui ciò che viene osservato (e.g. la condizione di allergia) è attivo.

1. L’elemento *observation/effectiveTime/low* **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con @nullflavor = “UNK”

*observation/value* è un descrittore dell’allarme, dell’allergia o della reazione avversa e può essere di tipo codificato o non codificato.

L’elemento *observation/valu*e può essere codificato od essere una stringa non codificata, in ogni caso il tipo di tale elemento **DEVE** essere sempre un valore codificato (*xsi:type='CD'*). Nel primo caso (codificato) gli attributi *@code* e *@codeSystem* **DEVONO** essere presenti; nel secondo (non codificato) tutti gli attributi escluso *xsi:type='CD'* **DEVONO** essere assenti e l’elemento *originalText* valorizzato.

Se l’attributo *originalText/reference/@value* è presente questo **DEVE** essere valorizzato con l’URI che punta alla descrizione del concetto espresso all’interno del narrative block.

In generale è possibile fornire informazioni aggiuntive relative all’allarme o all’allergia, quali per esempio il suo stato, eventuali reazioni avverse associate e la loro severità, commenti o annotazioni, tramite delle opportune classi referenziate attraverso la relazione *entryRelationship.*

Qui di seguitosono descritte le relative regole da applicarsi per i diversi casi.

Per descrivere la criticità di un’allergi o intolleranza **PUÒ** essere utilizzato il template “Criticità dell’allergia o intolleranza”, “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.3*”.

Una Osservazione Allarme Allergia o Intolleranza **PUÒ** includere una ed una sola entryRelationship che descrive criticità dell’allergia o intolleranza.

Vedi § 4.3.3.3 “Criticità dell’allergia o intolleranza” per i dettagli.

Il valore di *entryRelationship/@inversionInd,* in una relazione fra un’osservazione Allergia o Intolleranza e la sua criticità, **DEVE** essere “true” *2.16.840.1.113883.5.1002* ActRelationshipType STATIC.

Per descrivere lo stato clinico di un’allergia (attivo, in remissione, …) **PUÒ** essere utilizzato il template “TemplateStatoProblema”, “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6*”.

Vedi § 4.3.3.4 “ Stato dell’allergia” per i dettagli.

Una Osservazione Allergia o Intolleranza **PUÒ** includere una ed una sola *entryRelationship* che descrive lo stato clinico dell’allarme o allergia.

Un Osservazione Allergia o Intolleranza **PUÒ** infine contenere uno o più commenti e annotazioni, descritti attraverso un atto conforme al template “Commenti” “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7*” di cui viene fornita una descrizione nel § 4.3.3.5 “ Commenti”.

Il valore di *entryRelationship/@typeCode* in una relazione fra una osservazione allergia o intolleranza ed i suoi commenti **DEVE** essere “*SUBJ*” *2.16.840.1.113883.5.1002* ActRelationshipType STATIC.

Il valore di *entryRelationship/@inversionInd* in una relazione fra problem observation ed una comment entry **DEVE** essere “*true*” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC.

#### Indicazione Assenza Allergie Note

L’indicazione di assenza di allergie note sarà descritta attraverso il template “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4”.

1. L’Indicazione Assenza di Allergie Note **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una *entryRelationship/observation* conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4”.*
2. Il valore dell’elemento *observation/code* **DEVE** essere OINT, derivato da ActCode STATIC (“2.16.840.1.113883.5.4”).
3. *Observation/value* **DEVE** essere valorizzato con valore derivato dal Value Set UnknownAllergies\_PSSIT DYNAMIC.

Si veda 6.2.1.3 - UnknownAllergies\_PSSIT per i possibili valori.

In caso di entry conforme a questo template è plausibile attendersi l’assenza di entryRelationship che descrivano la severità, lo stato Clinico, etc.

Segue un esempio di observation relativa all’indicazione di assenza allergie note.

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">

<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4"/>

<!-- Alert observation template -->

<id **$ID\_SEZ** />

<code code="OINT" codeSystem='2.16.840.1.113883.5.4' codeSystemName='ObservationIntoleranceType'/>

<statusCode code="completed"/>

<text><reference value=' **#$REF\_ALLARME**'/></text>

<effectiveTime>

<low ( value=’$LOW\_TS’ | nullFlavor="UNK" )/>

</effectiveTime>

<value xsi:type="CD" code=" no-allergy-info " codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1150.1” displayName=" Informazioni non note su allergie "/>

<!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..1--->

**$NOTE**

</observation>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.

**$REF\_ALLARME** = riferimento incrociato alla descrizione dell’elemento nella parte narrativa

**$LOW\_TS** = data inizio stato di assenza di allergie. Se non noto valorizzare l’elemento col nullFlavor = **UNK.**

**$NOTE =** Eventuali Note. Vedi § 4.3.3.5 - Commenti

#### Osservazione Intolleranza od Allergia

In caso di indicazione di un allarme relativo ad una intolleranza od un’allergia questa sarà descritta attraverso un observation conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3* (Osservazione Intolleranza ed Allergia).

1. L’osservazione Intolleranza od Allergia **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una *entryRelationship/observation* conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3.*
2. Il valore dell’elemento *observation/code* **DEVE** essere derivato dal Value Set ObservationIntoleranceType DYNAMIC, e in tal caso *observation/code/@codeSystem* **DEVE** essere valorizzato con “2.16.840.1.113883.5.4”.

| **Codice** | **Designazione** | **Designazione (originale)** | **Descrizione** |
| --- | --- | --- | --- |
| OINT | Allergia o Intolleranza | Intolerance | Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa a fronte di una esposizione ad un agente. (Valore più generico) |
| ALG | Allergia | Allergy | Ipersensibilità ad un agente causato da una risposta immunologioca ad una esposizione iniziale. |
| DALG | Allergia Farmaci | Drug Allergy | Allergia ad un prodotto farmacologico |
| EALG | Allergia Ambientale | Environmental Allergy | Allergia non associabile a farmaci o cibo. E.g. Lattice, polline, etc. |
| FALG | Allergia al Cibo | Food Allergy | Allergia ad una sostanza generalmente consumata per scopi nutritivi |
| NAINT | Intolleranza non allergica | Non-Allergy Intolerance | Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa, di tipo non immunitario |
| FNAINT | Intolleranza non allergica al Cibo | Food Non-Allergy Intolerance | Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa, di tipo non immunitario, associabile ad una sostanza generalmente consumata per scopi nutritivi |
| DNAINT | Intolleranza non allergica ai Farmaci | Drug Non-Allergy Intolerance | Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa, di tipo non immunitario, associabile ad un farmaco |
| ENAINT | Intolleranza non allergica Ambientale | Environmental Non-Allergy Intolerance | Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa, di tipo non immunitario, non associabile a farmaci o cibo. E.g. Lattice, polline, etc. |
| FINT | Intolleranza non allergica al Cibo | Food Intolerance | Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa associabile ad una sostanza generalmente consumata per scopi nutritivi |
| DINT | Intolleranza non allergica ai Farmaci | Drug Intolerance | Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa associabile ad un farmaco |
| EINT | Intolleranza non allergica Ambientale | Environmental Intolerance | Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa non associabile a farmaci o cibo. E.g. Lattice, polline, etc. |

Tabella - Valori ammessi per observation/code (ObservationIntoleranceType) – HL7

1. Il valore dell’elemento observation/value **DOVREBBE** essere *@code*=*"52473-6",* *@codeSystem*="*2.16.840.1.113883.6.1*", *@displayName*="*Allergia o causa della reazione*".

La descrizione dell’agente viene fatta attraverso un elemento *participant.* Si richiede che l’agente sia esplicitamente incluso o come agente codificato, o come agente non codificato, o come esplicita indicazione di agente non noto.

Si veda il § 4.3.3.2.1 - Descrizione Agente.

1. L’Osservazione Intolleranza ed Allergia **DEVE** includere almeno un elemento *participant* che rappresenta l’agente che ha causato l’allergia (intolleranza) e/o la reazione avversa. Tale agente **PUÒ** essere in forma codificata o non codificata.

È possibile registrare anche eventuali informazioni sulle reazioni, manifestazioni dell’intolleranza o dell’allergia descritta attraverso l’Osservazione Intolleranza ed Allergia; tale descrizione, rappresentata dall’elemento Osservazione Reazione Avversa, potrà essere in forma codificata o non codificata.

Si veda il § 4.3.3.2.2 - Descrizione Reazione.

1. Una Osservazione Intolleranza ed Allergia **PUÒ** includere una o più Osservazione Reazione Avversa. Una Osservazione Reazione Avversa **PUÒ** essere in forma codificata (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1*) o non codificata (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2*).
2. Il valore di *entryRelationship/@typeCode* in una relazione fra Alert observation ed una reaction observation (*2.16.840.1.113883.10.20.1.54*) **DEVE** essere “*MFST*”, “In manifestation of” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC.

In alcuni contesti, nel caso di intolleranze ai farmaci, può essere interessante poter distinguere la descrizione di una effettiva reazione avversa, da una generica indicazione di allergia, che potrebbe derivare da una inferenza del medico. Tale distinzione, non possibile tramite l’observation/code, può essere derivata dalla presenza o meno della descrizione della reazione avversa.

Esempio.

<observation classCode='OBS' moodCode='EVN' negationInd='false'>

<templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3'/>

<id **$ID\_SEZ**/>

<code code=**'$OBS\_CODE’** codeSystem='2.16.840.1.113883.5.4' codeSystemName='ObservationIntoleranceType'/>

<statusCode code='completed'/>

<text><reference value=' **#$REF\_TXT\_ALLARME**'/></text>

<effectiveTime>

<low ( value=’$LOW\_TS’ | nullFlavor="UNK" ) />

<!—OPZIONALE -->

<high value=’$HIGH\_TS’ />

</effectiveTime>

<value xsi:type="CD" @code="52473-6", @codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1", @displayName="Allergia o causa della reazione" />

<!-- Descrizione agente molteplicità 0..N; @nullflavor="UNK" solo nel caso in cui l’agente non sia noto--->

**$CODED\_AGENT|$UNCODED\_AGENT**

<!-- Descrizione Reazioni molteplicità 0..N--->

**$CODED\_REACTION|$UNCODED\_REACTION**

<!-- Descrizione della criticità dell’allergia o intolleranza 0..1--->

**$CRITICALITY**

<!— Stato dell’Allergia molteplicità 0..1-->

**$STATO\_ALLERGIA**

<!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..1--->

**$NOTE**

</observation>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.

**$OBS\_CODE** = Indica il tipo di reazione avversa che si sta descrivendo: intolleranza generica, intolleranza non allergica, allergia,…. Viene valorizzato con i dati del Value Set ObservationIntoleranceType (vedi anche Tabella 3).

**$LOW\_TS** = data di insorgenza del problema. Se non noto valorizzare l’elemento col nullFlavor = **UNK.**

**$HIGH\_TS** = data di risoluzione del problema. Se il problema è ancora attivo questo valore deve essere omesso.

**$REF\_TXT\_ALLARME** = riferimento incrociato alla descrizione dell’elemento nella parte narrativa

**$CODED\_AGENT** = Descrizione agente (codificata). Vedi § 4.3.3.2.1.1 - Descrizione Agente (Codificato).

**$UNCODED\_AGENT** = Descrizione agente (non codificata). Vedi § 4.3.3.2.1.2 - Descrizione Agente (Non Codificato)

**$CODED\_REACTION** = Descrizione reazione (codificata). Vedi § 4.3.3.2.2.1 - Descrizione Reazioni Codificata

**$UNCODED\_REACTION =** Descrizione reazione (non codificata). vedi § 4.3.3.2.2.2 - Descrizione Reazioni Non Codificata

**$CRITICALITY** = Indicazione del livello di criticità dell’allergia o intolleranza. Vedi § 4.3.3.3 “Criticità dell’allergia o intolleranza”.

**$STATO\_ALLERGIA =** Indicazione dello stato clinico del problema rilevato. Vedi § 4.3.3.4 - Stato dell’allergia

**$NOTE =** Eventuali Note. Vedi § 4.3.3.5 - Commenti

##### Descrizione Agente

L'allergia ad un agente (sia esso un farmaco o no) viene descritta attraverso una observation che DEVE contenere almeno un elemento di tipo <participant>, che referenzia la sostanza scatenante all’interno di un elemento <playingEntity>.

Tale soluzione è da utilizzarsi anche nel caso in cui la sostanza non sia un manufatto, o anche nel caso in cui non sia un elemento (e.g luce) (“*The agent responsible for an allergy or adverse reaction is not always a manufactured material, nor is it necessarily consumed. The following constraints reflect limitations in the base CDA R2 specification, and should be used to represent any type of responsible agent*.”)

Sebbene la struttura consenta di utilizzare l’elemento <translation> per referenziare quasi sinonimi dell’agente in altri schemi di codifica, l’uso di questo elemento deve essere fatto solo nei casi in cui realmente si tratti di mappare la stessa informazione su due schemi diversi sullo stesso atto. Per esempio nell’esempio sopra riportato “Intolleranza a AUGMENTIN\*12cpr riv 875mg+125M (estesa a tutti gli ATC J01C )”, l’allergia al farmaco AUGMENTIN\*12cpr riv 875mg è un fatto, l’indicazione che possa essere allergico a tutti i Beta-Lattanidi è una inferenza.

In tal caso è più appropriato spezzare l’informazione su due observation diverse invece di usare l’elemento <translation>.

Se l’agente che ha causato la reazione allergica non è noto, allora si utilizzerà un nullFlavor valorizzato con “*UNK*”.

1. Se l’agente che ha causato la reazione allergica non è noto, **DEVE** essere valorizzato solo l’attributo *@nullFlavor*=“*UNK*” di *participant/participantRole/playingEntity/code.*

###### Descrizione Agente (Codificato)

1. Il valore per *participant/participantRole/playingEntity/code* - per le somministrazioni farmaceutiche - **DEVE** essere selezionato dai sistemi di codifica WHO ATC (*2.16.840.1.113883.6.73*) o AIC (*2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5*).
2. Il valore per *participant/participantRole/playingEntity/code* - per le allergie non a farmaci – **DOVREBBE** essere selezionato dal value set AllergenNoDrugs\_PSSIT DYNAMIC *(@codeSystem* 2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8 *@codeSystemName* ProfiloSanitarioSinteticoIT).

Per il value set AllergenNoDrugs\_PSSIT si veda il paragrafo 6.2.1.5.

Nel caso di allergia a vaccini, è possibile utilizzare i sistemi di codifica WHO ATC per indicare che l’agente è il principio attivo del vaccino, oppure l’AIC nel caso in cui sia possibile individuare uno specifico farmaco usato nella vaccinazione.

<participant typeCode='CSM'>

<participantRole classCode='MANU'>

<playingEntity classCode='MMAT'>

**<code code=**'**$COD\_AGENTE**' **codeSystem=**'**$COD\_SYS\_AGENT**' **codeSystemName="$DESC\_COD\_SYS\_AGENT**" **displayName**=’**$DESC\_AGENTE**’**>**

<originalText><reference value='**#$REF\_AGENT**'/></orginalText>

</code>

</playingEntity>

</participantRole>

</participant>

Descrizione:

**$COD\_AGENTE** = Se applicabile, codice dell’agente scatenante.

**$DESC\_AGENTE** = descrizione dell’agente scatenante

**$DESC\_COD\_SYS\_AGENT** = descrizione del sistema di codifica utilizzato

**$COD\_SYS\_AGENT** = OID dello schema di codifica utilizzato per indicare gli agenti.

**$REF\_AGENT** = riferimento incrociato alla descrizione dell’agente nella parte narrativa

###### Descrizione Agente (Non Codificato)

Nel caso in cui l’agente scatenante non sia descrivibile attraverso uno schema di codifica condiviso, l’elemento code viene comunque incluso valorizzandolo con un NullFlavor, la indicazione esplicita dell’agente è passata attraverso un riferimento alla descrizione testuale nel narrative block.

1. Il valore per *participant/participantRole/playingEntity/code* **DEVE** avere valorizzato solo l’attributo *@nullFlavor* = “*NI*”.
2. *participant/*participantRole*/playingEntity/code* **DEVE** includere un elemento *originalText/reference* che riporta un riferimento alla descrizione dell’agente nel Narrative Block.

<participant typeCode='CSM'>

<participantRole classCode='MANU'>

<playingEntity classCode='MMAT'>

<code nullFlavor="NI">

<originalText><reference value='**#$REF\_AGENT**'/></orginalText>

</code>

</playingEntity>

</participantRole>

</participant>

Descrizione:

**$REF\_AGENT** = riferimento incrociato alla descrizione dell’agente nella parte narrativa

##### Descrizione Reazione

La descrizione delle reazioni, che sono la manifestazione dell’intolleranza o dell’allergia descritta attraverso l’elemento “Osservazione Intolleranza od Allergia”, viene fatta usando un elemento di tipo observation collegato alla descrizione del problema attraverso una relazione di tipo MANIFEST.

La suddetta informazione – che può essere in forma codificata o non codificata - è gestita attraverso i seguenti template:

1. *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1* nel caso di reazioni codificate (vedi § 4.3.3.2.2.1 “Descrizione Reazioni Codificata”)
2. *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2* nell’altro caso (vedi § 4.3.3.2.2.2 “Descrizione Reazioni Non Codificata”)
3. Il valore di *observation/code* **DEVE** essere @code=“75321-0”, *@displayName*=“Obiettività Clinica”, *@codeSystem*=“*2.16.840.1.113883.6.1*”.

L’elemento *observation/valu*e può essere codificato od essere una stringa non codificata, in ogni caso il tipo di tale elemento **DEVE** essere sempre un valore codificato (xsi:type=*'CD'*). Nel primo caso (codificato) gli attributi *@code* e *@codeSystem* **DEVONO** essere presenti; nel secondo (non codificato) tutti gli attributi escluso xsi:type=*'CD'* **DEVONO** essere assenti e l’elemento originalText valorizzato.

Se l’attributo *originalText/reference/@value* è presente questo **DEVE** essere valorizzato con l’URI che punta alla descrizione del concetto espresso all’interno del narrative block.

###### Descrizione Reazioni Codificata

1. La conformità con template Descrizione Reazioni Codificata **DEVE** essere dichiarata valorizzando il templateId a *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1.*
2. Il valore di *observation/value* **DOVREBBE** essere derivato dal sistema di codifica ICD9-CM (“2.16.840.1.113883.6.103”), in particolare dal Value Set ReazioniIntolleranza\_PSSIT DYNAMIC per le reazioni da intolleranza, o dal Value Set ReazioniAllergiche\_PSSIT DYNAMIC per le reazioni allergiche, entrambi derivati da ICD9-CM.

Per il value set ReazioniIntolleranza\_PSSIT DYNAMIC si veda il paragrafo 6.2.1.6.

Per il value set ReazioniAllergiche\_PSSIT DYNAMIC si veda il paragrafo 6.2.1.7.

<entryRelationship typeCode='MFST'>

<observation classCode='OBS' moodCode='EVN' >

<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1"/>

<id **$ID\_SEZ**/>

<code code='75321-0' displayName= “Obiettività Clinica”

codeSystem=”2.16.840.1.113883.6.1”codeSystemName=”LOINC”/>

<text><reference value=' **#$ REF\_TXT\_REAZ**'/></text>

<statusCode code='completed'/>

<effectiveTime>

<low ( value=’$LOW\_TS’ | nullFlavor="UNK" ) />

<!—OPZIONALE -->

<high value=’$HIGH\_TS’ />

</effectiveTime>

<value xsi:type='CD' code='$COD\_REAZ'

codeSystem='2.16.840.1.113883.6.103'

displayName='$DESC\_REAZ' codeSystemName='ICD-9CM (diagnosis codes)'>

<originalText>

<reference value='**#$REF\_REAZ**'/>

</originalText>

</value>

</observation>

</entryRelationship>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.

**$REF\_TXT\_REAZ** = riferimento incrociato alla descrizione dell’elemento nella parte narrativa

**$LOW\_TS** = data di insorgenza del problema. Se non noto valorizzare l’elemento col nullFlavor = **UNK.**

**$HIGH\_TS** = data di risoluzione del problema. Se il problema è ancora attivo questo valore deve essere omesso.

**$DESC\_REAZ** = descrizione della reazione secondo la codifica **ICD9-CM**

**$COD\_REAZ** = codice della reazione secondo la codifica **ICD9-CM**

**$REF\_REAZ** = riferimento incrociato alla descrizione della reazione nella parte narrativa

###### Descrizione Reazioni Non Codificata

1. La conformità con template Descrizione Reazioni Non Codificata **DEVE** essere dichiarata valorizzando il *templateId* a *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2.*

<entryRelationship typeCode='MFST'>

<observation classCode='OBS' moodCode='EVN' >

<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2 "/>

<id **$ID\_SEZ** />

<code code='5321-0' displayName= “Clinical finding”

codeSystem=”2.16.840.1.113883.6.1”codeSystemName=”LOINC”/>

<text><reference value=' **#$REF\_TXT\_OBS**'/></text>

<statusCode code='completed'/>

<effectiveTime>

<low ( value=’$LOW\_TS’ | nullFlavor="UNK" ) />

<!—OPZIONALE -->

<high value=’$HIGH\_TS’ />

</effectiveTime>

<value xsi:type='CD' >

<originalText>

<reference value='**#$REF\_OBS**'/>

</originalText>

</value>

</observation>

</entryRelationship>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.

**$REF\_TXT\_OBS** = riferimento incrociato alla descrizione dell’elemento nella parte narrativa

**$LOW\_TS** = data di insorgenza del problema. Se non noto valorizzare l’elemento col nullFlavor = **UNK.**

**$HIGH\_TS** = data di risoluzione del problema. Se il problema è ancora attivo questo valore deve essere omesso.

**$REF\_OBS** = riferimento incrociato alla descrizione della reazione nella parte narrativa

#### Criticità dell’allergia o intolleranza

Il grado di criticità di un’allergia o di un’intolleranza è indicato utilizzando un elemento conforme al template “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.3”.

Il grado di criticità rappresenta il grado di pericolosità dell’allergia o intolleranza, concetto diverso dalla severità della sua manisfestazione dell’allergia.

1. La rappresentazione del grado di criticità di un’allergia o intolleranza **DEVE** includere l’identificativo di template “ 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.3”.
2. L’elemento *observation/valu*e **DEVE** essere sempre un valore codificato (xsi:type=*'CD'*).
3. Il valore di *observation/valu*e **DEVE** essere derivato dal ValueSet CriticalityObservation *2.16.840.1.113883.5.1063* DYNAMIC.

Per il value set CriticalityObservation si veda il paragrafo 6.2.1.9.

Se presente, l’attributo *observation/text/reference/@value* **DEVE** essere valorizzato con l’URI che punta alla descrizione della severità nel narrative block della sezione

<entryRelationship typeCode='SUBJ' inversionInd='true'>

<observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>

<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.3 "/>

<code code='SEV' displayName='Criticality'

codeSystem='2.16.840.1.113883.5.4' codeSystemName='ActCode' />

<text><reference value='**#$REF\_CRI**'/></text>

<statusCode code='completed'/>

<value xsi:type='CD' code=**'H|M|L'**

codeSystem='2.16.840.1.113883.5.1063'

codeSystemName='ObservationValue' />

</observation>

</entryRelationship>

</observation>

Descrizione:

**$REF\_CRI** = riferimento incrociato alla descrizione dello criticità dell’allergia o intolleranza nella parte narrativa.

#### Stato dell’allergia

Le informazioni riguardanti lo stato clinico di un problema o di una allergia sono descritte tramite un elemento observation.

I possibili valori definiscono un problema (o un’allergia) come attivo o inattivo.

1. Lo stato di un problema o di un allarme **DEVE** essere rappresentato attraverso una *observation* conforme al template “TemplateStatoProblema” “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6*”.

Il valore dell’observation/code **DEVE** essere “*33999-4*” “*Stato*” “*2.16.840.1.113883.6.1”* LOINC STATIC.

I possibili stati clinici di un problema (*observation/value/@code*) **DEVONO** essere selezionati dal Value Set StatoClinicoProblema\_PSSIT DYNAMIC derivato dal LOINC *(@codeSystem* “2.16.840.1.113883.6.1”). Vedi 6.2.1.10 - StatoClinicoProblema\_PSSIT.

1. L’elemento *observation/value/@code* che esprime lo stato clinicodi un problema **DEVE** essere selezionato dal Value Set StatoClinicoProblema\_PSSIT DYNAMIC *(@codeSystem* “*2.16.840.1.113883.6.1*”) derivato dal LOINC.

Segue un esempio.

<entryRelationship typeCode='REFR' inversionInd='false'>

<observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6” />

<code code='33999-4' displayName='Stato'

codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC' />

<text><reference value=”**#$REF\_STATO”**/></text>

<statusCode code='completed'/>

<value xsi:type="CE" code="$COD\_STATO"

codeSystem="*2.16.840.1.113883.6.1*"

displayName="$DESC\_STATO"/>

</observation>

</entryRelationship>

Descrizione:

**$REF\_STATO** = riferimento incrociato alla descrizione dello stato nella parte narrativa.

**$DESC\_STATO** = descrizione stato clinico.

**$COD\_STATO** = codice stato clinico.

#### Commenti

Tutte le informazioni aggiuntive, o note di vario genere, possono essere referenziate attraverso un elemento codificato conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7”.*

1. I commenti o le informazioni testuali aggiuntive relative ad un problema od ad un allarme **DEVONO** essere rappresentati attraverso un *act* conforme al template “Commenti” “ *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7*” .

Segue un esempio.

<entryRelationship typeCode='SUBJ' inversionInd='true'>

<act classCode='ACT' moodCode='EVN'>

<templateId root=”*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7*”/>

<code code='48767-8' displayName='Annotation Comment'

codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1'

codeSystemName='LOINC' />

<text><reference value='**#$REF\_COMMENTI**'/></text>

<statusCode code='completed' />

</act>

</entryRelationship>

Descrizione:

**$REF\_COMMENTI** = riferimento incrociato al testo presente nella parte narrativa

## Terapie Farmacologiche (Medications)

Le informazioni relative alle terapie farmacologiche in corso e tutte quelle riconosciute come rilevanti dal medico devono essere descritte all’interno della sezione individuata dal codice LOINC “10160-0” (“Storia di uso di farmaci”).

Nota: informazioni relative a somministrazioni di vaccini devono essere riportate nella sezione “Immunization”.

Esempi di asserzioni sono :

Terapie Continuative:

* Nitrodur Mg 10\*15cer 10mg/24h (dalle 8 alle 22)
* Moduretic\*20cpr 5/50mg (1 la settimana)
* Tenormin\*14cpr 100mg (una la mattina)
* Dilzene\*50cpr 60mg R.M. (una ogni otto ore)

La sezione è obbligatoria.

1. La sezione “Terapie Farmacologiche” (LOINC: “*10160-0*”, “Storia di uso di farmaci”) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2*”.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.2) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2* relativo alla sezione “Terapie Farmacologiche”.

### Requisiti di sezione

1. La sezione “Terapie Farmacologiche” (“*10160-0*”) **DEVE** avere un *section/title* valorizzato a “*Terapie Farmacologiche*”.
2. La sezione “Terapie Farmacologiche” (“10160-0”) DEVE contenere almeno una entry/substanceAdministration conforme ad uno dei seguenti template: ”Terapia” “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1”, o “Assenza di terapie note” “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3“.
3. L’assenza di terapie conosciute **DEVE** essere esplicitamente indicata all’interno del Narrative Block.

In base alle condizioni sopra espresse la sezione potrà essere così strutturata:

<component>

<section>

<templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2’/>

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code='10160-0' displayName='HISTORY OF MEDICATION USE'

codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<title>*Terapie Farmacologiche</title>*

<text>

***$NARRATIVE\_BLOCK***

</text>

<!-- molteplicità 1 …N – Descrizione Terapia Farmacologica -->

<entry>

**$MEDICATION | $NO\_MEDICATION**

</entry>

</section>

</component>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.

$**NARRATIVE\_BLOCK** = descrizione testuale del contenuto di sezione.

**$MEDICATION** = Dettaglio Terapia Farmacologica (vedi § 4.4.2)

$**NO\_MEDICATION** = Indicazione Assenza Terapie Note (vedi § 4.4.4)

### Terapia

Le informazioni relative all’attività di somministrazione dei farmaci sono fornite attraverso una substance administration (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1*).

1. Un elemento di tipo “Terapia” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1*”.

L’attributo *substanceAdministration/@moodCode* valorizzato con “*INT*” indica che la substanceAdministration rappresenta quanto il medico vuole che il paziente assuma, mentre il valore “*EVN*” riflette ciò che il paziente effettivamente assume (anche indipendentemente da quanto gli è stato prescritto).

Se presente, l’elemento *substanceAdministration/text/reference/@value* **DEVE** essere valorizzato con l’URI che punta alla descrizione della terapia nel narrative block della sezione.

Lo stato della terapia è rappresentato attraverso l’elemento *statusCode*.

1. Il valore per *substanceAdministration/statusCode* **DEVE** essere derivato dal ValueSet X\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted **STATIC**.

Si veda il paragrafo 6.2.1.2 per i possibili valori.

Il primo elemento *effectiveTime* descrive l’intervallo di tempo in cui è in atto la terapia.

1. L’elemento *substanceAdministration/effectiveTime/low* **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con *@nullflavor* = “UNK”.
2. L’elemento *substanceAdministration/effectiveTime/high* **DEVE** essere sempre presente quando lo *substanceAdministration/statusCode* è “completed” o “aborted”; **NON DEVE** essere presente negli altri casi.

Un secondo elemento *effectiveTime* può descrivere la posologia. Vedi § 4.4.2.1 per i dettagli.

1. Un elemento di tipo “Terapia” **DEVE** includere una ed una solo Dettagli Farmaco, conforme al template ”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2”.

I sotto-elementi <routeCode>, <doseQuantity>, <approachSiteCode> e <rateQuantity> dell'elemento <substanceAdministration> **DOVREBBERO** includere un riferimento diretto alla parte narrativa attraverso un elemento di tipo < originalText><reference>

Sulla base delle considerazioni espresse, segue un esempio:

<substanceAdministration classCode='SBADM' moodCode='INT|EVN'>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1” />

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<text><reference value='#$REF\_MED'/></text>

<statusCode code='active|sospended|aborted|completed'/>

<!— Obbligatorio indica il periodo di inizio e fine della terapia -->

<!-- Se non noto deve essere valorizzato a UNK -->

<effectiveTime xsi:type='IVL\_TS'>

<low ( value=’$LOW\_TS’ | nullFlavor="UNK" )/>

<!- OPZIONALE -->

<high value=’$HIGH\_TS’ | nullFlavor="UNK"/>

</effectiveTime>

<!—OPZIONALE usato per indicare la posologia: e.g. 2 volte il giorno,….-->

<effectiveTime operator='A' xsi:type='TS|PIVL\_TS|EIVL\_TS |SXPR\_TS'>

$POSOLOGIA

</effectiveTime>

<!—OPZIONALE -->

<routeCode $COD\_VIA\_SOMM / >

<!—OPZIONALE -->

<doseQuantity>$DOSE</doseQuantity>

<!—OPZIONALE -->

<approachSiteCode code=”$COD\_APP\_COD”></approachSiteCode>

<!—OPZIONALE -->

<rateQuantity>**$RATE**</rateQuantity>

<consumable>

$FARMACO

</consumable>

</substanceAdministation>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.

**$REF\_MED** = riferimento incrociato alla descrizione della terapia nella parte narrativa

**$FARMACO** = Descrizione del farmaco somministrato/prescritto

**$LOW\_TS** = data di inizio terapia. Se non noto valorizzare l’elemento col nullFlavor = **UNK.**

**$HIGH\_TS** = data di fine terapia. Non presente se stato diverso da aborted o completed.

**$POSOLOGIA** = Informazioni concernenti la posologia. La strutturazione di questo elemento dipende dal tipo di dato usato. (vedi anche § 4.4.2.1 - Posologia)

**$COD\_VIA\_SOMM** = codifica via di somministrazione. Da vocabolario HL7 RouteOfAdministration

**$DOSE** = Fornisce indicazioni circa il dosaggio. Deve essere strutturato nella forma <low value=' ' unit=' '/><high value=' ' unit=' '/>. Se non si tratta di un range si usano due valori low ed high coincidenti. Se la dose si riferisce a unità intere (e.g capsule, tavolette,…) l’attributo units non deve essere usato.

**$RATE** = frequenza di erogazione. Deve essere strutturato nella forma <low value=' ' unit=' '/><high value=' ' unit=' '/>. Se non si tratta di un range si usano due valori low ed high coincidenti.

**$COD\_APP\_COD** = Codice che descrive il sito di somministrazione

#### Posologia

L’elemento *effectiveTime* può inoltre essere utilizzato anche per indicare la frequenza di assunzione di un farmaco (e.g due volte al giorno, prima dei pasti, etc). Le informazioni circa la posologia sono poi completate con l’indicazione della dose (e.g 1 fiala; 30 mg; …) tramite l’elemento *doseQuantity*.

L’elemento *doseQuantity* all’interno del *substanceAdministration* può essere usato per indicare la dose del farmaco che deve essere somministrata. Tale elemento **NON DEVE** essere usato per indicare la quantità delle confezioni da fornire al paziente.

Se indicate, le unità di misura sono derivate dal vocabolario HL7 *UnitsOfMeasureCaseSensitive.*

Nella tabella seguente alcuni esempi di uso in base alla frequenza.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Codice** | **Descrizione** | **Rappresentazione XML** |
| b.i.d. | Due volte il giorno | <effectiveTime xsi:type='PIVL\_TS' institutionSpecified='true' operator='A'> <period value='12' unit='h' /></effectiveTime> |
| q12h | Ogni 12 ore | <effectiveTime xsi:type='PIVL\_TS' institutionSpecified='false' operator='A'> <period value='12' unit='h' /></effectiveTime> |
| Once | Una volta, alle 1:18 del 1 settembre 2005. | <effectiveTime xsi:type='TS' value='200509010118'/> |
| t.i.d. | Tre volte il giorno, secondo la valutazione della persona che somministra il farmaco. | <effectiveTime xsi:type='PIVL\_TS' institutionSpecified='true' operator='A'> <period value='8' unit='h' /></effectiveTime> |
| q8h | Ogni 8 ore | <effectiveTime xsi:type='PIVL\_TS' institutionSpecified='false' operator='A'> <period value='8' unit='h' /></effectiveTime> |
| qam | La mattina | <effectiveTime xsi:type='EIVL' operator='A'> <event code='ACM'/></effectiveTime> |
|  | Ogni giorno alle 8 della mattina per 10 minuti | <effectiveTime xsi:type='PIVL\_TS' operator='A'> <phase> <low value="198701010800" inclusive="true"/> <width value="10" unit="min"/> </phase> <period value='1' unit='d'/></effectiveTime> |
| q4-6h | Ogni 4-6 ore | effectiveTime xsi:type="PIVL\_TS" institutionSpecified="false" operator="A">  <period xsi:type="PPD\_PQ" value="5" unit="h">  <standardDeviation value="1" unit="h"/>  </period>  </effectiveTime> |

Tabella 4 - Frequenza.

### Dettagli Farmaco

Le informazioni di dettaglio relative al farmaco sono descritte attraverso un product (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2*).

1. L’elemento *substanceAdministtration/consumable/manufacturedProduct* **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template:” 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2”.

La tipologia di farmaco oggetto della terapia è definita nell’elemento substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial/code che è un elemento **OBBLIGATORIO** che identifica il farmaco modellato nella classe substanceAdministration, 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 ulteriore. Gli attributi da valorizzare negli eventuali elementi *translation* sono gli stessi dell'elemento *<code>* riportati in precedenza.

È possibile riportare il dosaggio (“strenght”) del farmaco e la sua forma farmaceutica (“pharmaceutical dose form”) tramite gli elementi opzionali del *manufacturedMaterial* indicati nelle specifiche dell’International Patient Summary (IPS) che sfruttano un’estensione allo schema del CDA.

Il templateId del *manufacturedMaterial* IPS è “2.16.840.1.113883.10.22.4.3”.

Questo elemento è atteso nei casi di “Patient Summary for unscheduled care”, secondo le linee guida europee su “electronic exchange of health data under Cross-Border Directive 2011/24/EU”.

Nel contesto italiano, il dosaggio del farmaco e la sua forma farmaceutica sono implicitamente espresse attraverso il codice AIC dello stesso.

* Ogni elemento substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial **DEVE** avere l’elemento /manufacturedMaterial/codevalorizzato come segue:
  + *code* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere uno dei valori previsti nel catalogo nazionale di codifica ATC, AIC o GE;
  + *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”**
  + *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”;*
  + *codeSystemVersion* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) rappresenta la versione del vocabolario.
  + *displayName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) assume il valore della descrizione del codice ATC, AIC o GE in oggetto.
* *Inoltre, <manufacturedMaterial>/<code>* ***PUÒ*** *gestire la componente <translation> le cui* componenti **POSSONO** essere valorizzate come l’elemento *<code>* riportando una codifica ulteriore.

In base alle condizioni sopra espresse, segue un esempio dell’elemento:

<manufacturedProduct>

<templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2’/>

<manufacturedMaterial>

<code code="$COD\_AIC"

codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5"

codeSystemName="AIC" displayName="$DESC\_AIC">

<originalText><reference value='#$REF\_FARM'/></originalText>

<!—OPZIONALE -->

<translation code="$COD\_ATC"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.73"

codeSystemName="ATC" displayName="$DESC\_ATC"/>

</code>

</manufacturedMaterial>

</manufacturedProduct>

Descrizione:

**$REF\_FARM** = riferimento incrociato alla descrizione del prodotto all’interno della parte narrativa

**$COD\_AIC ($DESC\_AIC)** = codice AIC (descrizione) del farmaco somministrato/prescritto

**$COD\_ ATC ($DESC\_ ATC)** = codice ATC (descrizione) associato al farmaco somministrato/prescritto

### Indicazione Assenza Terapie note

L’assenza di terapie note può essere esplicitamente indicata valorizzando il *substanceAdmnistration/code* secondo il Value Set AssenzaTerapieNote\_PSSIT (si veda paragrafo 6.2.1.11 per i possibili valori).

Nessun altro elemento della *substanceAdministration* andrà valorizzato. Gli elementi obbligatori potranno essere valorizzati con l’opportuno *nullFlavor*.

Tale condizione viene rappresentata dal template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3***.**

1. L’assenza di terapie note **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una entry conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3”*.
2. Il valore dell’elemento *substanceAdministration/code* **DEVE** essere derivato dal value set AssenzaTerapieNote\_PSSIT DYNAMIC.

Sulla base delle considerazioni espresse, segue un esempio dell’elemento:

<substanceAdministration classCode='SBADM' moodCode='INT|EVN'>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3” />

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code="$COD\_ASSENZA" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1150.1" codeSystemName=" *IPS* " displayName="$DESC\_ASSENZA"/>

<text><reference value='#$REF\_MED'/></text>

</substanceAdministation>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.

**$REF\_MED** = riferimento incrociato alla descrizione della terapia nella parte narrativa

**$COD\_ASSENZA** = Codice relativo all’assenza di terapie note.

**$DESC\_ASSENZA** = Descrizione relativa all’assenza di terapie note.

## Vaccinazioni (Immunizations)

Tutte le informazioni relative allo stato attuale di immunizzazione (vaccinazioni) del paziente e alle vaccinazioni effettuate dal MMG/PLS a cui il paziente si è sottoposto in passato devono essere descritte all’interno della sezione individuata dal codice LOINC “*11369-6*” (“Storia di immunizzazioni”).

Esempio di uso:

10/05/2007 Febbre Gialla (Viaggio in Indonesia). Lotto: 356/B/123456

11/02/2005 Tetano 2 (IMOVAXTETANO\*1SIR 0,5 ml) (AIC 026171013)

13/06/2007 DIFTERITE/TETANO

Le informazioni gestite per indicare i dettagli della vaccinazione saranno:

* Nome Vaccino (Obbligatorio)
* Numero Richiamo (se indicato)
* Periodo di copertura
* Data Somministrazione (Obbligatorio)
* Farmaco Utilizzato (codice AIC)
* Lotto Vaccino
* Eventuale Reazione
* Note

Al momento tale sezione viene utilizzata per riportare le vaccinazioni, non le immunizzazioni “naturali”. Quest’ultime potranno essere derivate dalle patologie (o storia delle malattie) remote (sezione “problems”).

La sezione è opzionale.

1. La sezione “Vaccinazioni” (LOINC: “*11369-6*”, “Storia di immunizzazioni”) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.3*.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.3) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template a *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.3* relativo alla sezione “Vaccinazioni”.

### Requisiti di Sezione

Per veicolare le informazioni relative alle vaccinazioni si usa preferenzialmente l’elemento *substanceAdministration* facendo riferimento all’effettiva somministrazione del farmaco.

1. La sezione “Vaccinazioni” (“*11369-6*”) **DEVE** avere un *section/title* valorizzato a “*Vaccinazioni*”.
2. La sezione “Vaccinazioni” (“*11369-6*”) **DEVE** contenere almeno una *entry/substanceAdministration* di tipo “Vaccinazione” conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.1*”.

In base alle condizioni sopra espresse la sezione potrà essere così strutturata:

<component>

<section>

<templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.3 />

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code='11369-6' displayName='Storia di immunizzazioni’

codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<title>Vaccinazioni</title>

<text>

***$NARRATIVE\_BLOCK***

</text>

<!- molteplicità 1 …N - Immunization element -->

<entry>

***$IMM\_ITEM***

</entry>

</section>

</component>

Descrizione:

**$ID\_SEZ** = ID Unico della sezione (data type HL7 II )

**$NARRATIVE\_BLOCK** = contenuto dell’elemento *text*.

**$IMM\_ITEM** = Vaccinazione (specializzazione dei '2.16.840.1.113883.10.20.1.24') vedi § 4.5.2 - Vaccinazione

### Vaccinazione

Le informazioni relative all’attività di vaccinazione sono fornite attraverso una substance administration (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.1*).

1. L’elemento di tipo *Vaccinazione* **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.1”.

L’attributo *substanceAdministration/@negationInd* andrà valorizzato con “true” se si vorrà esprimere tramite la entry il motivo per cui una specifica vaccinazione non è stata eseguita, altrimenti andrà valorizzato con “*false*”.

L’elemento *substanceAdministration/code* **DEVE** essere valorizzato con “*IMMUNIZ*”, *'2.16.840.1.113883.5.4*' derivato dall’ActCode STATIC.

Se l’elemento *substanceAdministration/text* è presente, allora  *text/reference/@value* **DEVE** essere valorizzato con l’URI che punta alla descrizione della vaccinazione nel narrative block della sezione.

L’elemento *substanceAdministration/statusCode/@code* **DEVE** essere valorizzato con “completed” ad indicare che la vaccinazione è stata eseguita.

L’elemento *effectiveTime* esprime la data e ora della vaccinazione. Se la data è sconosciuta, questo va registrato attraverso l’uso dell’opportuno attributo nullFlavor (“*UNK*”).

1. Un elemento *substanceAdministration* **DEVE** includere uno ed un solo Dettagli Vaccino, conforme al template ”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.2”.

È possibile fornire informazioni aggiuntive relative alla vaccinazione, come ad esempio il numero di dose, eventuali rezioni avverse, commenti o annotazioni, tramite delle opportune classi referenziate attraverso la relazione *entryRelationship*. Qui di seguito sono descritte le relative regole da applicarsi per i diversi elementi aggiuntivi.

Il sotto-elemente <routeCode> riporta la via di somministrazione del vaccino.

Per descrivere il **numero della dose** viene utilizzato il template CCD “Medication series number observation” (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4)* di cui viene fornita una descrizione in § 4.5.3.2 - Numero della dose.

1. Una Vaccinazione **PUÒ** includere una ed una sola *entryRelationship/observation* che descrive il numero della dose (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4*).

Per descrivere il **periodo di copertura** di una vaccinazione può essere utilizzato il template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.3*. Vedi § 4.5.3.1 per i dettagli.

1. Una Vaccinazione **PUÒ** includere una ed una sola entryRelationship/observation che descrive il periodo di copertura (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.3).

Una Vaccinazione **PUÒ** includere una o più Osservazione Reazione Avversa in conformità con la CONF-CCD-348. Una Osservazione Reazione Avversa **PUÒ** essere in forma codificata (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1*) o non codificata (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2*).

Il valore di *entryRelationship/@typeCode* in una relazione fra Vaccinazione ed una Osservazione Reazione Avversa (2.16.840.1.113883.10.20.1.54), in conformità con la CONF-CCD-349, **DEVE** essere “*CAUS*”, “*Is etiology for*” *2.16.840.1.113883.5.1002* *ActRelationshipType* STATIC.

Vedi § 4.3.3.2.2 - Descrizione Reazione per i dettagli sui template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1*” e “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2*”.

Una vaccinazione può infine contenere uno o più commenti e annotazioni, descritti attraverso un atto conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7,* di cui viene fornita una descrizione nel § 4.3.3.5 - Commenti.

In particolare, se l’attributo *substanceAdministration/@negationInd* è valorizzato con “*true*” (per indicare che una specifica vaccinazione non è stata eseguita) allora **DOVREBBE** essere presente almeno una entry “*Comment*” per riportare il motivo della mancata vaccinazione.

Il valore di entryRelationship/@typeCode in una relazione fra una Vaccinazione ed i suoi commenti (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7*) **DEVE** essere “*SUBJ” 2.16.840.1.113883.5.1002* *ActRelationshipType* STATIC.

Sulla base delle considerazioni espresse, segue un esempio:

<substanceAdministration classCode='SBADM' moodCode='INT|EVN' negationInd='true|false'>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.1” />

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code='IMMUNIZ' codeSystem='2.16.840.1.113883.5.4' codeSystemName='ActCode'/>

<text><reference value='#$REF\_DESC\_VACC’/></text>

<statusCode code='completed'/>

<!— Obbligatorio indica la data della vaccinazione -->

<!-- Se non noto deve essere valorizzato a UNK -->

<effectiveTime value='$DATA\_VACC' | nullFlavor="UNK" )/>

<!—OPZIONALE -->

<routeCode $COD\_VIA\_SOMM / >

<consumable>

$VACCINO

</consumable>

<!— Elemento Opzionale indica il numero della dose -->

**$NUMERO\_DOSE**

<!— Elemento Opzionale indica il periodo di copertura -->

**$COPERTURA**

<!— Elemento Opzionale indica reazioni avverse -->

**$REAZIONI**

<!— Elemento Opzionale Opzionali Note -->

**$NOTE**

</substanceAdministation>

Descrizione:

**$ID\_SEZ** = ID Unico della sezione (data type HL7 II)

**$REF\_DESC\_VACC** = riferimento incrociato alla descrizione dell’intero elemento (vaccinazione) all’interno della parte narrativa

**$DATA\_VACC** = Data della vaccinazione

**$COD\_VIA\_SOMM** = codifica via di somministrazione. Da vocabolario HL7 RouteOfAdministration

**$VACCINO** = Vaccino somministrato. Per dettagli vedi § 4.5.3 - Dettagli Vaccino.

**$NUMERO\_DOSE** = numero del richiamo. Per dettagli vedi § 4.5.3.2 - Numero della dose.

**$COPERTURA** = Periodo di copertura del vaccino in base. Per dettagli vedi § 4.5.3.1.

**$REAZIONI**: descrizione delle possibili reazioni. Per dettagli vedi § 4.3.3.2.2 - Descrizione Reazione

**$NOTE =** Eventuali Note. Vedi § 4.3.3.5 - Commenti

### Dettagli Vaccino

Il farmaco utilizzato nel vaccino è espresso attraverso l’elemento *manufacturedProduct* che è rappresentato attraverso il template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.2*”.

1. L’elemento *substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct* **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.2”.

Il numero del lotto di cui fa parte il vaccino va espresso tramite l’elemento manufacturedProduct*/manufacturedMaterial/lotNumberText*.

L’elemento *manufacturedMaterial/code* descrive il tipo di vaccino somministrato. Opzionalmente è possibile indicare il codice ATC del farmaco usato utilizzando l’elemento translation.

La tipologia di farmaco utilizzato per la vaccinazione è definita nell’elemento substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial/code che è un elemento **OBBLIGATORIO** che identifica il vaccino.

In particolare, nell’elemento manufacturedMaterial/code, **DEVE** essere riportato il codice AIC relativo al vaccino, o altro sistema di codifica che indichi il tipo di vaccino, e nel componente translation del code **PUÒ** essereinserito il codice ATC relativo al principio attivo dello stesso vaccino.

1. Se disponibile il codice prodotto AIC del farmaco, ogni elemento manufacturedProduct/manufacturedMaterial **DEVE** avere l’elemento manufacturedProduct/manufacturedMaterial/codevalorizzato come segue:

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

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

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

In base a tali vincoli la struttura usata per veicolare le informazioni relative alla vaccinazione è la seguente:

<consumable typeCode='CSM'>

<manufacturedProduct classCode='MANU'>

<templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.2'/>

<manufacturedMaterial classCode='MMAT' determinerCode='KIND'>

( <code code='$COD\_VACC' codeSystem=”*2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5*”

codeSystemName='$COD\_SC\_VACC' displayName=’$DESC\_VACC’>

*OR*

<!— IN ASSENZA DI CODIFICA DEFINITA USARE la seguente soluzione -->

<code nullFlavor=’OTH’>

<originalText><reference value='#$REF\_DESC\_VACCINO'/></originalText>

<!— OPZIONALE: se è noto il codice AIC del farmaco viene passato così -->

<translation code='$COD\_FARM' codeSystem=”*2.16.840.1.113883.6.73*” codeSystemName='AIC' displayName=’$DESC\_FARM’>

<originalText><reference value='#$REF\_FARMACO'/></originalText>

</translation>

</code>)

<lotNumberText>$LOTTO\_VACCINO</lotNumberText>

</manufacturedMaterial>

</manufacturedProduct>

</consumable>

Descrizione:

**$COD\_VACC** (**$DESC\_VACC** ) = Codice (e descrizione) del vaccino all’interno dello schema di codifica individuato (*Nota: manca al momento una codifica condivisa dei vaccini*)

**$COD\_SC\_VACC** = OID dello schema di codifica usato per i vaccini

**$REF\_DESC\_VACCINO** = riferimento incrociato alla descrizione del vaccino all’interno della parte narrativa

**$COD\_FARM ($DESC\_FARM)** = codice AIC (descrizione) del farmaco usato per la vaccinazione

**$REF\_FARMACO** = riferimento incrociato alla descrizione del farmaco usato per la vaccinazione all’interno della parte narrativa

**$LOTTO\_VACCINO** = Lotto del vaccino.

#### Periodo di copertura

Il periodo di copertura del vaccino è indicato utilizzando un elemento conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.3*.

1. L’elemento “Periodo di Copertura” **DEVE** essere rappresentato attraverso un’observation conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.3*”.
2. Il valore di *observation/code* **DEVE** essere @code = “*59781-5*”, *@displayName* = “*Validità della dose*”, *@codeSystem* = “*2.16.840.1.113883.6.1”* LOINC STATIC.
3. Il valore per *observation/statusCode/@code* **DEVE** essere valorizzato con “*completed*”.
4. L’elemento *observation/value* **DEVE** essere un intervallo di tempo (*xsi:type*=*IVL\_TS*), di cui l’elemento *value/high/@value* **DEVE** essere presente.

<!—OPZIONALE PERIODO DI COPERTURA -->

<entryRelationship typeCode="REFR">

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<!-- Periodo Copertura -->

<templateId root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.3 />

<code code="*59781-5*" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName=" *Validità della dose*"/>

<statusCode code="completed"/>

<value xsi:type="IVL\_TS "><high value="$VAL\_COP\_VACC" ></high></value>

</observation>

</entryRelationship>

Descrizione:

**$VAL\_COP\_VACC** = Periodo di copertura del vaccino in base, espresso come data di scadenza della copertura.

#### Numero della dose

Il numero della dose del vaccino è indicato utilizzando un elemento conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4.*

1. Il ”Numero della dose” di una vaccinazione **DEVE** essere rappresentato attraverso un’observation conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4*.

Il valore di *observation/code* **DEVE** essere *@code = “30973-2”,* *@displayName = “Numero dose”*, *@codeSystem* = *2.16.840.1.113883.6.1’ STATIC*.

Il valore per *observation/statusCode/@code* **DEVE** essere valorizzato con “*completed*”.

L’elemento *observation/valu*e **DEVE** essere sempre un intero (xsi:type=*’INT’*). L’attributo *@value* **DEVE** essere presente.

<entryRelationship typeCode='SUBJ'>

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<templateId root=”*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4”*/>

<code code='30973-2' displayName='Numero dose'

codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<statusCode code='completed'/>

<value xsi:type='INT' value='**$NUM\_RICHIAMO**'/>

</observation>

</entryRelationship>

Descrizione:

**$NUM\_RICHIAMO** = numero del richiamo

## Lista dei Problemi (Problems)

Questa sezione riporta la lista dei problemi clinici, i sospetti diagnostici e le diagnosi certe, i sintomi attuali o passati, le liste delle malattie pregresse e gli organi mancanti che il medico titolare dei dati del paziente, fra tutti i problemi presenti nella cartella informatizzata, ritiene significativi per riassumere la storia clinica e la condizione attuale dell’assistito.

Questa sezione è individuata dal codice LOINC “*11450-4*” (“*Lista dei problemi*”).

In questa sezione andranno pertanto rappresentati almeno i seguenti item:

* Patologie croniche e/o rilevanti
* Organi mancanti
* Diagnosi di trapianti effettuati
* Rilevanti malformazioni.

Possono inoltre essere riportate tutte le patologie note in atto al momento della compilazione del documento.

Di seguito sono riportati alcuni esempi di rappresentazione del contenuto di questa sezione:

Organi Mancanti

* Organi mancanti: gamba destra

Note di Storia Clinica

* NOTA generale: fin da piccola era cagionevole di salute

Patologie

* BRONCHITE ASMATICA (2008 Apr)
* DIABETE MELLITO (2008 Apr)
* BRONCHITE CRONICA OSTRUTTIVA (2008 Apr)
* IPERTENSIONE ARTERIOSA (1997)
* ANGINA PECTORIS (1997)

Patologie remote

* K CUTANEO (1997)

Le informazioni che si intende inserire nella sezione “Problemi” devono essere riportate sul CDA-PSS come *act/entryRelationship/observation* secondo il loro rilievo clinico.

La sezione è obbligatoria.

1. La sezione “Lista dei Problemi” (LOINC*: “11450-4”, “Lista dei problemi*”) **DEVE** includere l’identificativo di template di sezione valorizzato a *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.4*.

### Requisiti di sezione

1. La sezione “Lista dei Problemi” *(“11450-4”)* **DEVE** avere un *section/title* valorizzato a “*Lista dei Problemi*”.
2. La sezione “*Lista dei Problemi*” (*'11450-4'*) **DEVE** contenere almeno una *entry/act* di tipo “Problema” conforme al template *“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1”.*

In base alle condizioni sopra espresse, la sezione dovrà essere così strutturata:

<component>

<section>  
 <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.4 '/>

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code='11450-4' displayName='Lista dei Problemi'

codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<title>Lista dei Problemi</title>

<text>

***$NARRATIVE\_BLOCK***

</text>

<!--1..\* Problem Concern Entry element -->

<entry>

***$PROBLEM\_ACT***

</entry>

   <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..1--->

**$NOTE**

</section>

</component>

Descrizione:

**$ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.

**$NARRATIVE\_BLOCK** = descrizione testuale del contenuto di sezione. **$PROBLEM\_ACT** = Problem, inteso nella sua accezione più generale (“*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1*”). Vedi § 4.6.2 - Problema.

**$NOTE =** Eventuali Note. Vedi § 4.6.3.4 - Note e Commenti

L’assenza di Problemi noti **DEVE** essere esplicitamente indicata.

È inoltre possibile utilizzare un elemento “Commenti” (**$NOTE**) nel caso in cui, in presenza di uno o più elementi $**PROBLEM\_ACT** che indichino la presenza di uno o più tipi di Problema, si voglia comunque sottolineare la concomitante assenza di altri problemi (patologie croniche o rilevanti, organi mancanti, trapianti, malformazioni rilevanti), in relazione agli elementi obbligatori indicati all’inizio del presente capitolo.

### Problema

Le informazioni su un Problema sono fornite utilizzando un Act (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1*).

Un organo mancante, un trapianto, una patologia cronica, una malformazione vengono rappresentati come “Problema”.

1. Un elemento di tipo “Problema” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template dell’act: “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1*”.
2. Un elemento di tipo “Problema” **DEVE** includere almeno una *entryRelationship/observation* “Dettagli Problema”, conforme al seguente template: “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.2*”

Per il valore dell’*act/code* **DEVE** essere utilizzato l’elemento @nullFlavor = “NA”.

Il valore per *act/statusCode* **DEVE** essere derivato dal ValueSet X\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC. Si veda il paragrafo 6.2.1.2.

In generale in un Profilo Sanitario Sintetico lo *statusCode* è di tipo “active”.

Nel caso in cui si voglia esplicitare l’assenza di problemi, allora per lo *statusCode* si utilizzerà un *@nullFlavor* = “NA” ad indicare che non è applicabile il concetto di stato del problema.

L’elemento *effectiveTime* descrive l’intervallo di tempo in cui il “problema” è attivo.

1. L’elemento *act/effectiveTime/@low* **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con *@nullflavor* = “*UNK*”.

L’elemento *act/effectiveTime/@high* **DEVE** essere presente quando lo act/statusCode è “*completed*” o “*aborted*”; **NON DEVE** essere presente negli altri casi.

Per riportare i riferimenti interni al Problema viene utilizzato il template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.3*, di cui viene fornita una descrizione nel § 4.6.3.5 - Riferimenti Interni.

1. Un elemento *entry/act* di tipo “Problema” **PUÒ** contenere una o più *entryRelationship/act* che descrivono i riferimenti interni al Problema (*1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.4.1*)

In base alle condizioni sopra espresse, l’elemento dovrà essere così strutturato:

<act classCode='ACT' moodCode='EVN'>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1” />

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code nullFlavor='NA'/>

<!—OPZIONALE -->

<statusCode code='**$STATUS\_CODE**’ />

<effectiveTime>

<low ( value=’$LOW\_TS’ | nullFlavor="UNK" )/>

<!- OPZIONALE -->

<high nullFlavor=’$HIGH\_TS’/>

</effectiveTime>

<!—UNA SOLA entry relationships USATO PER INDICARE IL PROBLEMA PRINCIPALE-->

<entryRelationship type='SUBJ' inversionInd='false'>

**$PROBLEM\_OBS**

</entryRelationship>

<!-- OPZIONALE usato per gestire le relazioni molteplicità 0…N -->

<entryRelationship type='REFR' inversionInd='false'>

**$RIFERIMENTO**

</entryRelationship>

</act>

Descrizione:

**$ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.

**$LOW\_TS** = data di apertura del Problema. Se non noto valorizzare l’elemento col *@nullFlavor* = *UNK***.**

**$HIGH\_TS** = data di chiusura del Problema. Non presente se stato diverso da aborted o completed.

**$STATUS\_CODE** = Stato dell’atto, valori ammessi 'active|suspended|aborted|completed'

**$PROBLEM\_OBS** = Dettagli del Problema (specializzazione dei template '2.16.840.1.113883.10.20.1.28' e '1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.5' vedi § 4.6.3 - Dettagli problema)

**$RIFERIMENTO =** struttura usata per referenziare altri atti (atti, osservazioni, somministrazioni, piani di cura….). Utilizza il template *“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.4”.*  Vedi § 4.6.3.5 - Riferimenti Interni.

### Dettagli problema

Il dettaglio di un Problema è descritto come una Observation.

1. L’elemento *di tipo “Dettagli Problema”* **DEVE** essere conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.2*”.
2. L’ elemento *observation/id* **DEVE** avere molteplicità 1

Se viene usato l’attributo opzionale *@negationInd = true*, si afferma esplicitamente che il problema specifico non è in atto.

Il valore di *observation/code/@code* **DOVREBBE** essere sempre il valore più rilevante dal punto di vista clinico tra quelli indicati nel value set ProblemObservation\_PSSIT DYNAMIC, derivato dal LOINC (“*2.16.840.1.113883.6.1”*).

Si veda il paragrafo 6.2.1.12 per i possibili valori.

Si suggerisce di utilizzare sempre il valore “75326-9” – “Problema”, salvo nei casi in cui è specificato diversamente.

Se presente, l’attributo *code/originalText/reference/@value* **DEVE** essere valorizzato con l’URI che punta alla descrizione testuale del problema o alla descrizione tratta dal sistema di classificazione ICD9-CM contenuta all’interno del narrative block.

Se presente, l’attributo observation/text/reference/@value **DEVE** essere valorizzato con l’URI che punta alla descrizione estesa del problema nel narrative block della sezione.

L’elemento *effectiveTime,* di tipo IVL<TS>, descrive l’intervallo di tempo in cui ciò che viene osservato è attivo.

1. L’elemento *effectiveTime/low* **DEVE** essere sempre presente; nel caso non se ne conosca il valore **DEVE** essere valorizzato con *@nullflavor*=”*UNK*”

Nel caso in cui i Dettagli Problema siano relativi alla Mancanza di organi, tessuti o insiemi complessi, l’elemento *observation/value/@code* **PUÒ** essere selezionato dal Value Set OrganiMancanti\_PSSIT DYNAMIC definito a partire da ICD9-CM e ICD10.

Si veda il paragrafo 6.2.1.13 per i possibili valori.

Nel caso in cui i Dettagli Problema siano relativi a diagnosi di Trapianti effettuati, l’elemento *observation/value/@code* **PUÒ** essere selezionato dal Value Set Trapianti\_PSSIT DYNAMIC definito a partire da ICD9-CM.

Si veda il paragrafo 6.2.1.14 per i possibili valori.

Nel caso in cui non siano presenti informazioni conosciute relative a problemi o il paziente non presenti nessuna tipologia di problema, l’elemento *observation/value/@code* **DEVE** essere selezionato dal value set UnknownProblems\_PSSIT.

Si veda il paragrafo 6.2.1.15 per i possibili valori.

In generale è possibile fornire informazioni aggiuntive relative al Problema, come per esempio lo stato clinico del Problema, la sua cronicità, eventuali commenti o annotazioni che vanno inseriti tramite delle opportune classi referenziate attraverso la relazione *entryRelationship.*

In particolare, per descrivere la gravità di un problema viene utilizzato il template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.4*, di cui viene fornita una descrizione nel paragrafo 4.6.3.1 - Gravità del Problema.

Un Dettaglio di un Problema **PUÒ** includere una ed una sola *entryRelationship/observation* che descrive la Gravità del Problema (“*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.4”*).

Il valore di *entryRelationship/@inversionInd* in una relazione fra un Dettaglio di un problema e la sua gravità **DEVE** essere “true” *2.16.840.1.113883.5.1002* ActRelationshipType STATIC.

Per descrivere invece lo stato ‘clinico’ di un Problema (attivo, in remissione, …) **PUÒ** essere utilizzato il template “*TemplateStatoProblema*” (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6*). Vedi § 4.6.3.2 - Stato clinico del problema.

Una Osservazione di un Problema **PUÒ** includere una ed una sola *entryRelationship/observation* che descrive lo stato clinico del Problema.

Per descrivere invece la cronicità di un Problema **PUÒ** essere utilizzato il template “*TemplateCronicitàProblema*” (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.5*).

Vedi § 4.6.3.3 - Cronicità del problema, per dettagli.

Una Osservazione di un Problema **PUÒ** includere una ed una sola *entryRelationship/observation* che descrive la cronicità del Problema.

Un Dettaglio di un Problema **PUÒ** infine contenere uno o più commenti e annotazioni, descritti attraverso un atto conforme al template “*Commenti*” *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7*, di cui viene fornita una descrizione nel § 4.3.3.5 “ Commenti”.

Un Dettaglio di un Problema **PUÒ** includere una o più *entryRelationship/act* che descrivono note e commenti associati al Problema.

Il valore di *entryRelationship/@typeCode* in una relazione fra una osservazione di un Problema ed i suoi commenti (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7*) **DEVE** essere “*SUBJ*” *2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC*.

Il valore di *entryRelationship/@inversionInd* in una relazione fra problem observation ed una comment entry (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7*) **DEVE** essere “*true*” *2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC*.

In base alle condizioni sopra espresse, l’elemento sarà così strutturato:

<observation classCode='OBS' moodCode='EVN' negationInd='*false|true* '>

<templateId root=’2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.2’/>

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code='$OBS\_CODE' displayName='$OBS\_DESC'

codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<statusCode code='completed'/>

<effectiveTime>

<low ( value=’$LOW\_TS’ | nullFlavor="UNK" )/>

<!- OPZIONALE -->

<high low ( value=’$HIGH\_TS’ | nullFlavor="UNK" ) />

</effectiveTime>

<value xsi:type='CD' ( code='$**COD\_PROB'** displayName='**$DESC\_PROB'**

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD-9CM (diagnosis codes)" ) | nullFlavor=”OTH”>

<originalText><reference value='**#$REF\_PROBLEMA**'/></originalText>

</value>

<!-- Descrizione della gravità del problema 0..1--->

**$SEVERITY**

<!—Stato clinico del problema molteplicità 0..1-->

**$STATO\_CLINICO\_PROBLEMA**

<!—Stato clinico del problema molteplicità 0..1-->

**$CRONICITA\_PROBLEMA**

<!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..N--->

**$NOTE**

</observation>

Descrizione:

**$ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.

**$OBS\_CODE , $OBS\_DESC** = Indica il tipo di problema osservato.

**$LOW\_TS** = data di insorgenza del problema. Se non noto valorizzare l’elemento col nullFlavor = **UNK.**

**$HIGH\_TS** = data di risoluzione del problema. Se il problema è ancora attivo questo valore deve essere omesso.

**$DESC\_PROB** = descrizione del problema (e.g diagnosi) secondo la codifica ICD9-CM

**$COD\_ PROB** = codice del problema (e.g diagnosi) secondo la codifica ICD9-CM

**$REF\_PROBLEMA** **=** riferimento incrociato al testo presente nella parte narrativa

**$SEVERITY** = Indicazione del livello gravità del problema. Vedi § 4.6.3.1 - Gravità del Problema.

**$STATO\_CLINICO\_PROBLEMA =** Indicazione dello stato del problema rilevato. Vedi § 4.6.3.2 - Stato clinico del problema

**$CRONICITA\_PROBLEMA =** Indicazione dello stato di cronicità del problema rilevato. Vedi § 4.6.3.3 - Cronicità del problema

**$NOTE =** permette di refenziare eventuali note e commenti inseriti alla parte narrativa.Vedi § 4.3.3.5 - Commenti.

#### Gravità del Problema

La gravità del Problema è indicata utilizzando un elemento conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.4.*

1. La rappresentazione della gravità di un problema **DEVE** includere l’identificativo di template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.4*”.
2. L’elemento *observation/valu*e **DEVE** essere sempre un valore codificato (xsi:type=*'CD'*).
3. Il valore di *observation/valu*e **DEVE** essere derivato dal ValueSet SeverityObservation *2.16.840.1.113883.5.1063* DYNAMIC.

Per il value set SeverityObservation si veda il paragrafo 6.2.1.8 - SeverityObservation.

#### Stato clinico del problema

Le informazioni riguardanti lo stato clinico di un problema sono descritte tramite un elemento observation conforme al template “*TemplateStatoProblema*” (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6).

I possibili valori definiscono un problema come attivo o inattivo.

Tramite questo elemento è possibile riportare nella parte testuale (elemento *text*) le informazioni legate alle circostanze di risoluzione (resolution circumstances) del problema riportato.

Tale elemento è già stato descritto nel § 4.3.3.4 – “ Stato dell’allergia” a cui si rimanda per ulteriori dettagli.

#### Cronicità del problema

Le informazioni riguardanti lo stato di cronicità di un problema sono descritte tramite un elemento observation conforme al template “*TemplateCronicitàProblema*” (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.5*).

I possibili valori definiscono un problema come cronico o non cronico.

1. Lo stato di cronicità un problema **DEVE** essere rappresentato attraverso una *observation* conforme al template “TemplateCronicitàProblema” “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.5*”.

Il valore dell’observation/code **DEVE** essere *@code* = “ASSERTION”, *@codeSystem* = “2.16.840.1.113883.5.4” STATIC.

1. Per la *observation* relativa alla cronicità del problema, il valore di *observation/code* **DOVREBBE** essere *@code* = “ASSERTION”, *@codeSystem* = “2.16.840.1.113883.5.4” STATIC.

I possibili stati di cronicità di un problema (*observation/value/@code*) **DEVONO** essere selezionati dal Value Set CronicitàProblema\_PSSIT DYNAMIC derivato dal LOINC *(@codeSystem* “2.16.840.1.113883.6.1”).

Vedi 6.2.1.26 - CronicitàProblema\_PSSIT.

1. L’elemento *observation/value/@code* che esprime lo stato di cronicitàdi un problema **DEVE** essere selezionato dal Value Set CronicitàProblema\_PSSIT DYNAMIC derivato dal LOINC.

Segue un esempio.

<entryRelationship typeCode='REFR' inversionInd='false'>

<observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.5” />

<code code="ASSERTION" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>

<text><reference value=”**#$REF\_CRON”**/></text>

<statusCode code='completed'/>

<value xsi:type="CE" code="$COD\_CRON"

codeSystem="*2.16.840.1.113883.6.1*"

displayName="$DESC\_CRON"/>

</observation>

</entryRelationship>

Descrizione:

**$REF\_CRON** = riferimento incrociato alla descrizione dello stato di cronicità nella parte narrativa.

**$DESC\_ CRON** = descrizione stato di cronicità.

**$COD\_ CRON** = codice stato di cronicità.

#### Note e Commenti

Per ogni problema è possibile gestire eventuali riferimenti a note e commenti di vario genere che il medico ritiene opportuno inserire nel CDA-PSS.

Tale elemento è già stato descritto nel § 4.3.3.5 – “ Commenti” a cui si rimanda per ulteriori dettagli.

#### Riferimenti Interni

Il CDA permette l’uso di riferimenti ad altre informazioni presenti in altri componenti/entry dello stesso documento.

Per gestire tali riferimenti si definisce il template Riferimenti Interni (“*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.3*”).

Segue un esempio.

<entryRelationship typeCode='$TIPO\_REL' inversionInd='true|false'>

<act classCode='ACT' moodCode='$ACT\_MOOD'>

<templateId root=”*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.3*,”/>

<id root='**$ID\_REF’**/>

<!- Obbligatorio coincide col codice presente nell’elemento referenziato; se l’elemento referenziato non ha un code deve essere valorizzato l’attributo nullFlavor con “NA” -->

**<code ( code=**'**$COD\_ACT**' **codeSystem=**'**$COD\_SYS\_ACT**' **codeSystemName="$DESC\_COD\_SYS\_ACT**" **displayName**=’**$DESC\_ACT | nullFlavor=”NA”)>**

</act>

</entryRelationship>

Descrizione:

**$ID\_REF** = ID Unico della sezione/elemento da referenziare (data type HL7 II )

**$TIPO\_REL** = indica il tipo di relazione, definito a livello di singola entry. Codice derivato dalla tabella ActRelationshipType

**$ACT\_MOOD** = Indica se l’atto è concepito come un fatto, una intenzione, una richiesta una aspettativa, etc. Derivato dal vocabolario di HL7 ActMood.

**$COD\_ACT** = codice dell’atto referenziato

**$DESC\_ACT** = descrizione dell’atto referenziato

**$DESC\_COD\_SYS\_ACT** = descrizione del sistema di codifica utilizzato

**$COD\_SYS\_ACT** = OID dello schema di codifica utilizzato.

## Anamnesi Familiare (Family History)

La sezione Anamnesi Familiare è individuata dal codice LOINC “*10157-6*” (“*Storia di malattie di membri familiari*”). Qui vengono riportate informazioni mediche relative ai parenti biologici del paziente, nella misura in cui sono conosciute, con particolare riferimento alle malattie di cui hanno sofferto. Se necessario, vengono indicate l’età di morte e la causa di morte. Tali informazioni servono a qualificare potenziali fattori di rischio per il paziente.

Esempi di asserzioni sulla familiarità possono essere :

* Familiarità per ASMA (439.9): ASSENTE
* Familiarità per K SISTEMA NERVOSO (129.9) [senza altra informazione]
* Familiarità per DEFICIT VISIVI (369.2): padre, nonna paterna, zio
* Familiarità per IMA PRECOCE: padre morto prima dei 51 anni di IMA [Inf. Mioc. Acuto, ma non esiste un codice per IMA PRECOCE]
* Familiarità per Diabete: padre insorgenza a 15 anni.
* Familiarità per Diabete: nonna paterna NON DIABETICA
* Il paziente non ricorda casi di diabete in famiglia, ma sa che qualcuno ha avuto problemi di ipertensione.

La sezione è opzionale.

1. La sezione Anamnesi Familiare (“10157-6” – “*Storia di malattie di membri familiari*”) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.16.

In appendice A (5.5) è riportata la tabella di sintesti di questa sezione.

### Requisiti di sezione

1. La sezione Anamnesi Familiare (“*LOINC Code 10157-6*”) **DEVE** avere un *section/title* valorizzato a “*Anamnesi Familiare*”.
2. La sezione “Anamnesi Familiare” (“*10157-6”*) **PUÒ** contenere una o più *entry* di tipo “*Organizer Anamnesi Familiare*” conforme al template “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1”.

La sezione può essere strutturata in due modi: se la sezione ha contenuto solo testuale (*Family Medical History Section*), sarà normalmente strutturata come segue:

<component>

<section>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.16”/>

<id root='$ID\_SEZIONE' extension=' '/>

<code code='10157-6' displayName='Storia di malattie di membri familiari' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<text>

$NARRATIVE\_BLOCK

</text>

</section>

</component>

Dove:

* **$ID\_SEZ** = ID Unico della sezione (data type HL7 II )
* **$NARRATIVE\_BLOCK** = contenuto della sezione <text>

Nel caso in cui la sezione abbia anche del contenuto codificato, questa sarà strutturata come segue:

<component>

<section>  
 <templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.16”/>

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code='10157-6' displayName="Storia di malattie di membri familiari" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>

<title>Family History</title>

<text>

**$NARRATIVE\_BLOCK**

</text>

  <!— Organizer delle entry codificate da 1 a N -->

<entry>

<organizer classCode='CLUSTER' moodCode='EVN'>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1”/>

…..

<!—1..\* Familiarità -->

<component>

**$FAM\_OBS**

</component>

</organizer>

</entry>

</section>

</component>

Dove:

* **$ID\_SEZ** = ID Unico della sezione (data type HL7 II )
* **$NARRATIVE\_BLOCK** = contenuto della sezione <text> vedi esempio
* **$FAM\_OBS** = contenuto codificato anamnesi familiare.

Nel seguito vengono descritte la struttura dell’*organizer* e delle observation da usare nel caso si scelga di rappresentare le informazioni di familiarietà per mezzo di dati strutturati.

### Organizer Anamnesi Familiare

Le entry codificate sono rappresentate da elementi component/observation “Dettaglio Anamnesi Familiare” che devono essere strutturati entro appositi “*organizer*”; gli organizer servono a raggruppare le osservazioni cliniche relative ad uno stesso parente biologico.

1. L’elemento “*Organizer Anamnesi Familiare*” **DEVE** includere il seguente identificativo di template: *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1*.

Il valore dell’attributo organizer/@classCode” DEVE essere “CLUSTER” .

L’organizer conterrà una o più *component*, che a loro volta conterranno un’*observation*.

1. L’elemento “*Organizer Anamnesi Familiare”* **DEVE** includere almeno un elemento “*Dettaglio Anamnesi Familiare*” conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2*.

L’organizer conterrà uno e un solo *subject* che è il soggetto cui si riferiscono le *observation* (es. padre, madre, ecc.), tenuto conto che le *participation* si propagano agli elementi contenuti, *subject* è implicitamente già definito nelle *observation.*

All’interno del *subject* **DEVE** essere specificato un *relatedSubject* ad indicare la relazione di parentela con il soggetto cui si riferisce il documento PSS.

1. Il *relatedSubject* **DEVE** avere un attributo *@classCode* valorizzato a “PRS” - personal relationship.
2. Il relatedSubject **DEVE** inoltre contenere il *code* (CCD\_CONF-214), il cui contenuto deve essere relativo ad un value set atto a specificare il grado di parentela.
3. Il relatedSubject **DOVREBBE** contenere uno e un solo *subject* contenente a sua volta uno e un solo *administrativeGenderCode* ad indicare il sesso del parente biologico.

In base alle condizioni sopra espresse la entry potrà essere così strutturata:

<entry>

<organizer classCode='CLUSTER' moodCode='EVN'>

<templateId root=’2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1‘/>

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code="10157-6" displayName="Storia di malattie di membri familiari" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>

<statusCode code="completed"/>

<subject typeCode='SBJ'>

<relatedSubject classCode='PRS'>

<code code='**$COD\_PAR'** displayName='**$DESC\_PAR**' codeSystem='2.16.840.1.113883.5.111' codeSystemName='RoleCode'/>

</relatedSubject>

</subject>

<!-- zero or più participants linking to other relations -->

<!—1..\* Familiarità (Organizer)-->

<component>

**$FAM\_OBS**

</component>

</organizer>

</entry>

Dove:

**$ID\_SEZ** = ID Unico della sezione (data type HL7 II)

**$COD\_PAR ($DESC\_PAR) =** codice che identifica il grado di parentela con il paziente. Tale valore DEVE essere derivato dalla tabella PersonalRelationshipRoleType ('RoleCode')

**$ FAM\_OBS** = Dettaglio Anamnesi Familiare per il parente in oggetto.

### Dettaglio Anamnesi Familiare

Le informazioni codificate circa il dettaglio delle osservazioni cliniche relative ad un parente biologico sono definite attraverso un elemento di tipo observation (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2*).

1. L’elemento ”*Dettaglio Anamnesi Familiare*” **DEVE** includere il seguente identificativo di template: *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2.*

Il valore *dell’observation/code* identifica il tipo di dettaglio sull’anamnesi familiare e **PUÒ** essere descritta tramite il value set ProblemObservation\_PSSIT DYNAMIC, derivato dal LOINC (“*2.16.840.1.113883.6.1”*). Si veda § 6.2.1.12 per i possibili valori.

Per fornire informazioni circa l’eta di insorgenza o morte del soggetto, il Dettaglio Anamnesi Familiare conterrà una *entryRelationship* conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3” (Template Età Insorgenza).*

1. L’elemento *“Dettaglio Anamnesi Familiare”* **PUÒ** includere un elemento “*Età Insorgenza*” conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3*.
2. L’Età Insorgenza (templateId *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3*) **DEVE** essere rappresentata attraverso una *entryRelationship/observation*.
3. Il valore di *entryRelationship/@typeCode* in una relazione fra una observation Dettaglio Anamnesi Familiare” ed l’*observation* “Età Insorgenza” **PUÒ** essere “*SUBJ*” *2.16.840.1.113883.5.1002* ActRelationshipType STATIC.
4. Il valore di *observation/@classCode* in un’Età Insorgenza **DEVE** essere valorizzato con “OBS” e l’attributo *observation*/@moodCodevalorizzato con “EVN”.
5. Il valore di *observation/code* in un’Età Insorgenza **DEVE** essere derivato dal value set EtàInsorgenza\_PSSIT DYNAMIC, derivato dal LOINC (“*2.16.840.1.113883.6.1”*).

Si veda 6.2.1.16 per i possibili valori.

1. **DEVE** essere presente un unico *observation/statusCode* che **DEVE** essere valorizzato con *@code=“completed”*2.16.840.1.113883.5.14 ActStatus STATIC.
2. **DEVE** essere presente un unico *observation/value*, da valorizzare con opportuno data type.

L’assenza di familiarità di una patologia si esprime impostando la proprietà *negationInd* a “true”, e specificando la patologia in relazione al parente, come se la patologia fosse esistente. Difatti la proprietà *negationInd* impostato a “true” inverte il significato della associazione.

In base alle condizioni sopra espresse, la entry potrà essere così strutturata:

<observation typeCode='OBS' moodCode='EVN'>

<templateId root=’2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2'/>

<id root='**$ID\_OBS’**/>

<code code="$OBS\_TYPE" displayName=’’ codeSystem=”2.16.840.1.113883.6.1” codeSystemName=”LOINC” />

<text><reference value='**#$REF\_OBS’**/></text>

<statusCode code='completed'/>

<effectiveTime (value=”**$DT\_OBS**” | nullFlavor=”UNK” ) />

<value xsi:type=’CD’ code='$OBS\_CODE ' displayName='$OBS\_DISPLAY\_NAME ' codeSystem=' $COD\_SYS'

codeSystemName='$COD\_SYS\_NAME '/>

<!— Opzionale Età Insorgenza -->

**$ETA**

</observation >

Dove:

**$ID\_OBS** = ID Unico dell’osservazione (data type HL7 II)

**$OBS\_TYPE** = tipologia di osservazione.

**$DT\_OBS** = data a cui l’osservazione di riferisce.

**$COD\_CODE** **($OBS\_DISPLAY\_NAME**) = codice (descrizione) della osservazione secondo la codifica ICD-9-CM.

**$REF\_OBS** = riferimento incrociato alla descrizione della familiarità nella parte narrativa.

**$ETA** = struttura usata per indicare le informazioni circa l’età di insorgenza o morte del soggetto (template *16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3*).

Segue un esempio della *entryRelationship* relativa alle informazioni circa l’eta di insorgenza o morte del soggetto (observation Età Insorgenza).

<entryRelationship typeCode="SUBJ" inversionInd="true">

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<templateId root="*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3*"/>

<code code="35267-4 " codeSystem="*2.16.840.1.113883.6.1*" displayName="Età diagnosi patologia"/>

<statusCode code="completed"/>

<!—indicazione non precisa dell’eta: e.g. dopo i…; prima dei …; fra I ed I -->

<!— ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->

<value xsi:type="IVL\_PQ">

<low value="$L\_ETA" unit="$ETA\_UNIT"/>

<high value="$H\_ETA" unit="$ETA\_UNIT"/>

</value>

<!-- OR -->

<!—Indicazione precisa dell’età -->

<value xsi:type="PQ" value="$V\_ETA" unit="$ETA\_UNIT"/>

</observation>

</entryRelationship>

Dove:

**$V\_ETA ($L\_ETA ; $H\_ETA)** = eta (limite inferiore; limite superiore) di insorgenza o morte del soggetto

**$ETA\_UNIT** = unità di misura usata per l’indicazione dell’età secondo la seguente tabella

|  |  |
| --- | --- |
| **Codice** | **Designazione** |
| a | Anni |
| mo | Mesi |
| wk | Settimane |
| d | Giorni |
| h | Ore |

Tabella – Unità di misura età

Nota: gli elementi *high* o *low* possono essere usati per indicare intervalli di età: e.g. prima dei 15 anni potrà essere rappresentato usando l’elemento <*high value=”15” unit=”a”>*; dopo le due settimane <*low value=”2” unit=”wk*”>

Esempio di Narrative Block:

<text>

<table border="1" width="100%">

<tbody>

<tr>

<td ID="fam\_str\_1">Familiarità per <content ID="fam\_1"> ASMA (439.9)</content> : ASSENTE </td>

</tr>

<tr>

<td ID="fam\_str\_2">Familiarità per <content ID="fam\_2">K SISTEMA NERVOSO (129.9) </content>

</td>

</tr>

<tr>

<td ID="fam\_str\_3">Familiarità per <content ID="fam\_3">DEFICIT VISIVI (369.2)</content> : padre, nonna paterna, zio</td>

</tr>

<tr>

<td ID="fam\_str\_4">Familiarità per <content ID="fam\_4">IMA PRECOCE</content> : padre morto prima dei 51 anni di IMA</td>

</tr>

<tr>

<td ID="fam\_str\_5">Familiarità per <content ID="fam\_5">Diabete</content> : padre insorgenza a 15 anni.</td>

</tr>

<tr>

<td ID="fam\_str\_6">Familiarità per <content ID="fam\_7">Diabete </content>: Nonna paterna NON DIABETICA</td>

</tr>

<tr>

<td ID="fam\_str\_7">paziente non ricorda casi di diabete in famiglia, ma sa che qualcuno ha avuto problemi di ipertensione</td>

</tr>

</tbody>

</table>

</text>

Esempio di Family History Organizer.

<!--++++++++++++++++++++++++++++++++++++++-->

<!-- PADRE CON più PATOLOGIE Età Insorgenza e Morte-->

<!--++++++++++++++++++++++++++++++++++++++-->

<entry typeCode="DRIV">

<organizer moodCode="EVN" classCode="CLUSTER">

<templateId root=’2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1‘/>

<id root="d42ecf70-5c99-11db-b0de-0800201c9a66"/>

<code code="10157-6" displayName="Storia di malattie di membri familiari" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>

<statusCode code="completed"/>

<subject typeCode="SBJ">

<relatedSubject classCode="PRS">

<code code="NFTH" displayName="Padre Naturale" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.111" codeSystemName="RoleCode"/>

</relatedSubject>

</subject>

<component>

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<!-- Family history cause of death observation template -->

<templateId root=’2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2'/>

<id root="d42ebf70-5c89-11db-b0de-0800200c9a66"/>

<code code="ASSERTION" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>

<statusCode code="completed"/>

<value xsi:type="CD" code="410.9" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.104" displayName="infarto miocardio"/>

<entryRelationship typeCode="SUBJ" inversionInd="true">

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<templateId root="*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3*"/>

<!-- Age observation template -->

<code code="39016-1 " codeSystem="*2.16.840.1.113883.6.1*" displayName="Età morte"/>

<statusCode code="completed"/>

<value xsi:type="IVL\_PQ">

<high value="51" unit="a"/>

</value>

</observation>

</entryRelationship>

</observation>

</component>

<!--================================-->

<!--Deficit Visivo -->

<!--================================-->

<component>

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<templateId root=’2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2'/>

<id root="d42ebf70-5c89-11db-b0de-0800200c9b66"/>

<code code="52797-8" displayName="Codice diagnosi ICD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>

<text>

<reference value="#fam\_str\_4"/>

</text>

<statusCode code="completed"/>

<effectiveTime nullFlavor="UNK"/>

<value xsi:type="CD" code="369.2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD-9-CM (diagnosis codes)" displayName="Deficit Visivi">

<originalText>

<reference value="#fam\_4"/>

</originalText>

</value>

</observation>

</component>

<!--================================-->

<!-- Diabete comparso a 15 anni -->

<!--================================-->

<component>

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<templateId root=’2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2'/>

<id root="d42ebf70-5c89-11db-b0df-0800200c9b66"/>

<code code="52797-8" displayName="Codice diagnosi ICD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>

<text>

<reference value="#fam\_str\_5"/>

</text>

<statusCode code="completed"/>

<effectiveTime nullFlavor="UNK"/>

<value xsi:type="CD" code="250" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD-9-CM (diagnosis codes)" displayName="Diabete">

<originalText>

<reference value="#fam\_5"/>

</originalText>

</value>

<!-- Indicazione Età insorgenza -->

<entryRelationship typeCode="SUBJ" inversionInd="true">

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<templateId root="*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3*"/>

<!-- Age observation template -->

<code code="35267-4 " codeSystem="*2.16.840.1.113883.6.1*" displayName="Età diagnosi patologia"/>

<statusCode code="completed"/>

<value xsi:type="PQ" value="15" unit="a"/>

</observation>

</entryRelationship>

</observation>

</component>

</organizer>

</entry>

## Stile di Vita (Social History)

Questa sezione (individuata dal codice LOINC “*29762-2”, “Stile di vita*”) contiene i dati che definiscono lo stile di vita del paziente, l’attività lavorativa, la condizione sociale, fattori di rischio ambientali; così come informazioni amministrative come stato civile, livello di istruzione, razza, etnia, affiliazioni religiose.

Sono da riportarsi gli elementi che potrebbero avere una influenza sulla rappresentazione del quadro clinico, o sullo stato di benessere psicologico o fisico, del paziente.

Esempi di informazioni che possono essere incluse in questa sezione:

* Fumo (Forte fumatore, Numero di sigarette/die)
* Uso di alcolici (Astemio, Numero bicchieri/die)
* Titolo di studio (Laureato)
* Religione (Testimone di Geova)
* Razza (Caucasico)
* Professione (In pensione, ex impiegata)
* Stato civile (Sposata, due figli)
* Esposizione ad agenti tossici
* Diete in atto
* Attività fisica

Nel contesto di questo documento si assume che siano riportati gli ultimi dati aggiornati per ogni tipo di osservazione e se clinicamente ancora significativi.

Tali informazioni saranno espresse attraverso una descrizione testuale ed opzionalmente attraverso entry codificate.

La sezione è opzionale.

1. Questa sezione (LOINC Code “*29762-2” “Stile di vita*”) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.6*.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.6) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.6* relativo alla sezione “Stile di vita”.

### Requisiti di Sezione

1. La sezione “Stile di vita” (*29762-2*') **DEVE** avere una section/title valorizzata a “*Stile di Vita*”.

Per la descrizione testuale del contentuto di sezione, riferirsi alle indicazioni di strutturazione di Narrative Block.

1. La sezione “Stile di vita” (*29762-2*) **PUÒ** contenere almeno una o più *entry/observation* di tipo “Osservazione sullo stile di vita” conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1*”.

In base alle condizioni sopra espresse, la sezione potrà essere così strutturata:

<component>

<section>

<templateId root=’ 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.6 '/>

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code='29762-2' displayName='Stile di vita' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<title>Stili di Vita (Social History)*</title>*

<text>

***$NARRATIVE\_BLOCK***

</text>

<entry>

<!—Molteplicità 1…N Social history observations -->

***$ SOCIALHIS\_OBS***

</entry>

</section>

</component>

Descrizione:

**$ID\_SEZ** = ID Unico della sezione (data type HL7 II)

**$NARRATIVE\_BLOCK** = contenuto della sezione <text> vedi esempio

**$SOCIALHIS\_OBS =** informazione codificata relativa ai dati su Stile di Vita (vedi § 4.8.2 - Osservazione su Stile di Vita).

### Osservazione su Stile di Vita

Le informazioni codificate sullo stile di vita sono fornite attraverso una *observation* (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1*).

1. Un elemento di tipo “Osservazione su Stile di Vita” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1.*
2. L’elemento *observation/id* **DEVE** avere molteplicità 1

Se presente, l’attributo *observation/text/reference/@value* **DEVE** essere valorizzato con l’URI che punta alla descrizione del problema nel narrative block della sezione.

Il valore dell’elemento *observation/code* identifica il tipo di osservazione relativa alle informazioni su “Stile di Vita” e per una social history observation **DEVE** essere selezionato dal value set SocialHistoryEntryElement\_PSSIT DYNAMIC derivato dal *LOINC codeSystem* “*2.16.840.1.113883.6.1*”).

Si veda il paragrafo 6.2.1.17 per i possibili valori.

Per ognuno dei suddetti tipi di osservazione si assume che siano utilizzati per l’elemento *value* specifici data type ed unità di misura.

Nel caso in cui le singole informazioni siano disponibili solo come informazioni testuali strutturate e non come valore codificato o dato numerico (dove richiesto), è possibile ugualmente riportarle all’interno delle entry codificate come riferimento ad un estratto del narrative block tramite l’elemento <originalText>.

Le osservazioni riportate nella precedente tabella che usano il data type PQ hanno una unità di misura nella forma {xxx}/d, {xxx}/wk o {xxx}/a rappresentano rispettivamente il numero di un item “stile di vita” per giorno, settimana, o anno.

Le osservazioni riportate nella precedente tabella che usano il data type CD dovrebbero includere i valori codificati da un vocabolario appropriato per rappresentare un item “stile di vita”.

Se presente, l’attributo *originalText* **DEVE** essere valorizzato con l’URI che punta alla descrizione dell’informazione nel narrative block della sezione

Queste osservazioni (“*Other Social History*”) possono utilizzare un qualunque altro data type appropriato.

1. Se l’attributo observation/code/@code è uguale a “11295-3” (Impiego attuale) allora il valore di *observation/value* **PUÒ** essere selezionato dalla tabella ISTAT ‘Nomenclatura e classificazione delle Unità Professionali’ (NUP) (*value/@codeSystem* = 2.16.840.1.113883.2.9.6.2.3).

REF: <http://cp2011.istat.it/>

Esempio di Social History Observation:

<observation typeCode='OBS' moodCode='EVN'>

<templateId root=’2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1’/>

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code='**$COD\_OBS**' displayName=' **$DESC**\_**OBS'** codeSystem=”2.16.840.1.113883.6.1” codeSystemName=' LOINC '/>

<text><reference value='**#$REF\_SOCIALOBS** /></text>

<statusCode code='completed'/>

<effectiveTime value='**$TS**'/>

<value xsi:type='CD' | ‘PQ’ **$VALUE\_OBS**/>

</observation>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

**$TS** = data di rilevazione dell’informazione. Se non noto valorizzare l’elemento col nullFlavor = **UNK.**

**$COD\_OBS** = codice dell’osservazione registrata.

**$DESC\_OBS** = descrizione dell’osservazione registrata

**$REF\_SOCOBS** = riferimento incrociato alla descrizione dell’elemento nella parte narrativa

**$VALUE\_OBS =** coppia di attributi *@code @displayName* nel caso di valore codificato; *@value, @unit* nel caso di quantitià fisica. Non presente nel caso sia veicolata una informazione puramente testuale.

Esempio di Narrative Block:

**<**text>

<table border="1" width="100%">

<tbody>

<tr>

<th colspan="2">Fattori di Rischio</th>

</tr>

<tr>

<td>Fumo</td>

<td>Forte Fumatore</td>

</tr>

<tr><content ID="alcool\_use\_GBL">

<td >Consumo Alcool</td>

<td><content ID="alcool\_use">Astemio</content ></td>

</content >

</tr>

<tr>

<th colspan="2">Altro</th>

</tr>

<tr>

<td>Titolo di Studio</td>

<td>Laureata</td>

</tr>

<tr>

<td>Impiego attuale </td>

<td>In pensione, ex impiegata</td>

</tr>

<tr>

<td colspan="2">Condizione Familiare </td>

<td> Sposata, due figli </td>

</tr>

</tbody>

</table>

</text>

Esempio di Osservazione Testuale:

<observation typeCode='OBS' moodCode='EVN'>

<templateId root=’2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1’/>

<id root="36e7e830-7b14-11db-9ff1-0800200c9b66"/>

<code code='74013-4' displayName=' codeSystem=”2.16.840.1.113883.6.1” codeSystemName=”LOINC“/>

<text><reference value='**#**alcool\_use\_gbl /></text>

<statusCode code='completed'/>

<effectiveTime value='**20081209**/>

<value xsi:type=‘PQ’ >

<originalText><reference value="**#**alcool\_use"/></originalText>

</value>

</observation>

## Gravidanze e parto (History of Pregnancies)

Tutte le informazioni inerenti gravidanze (incluso aborti spontanei), parti, eventuali complicanze derivate e stato mestruale (incluso menarca, menopausa, ecc.) ritenute rilevanti devono essere descritte all’interno della sezione individuata dal codice LOINC *“10162-6” (“Storia di gravidanze*”).

Esempi di asserzioni per questa sezione possono essere:

* 1968: Aborto spontaneo
* Gennaio 1971: Parto naturale, nessuna complicazione
* Menopausa dal 2010

La sezione è opzionale.

1. La sezione “Gravidanze e Parto” (LOINC: “10162-6”, “ *Storia di gravidanze*”) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.7.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.7) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.7 relativo alla sezione “Gravidenze e Parto”.

### Requisiti di Sezione

1. La sezione “Gravidanze e parto” (“*10162-6”*) **DEVE** avere un section/title valorizzato a “*Gravidanze, parto e stato mestruale*”.
2. La sezione “Gravidanze e parto” (“*10162-6”)* **DEVE** contenere almeno un entry/observationdi tipo “Gravidanze, parti, stato mestruale” conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1*

In base alle condizioni sopra espresse, la sezione potrà essere così strutturata:

<component>

<section>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.7”/>

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code='10162-6' displayName='Storia di gravidanze' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<text>

***$NARRATIVE\_BLOCK***

</text>

<entry>

***$PREGN\_ENTRY***

</entry>

</section>

</component>

Descrizione:

**$ID\_SEZ** = ID Unico della sezione (data type HL7 II)

**$NARRATIVE\_BLOCK** = contenuto della sezione <text> vedi esempio

**$PREGN\_ENTRY =** informazione codificata relativa a gravidanze, parti, stato mestruale, etc. Vedi § 4.9.2 - "Gravidanze, parti, stato mestruale”

### Gravidanze, parti, stato mestruale

Le informazioni codificate su gravidanze, parti, stato mestruale sono rappresentate attraverso una *observation* (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1*).

Tale osservazione deve contenere un codice che descrive quale aspetto della storia delle gravidanze viene registrato.

Il valore di *observation/code* **DOVREBBE** essere selezionato dal Value Set PregnancyObservation\_PSSIT DYNAMIC *(@codeSystem* “2.16.840.1.113883.6.1”) derivato dal LOINC.

Si veda 6.2.1.18 per i possibili valori.

Codici addizionali potrebbero essere usati per descrivere aspetti aggiuntivi. Se il codice non è noto, utilizzare @*nullFlavor="UNK*".

Il data type di *observation/value* per un entry conforme a questo template (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1*) **DEVE** essere selezionato in base all’*observation/code*.

1. Un elemento di tipo “Dettaglio Gravidanza o Parto” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template dell’observation “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1”.*
2. L’elemento *observation/id* **DEVE** avere molteplicità 1

Esempio:

<observation classCode ='OBS' moodCode='EVN'>

<templateId root=’2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1’/>

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code='**$COD\_OBS**' displayName=' **$DESC**\_**OBS'** codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<text><reference value='**#$REF\_OBS** /></text>

<statusCode code='completed'/>

<effectiveTime value='**$TS**'/>

<value xsi:type='CD' | ‘PQ’ | ‘TS’ | ‘INT’ | ‘ST ’**$VALUE\_OBS**/>

</observation>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

**$COD\_OBS** = codice dell’osservazione registrata.

**$DESC\_OBS** = descrizione dell’osservazione registrata **$REF\_OBS** = riferimento incrociato alla descrizione dell’elemento nella parte narrativa

**$TS** = data di rilevazione dell’informazione. Se non noto valorizzare l’elemento col nullFlavor = **UNK.**

**$VALUE\_OBS =** serie di attributi che descrivono in base al tipo di dato l’informazione: e.g. *@code @displayName* nel caso di valore codificato; *@value, @unit* nel caso di quantità fisica; *@value* nel caso di un timestamp o valore intero. Non presente nel caso sia veicolata una informazione puramente testuale.

Esempio di Narrative Block:

**<**text>

<table border="1" width="100%">

<tbody>

<list>

<item ID="pregn\_1”>

<content ID="pregn\_1\_data">1968</content>< content ID="pregn\_1\_info”>Aborto spontaneo 2 mese</content>

</item>

<item ID="pregn\_2”>

<content ID="pregn\_2\_data">Gennaio 1971</content>< content ID="pregn\_2\_info”> Parto naturale, nessuna complicazione </content>

</item>

<item ID="pregn\_3”>

</content>< content ID="pregn\_3\_info”> Menopausa</content> dal <content ID="pregn\_3\_data">2010</content>

</item>

</text>

Esempio di Osservazione Codificata:

<observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>

<templateId root=’2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1’/>

<id root="36e7e830-7b14-11db-9ef1-0800200c9b66"/>

<code code="11614-5" displayName=" Aborti.spontanei" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC">

<originalText><reference value="#pregn\_1\_info"></reference></originalText>

</code>

<text><reference value=”#pregn\_1” /></text>

<statusCode code='completed'/>

<effectiveTime value=”1968”' />

<value xsi:type=”INT” value=”1”/>

</observation>

Esempio di Osservazione Testuale:

<observation classCode ='OBS' moodCode='EVN'>

<templateId root=’2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1’/>

<id root="36e7e830-7b14-11db-9ff1-0800200c9b66"/>

<code code="ASSERTION" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>

<text><reference value='**#**pregn\_2/></text>

<statusCode code='completed'/>

<effectiveTime value='197101/>

<value xsi:type=‘CD’ ><originalText><reference value="**#**pregn2\_info"/></originalText>

</value>

</observation>

## Parametri Vitali (Vital Signs)

Le informazioni relative ai parametri vitali, attuali e passati, rilevanti ai fini del quadro clinico del paziente sono mappate all’interno di questa sezione individuata dal codice LOINC *“8716-3” (“Parametri vitali*”).

I possibili parametri da gestire all’interno di questa sezione sono: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, peso, altezza, indici di massa corporea, ossigenazione del sangue.

Nel contesto di questo documento la sezione Parametri Vitali può includere i segni vitali sopra citati per il periodo di tempo in oggetto; la sezione Parametri Vitali dovrebbe almeno includere i segni vitali piú recenti o i segni vitali più significativi in modo tale da permettere l’analisi dell’andamento ritenuto più rilevante.

Esempi di osservazioni dei parametri vitali:

* altezza: 30/04/2008 165 cm
* peso: 30/04/2008 78.0 Kg
* bmi: 30/04/2008 38.7
* circonferenza vita: 30/04/2008 324
* media ultime 4 rilevazioni PA: 84-150
* PA: 20/04/2008 87-130

La sezione è opzionale.

1. La sezione “Parametri Vitali” (LOINC “8716-3”, “Parametri vitali”) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.8.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.8) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.8* relativo alla sezione “Parametri Vitali”.

### Requisiti di sezione

1. La sezione “Parametri Vitali” *(“8716-3*”) **DEVE** avere un *section/title* valorizzato a “*Parametri Vitali*”.
2. La sezione “Parametri Vitali” (“*8716-3*”) **PUÒ** contenere almeno una *entry* di tipo “Organizer Parametri Vitali” conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1*” o di tipo “Osservazione Parametri Vitali” conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2.*

Esempio:

<component>

<section>

<tempalteId root=’ 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.8’/>

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code=’8716-3' displayName='Parametri vitali'

codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<title>Parametri Vitali*</title>*

<text>

***$NARRATIVE\_BLOCK***

</text>

<!—OPZIONALE Molteplicità 0..N – Organizer Parametri Vitali o Osservazione Parametri Vitali -->

<entry>

***$VS\_ORGANIZER | $V\_OBSS***

</entry>

</section>

</component>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

$**NARRATIVE\_BLOCK** = descrizione testuale del contenuto di sezione.

$**VS\_ORGANIZER** = Organizer che contiene le informazioni sulle misure dei parametri vitali (vedi § 4.10.2 - Organizer Parametri Vitali).

$**VS\_OBS** = Dettaglio informazioni sulle misure dei parametri vitali (vedi § 4.10.3 - Osservazione Parametri Vitali).

### Organizer Parametri Vitali

Le informazioni codificate dei parametri vitali possono essere gestite attraverso un elemento di tipo Organizer.

Un “Organizer Parametri Vitali” è un cluster di osservazioni dei parametri vitali (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1*).

1. L'organizer conterrà una o più component che a loro volta conterranno una observation. Un elemeno di tipo “Organizer Parametri Vitali” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: *“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1".*

Si osserva che un elemento di tipo Organizer Parametri Vitali può avere l’elemento *organizer/code* valorizzato a '8716-3' “Parametri vitali” del sistema di codifica LOINC *(@codeSystem* “*2.16.840.1.113883.6.1*”)*.*

1. Un elemento di tipo “Organizer Parametri Vitali” **DEVE** includere almeno un elemento di tipo “Osservazione Parametri Vitali” conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2*”.

Esempio:

<organizer classCode='CLUSTER' moodCode='EVN'>

<tempalteId root=’ 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1’/>

<id root='$ID\_SEZ’/>

<code code='8716-3' displayName='Parametri vitali'

codeSystem=’2.16.840.1.113883.6.1’ codeSystemName='LOINC'/>

<statusCode code='completed'/>

<effectiveTime value="$TS"/>

<!—Molteplicità 1…N - Osservazione Parametri Vitali -->

<component typeCode='COMP'>

$VS\_OBS

</component>

</organizer>

Descrizione:

**$ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione (data type HL7 II).

**$TS** = data in cui le misure sono state effettuate.

**$VS\_OBS** = Dettaglio informazioni sulle misure dei parametri vitali. Vedi § 4.10.3.

### Osservazione Parametri Vitali

Le informazioni codificate sui parametri vitali sono definite attraverso un elemento di tipo observation *(2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2).*

1. L’elemento di tipo “Osservazione Parametri Vitali” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2”.

Si osserva che i parametri vitali vengono rappresentati attraverso le stesse convenzioni usate per le indagini diagnostiche e gli esami di laboratorio (si confronti paragrafo 4.16.3 - Dettaglio Risultato).

Il valore di *observation/code* **PUÒ** essere selezionato dal Value Set VitalSignsObservation\_PSSIT DYNAMIC *(@codeSystem* “2.16.840.1.113883.6.1”) derivato dal LOINC.

Si veda 6.2.1.19 per i possibili valori.

Il data type di *observation/value* per un entry conforme a questo template **DEVE** essere selezionato in base all’*observation/code*.

Esempio:

<observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>

<tempalteId root=’ 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2’/>

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code='$OBS\_COD' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<text><reference value='**#$REF\_OBS’**/></text>

<statusCode code='completed'/>

<effectiveTime ( value=”**$DT\_OBS**” | nullFlavor=”UNK” ) />

<value xsi:type="PQ" value="$OBS\_VALUE" unit="$OBS\_UNIT"/>

<!—OPZIONALE -->

<interpretationCode code="$INT\_CODE" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.83"/>

<!—OPZIONALE -->

<repeatNumber value=" " />

<!—OPZIONALE -->

<targetSiteCode code="$TRG\_CODE " codeSystem=" "/>

<!—OPZIONALE -->

<methodCode code=" "codeSystem=" "/>

</observation>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

**$OBS\_CODE** = Codice relativo alla misura effettuata.

**$DT\_OBS** = data a cui l’osservazione si riferisce.

**$VAL\_OBS** = valore numerico della misura.

**$VAL\_UNIT** = unità di misura usata.

**$REF\_OBS** = riferimento incrociato alla descrizione della misura nella parte narrativa.

**$INT\_CODE** = Codice di interpretazione dei risultati. Valore derivato dal codeSystem HL7 ObservationInterpretation (e.g. high, low, normal).

**$TRG\_CODE** = Codice di identificazione della parte del corpo interessata alla misura (e.g. braccio sinistro [pressione], orale [temperatura], etc), utilizzabile per dettagliare ulteriormente quanto indicato nel OBS\_CODE.

Di seguito un esempio di valorizzazione degli attributi *observation/code*, *observation/value* e *observation/targetSiteCode* in caso di pressione sistolica misurata al braccio destro.

È possibile utilizzare il value set ActSite (2.16.840.1.113883.5.1052).

<observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>

….

<code code='8480-6' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<value xsi:type="PQ" value="129" unit="mm[Hg]"/>

<targetSiteCode code="RA" displayName="right arm" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1052"/>

….

</observation>

Esempio di NarrativeBlock:

<text>

<table border="1" width="100%">

<thead>

<tr>

<th >Data</th>

<th>Parametro</th>

<th>Valore</th>

<th>Note</th>

</tr>

</thead>

<tbody>

<tr>

<td>30/04/2008</td>

<td>Altezza</td>

<td>165 cm</td>

<td>&#160;</td>

</tr>

<tr>

<td>30/04/2008</td>

<td>Peso</td>

<td>78.8 Kg</td>

<td>&#160;</td>

</tr>

<tr>

<td>30/04/2008</td>

<td>BMI</td>

<td>28.7</td>

<td>&#160;</td>

</tr>

<tr>

<td>30/04/2008</td>

<td>Circonferenza Vita</td>

<td>234</td>

<td>&#160;</td>

</tr>

<tr>

<td>10/12/2007-20/04/2008</td>

<td>Media ultime 4 rilevazioni PA</td>

<td>84 - 150</td>

<td>&#160;</td>

</tr>

<tr>

<td>20/04/2008</td>

<td>PA</td>

<td>87 – 90</td>

<td>&#160;</td>

</tr>

</tbody>

</table>

</text>

## Protesi, impianti e ausili (Medical equipment)

Tutte le informazioni relative a protesi o ausili sono registrate all’interno della sezione individuata dal codice LOINC *“46264-8” (“Storia di uso di dispositivi medici*”).

Tale sezione deve riportare tutte le protesi ed impianti permanenti, nonché tutti gli ausili, impiantati o esterni, di supporto per il paziente.

Esempi di informazioni gestite:

* PORTATORE PACE MAKER (ICD9-CM V4501) (Maggio 2008)
* PROTESI DI ARTO INFERIORE

La sezione è obbligatoria.

1. La sezione “Protesi, impianti e ausili” (LOINC Code “*46264-8” – “Storia di uso di dispositivi medici”)* **DEVE** includere l’identificativo del template di sezione valorizzato a *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.9.*

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.9) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.9 relativo alla sezione “Protesi Impianti e Ausili”.

### Requisiti di sezione

1. La sezione “Protesi, impianti e ausili” (“*LOINC Code “46264-8*”) **DEVE** avere un *section/title* valorizzato a “*Protesi, impianti e ausili*”.
2. La sezione “Protesi, impianti e ausili” (“*46264-8*”) **DEVE** contenere almeno una *entry/supply* conforme ad uno dei seguenti template: “Dettaglio Protesi Impianti Ausili” “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.1”, oppure “Indicazione Assenza Protesi Impianti Ausili” “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.2”

In base alle condizioni sopra espresse la sezione potrà essere così strutturata:

<component>

<section>  
 <templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.9”/>

<id root='$ID\_SEZ’/>

<code code='46264-8' displayName='Storia di uso di dispositivi medici'

codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<title>Protesi, Impianti ed Ausilii</title>

<text>

***$NARRATIVE\_BLOCK***

</text>

<!-- molteplicità 1 …N – Dettaglio Protesi Impianti Ausili -->

<entry>

**$SUPPLY**

</entry>

</section>

</component>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

$**NARRATIVE\_BLOCK** = descrizione testuale del contenuto di sezione.

$**SUPPLY** = Dettaglio Protesi Impianti Ausili (vedi 4.11.2).

Esempio di Narrative Block:

<text>

<table border="1" width="100%">

<tbody>

<tr><td>PORTATORE PACE MAKER (ICD9-CM V4501) (Maggio 2008)</td>

</tr>

<tr><td>PROTESI DI ARTO INFERIORE</td></tr>

</tbody>

</table>

</text>

### Dettaglio Protesi Impianti Ausili

Le informazioni codificate circa il dettaglio di protesi, impianti o ausili sono definite attraverso un elemento di tipo supply (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.1*).

1. L’elemento ”*Dettaglio Protesi Impianti Ausili*” **DEVE** includere il seguente identificativo di template: 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.1*.*

Tutte le informazioni relative a protesi o ausili sono registrate all’interno della sezione individuata dal codice LOINC *“46264-8” (“Storia di uso di dispositivi medici*”).

1. Il valore dell’elemento *supply/code* **DEVE** essere derivato dal value set definito nella Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND) *(@codeSystem* “[2.16.840.1.113883.2.9](callto:2.16.840.1.113883.2.9).6.1.48”).

REF: <http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=328&area=dispositivi-medici&menu=classificazione>

L’elemento supply/effectiveTime è **OBBLIGATORIO** e rappresenta la data e ora di in cui l’impianto o l’ausilio sono stati forniti al paziente. Nel caso di protesi o dispositivi impiantati, rappresenta la data e ora di impianto.

1. L’elemento *supply/effectiveTime* **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore **DEVE** essere valorizzato con @nullflavor = “UNK”.

### Indicazione Assenza Protesi Impianti Ausili

L’assenza di protesi, impianti o ausili noti **DEVE** essere esplicitamente indicata valorizzando il *supply/code* secondo il Value Set AssenzaProtesiImpiantiAusili\_PSSIT.

Nessun altro elemento della *supply* andrà valorizzato.

Tale condizione viene rappresentata dal template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.2***.**

Si veda 6.2.1.20 per i possibili valori.

1. L’assenza di protesi, impianti o ausili noti **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una entry/supply conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.2*.
2. Il valore dell’elemento *supply/code* **DEVE** essere derivato dal value set AssenzaProtesiImpiantiAusili\_PSSIT.

## Piani di cura (Plan of care)

Tutte le informazioni relative a piani di cura riabilitativi o terapeutici (inclusi anche gli elementi P - Piano - delle schede SOVP) devono essere descritte all’interno della sezione individuata dal codice LOINC “*18776-5” – (“Piano di cura*”).

Potranno essere inseriti tutti gli ordini non ancora evasi (“*All active, incomplete, or pending orders*”) legati a prestazioni, visite, procedure chirurgiche, terapie.

Questa sezione può contenere anche informazioni concernenti memo clinici od esiti attesi (goal), come ad esempio raccomandazioni terapeutiche che non riguardano l’utilizzo di farmaci, come dieta, esercizio fisico, ecc.

Esempi di uso:

* 08/02/2011 - Prescritto Emocromo con formula e piastrine. Urgente
* 01/02/2011 – Prescritto Tenormin\*14cpr 100mg (una la mattina)

La sezione è opzionale.

1. La sezione “Piani di Cura” (LOINC: “*18776-5”, “Piano di cura*”) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato *a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.10*.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.10) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.10* relativo alla sezione “Piani di Cura”.

### Requisiti di sezione

1. La sezione “Piani di Cura” (“*18776-5*”) **DEVE** avere un *section/title* valorizzato a “*Piani di cura*”.
2. La sezione “Piani di Cura” (“*18776-5*”) **PUÒ** contenere:

* una o più *entry/observation* di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura” conforme al template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1”;
* una o più *entry/substanceAdministration* di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura” conforme al template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2”;
* una o più *entry/procedure* di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura” conforme al template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3”;
* una o più *entry/encounter* di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura” conforme al template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4”.
* una o più *entry/act* di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura” conforme al template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5”.

I “Dettagli Attività Piano di Cura” **POSSONO** riguardare indicazioni di richieste di:

prestazioni (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1*);

terapie o vaccinazioni *(2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2*);

procedure chirurgiche (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3*);

visite o ricoveri (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4*);

altre attività ((*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5).*

In base alle condizioni sopra espresse la sezione potrà essere così strutturata:

<component>

<section>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.10” />

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code='18776-5' displayName='Piano di cura'

codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<title>Piano di Cura</text>

<text>

***$NARRATIVE\_BLOCK***

</text>

 <!—OPZIONALE molteplicità 0..N -->

<entry>

***$PLAN\_ACTIVITY***

</entry>

</section>

</component>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

$**NARRATIVE\_BLOCK** = descrizione testuale del contenuto di sezione.

$**PLAN\_ACTIVITY** = Dettaglio delle attività previste dal Piano. Vedi 4.12.2 - Dettagli Attività Piano di Cura

### Dettagli Attività Piano di Cura

L’elemento Dettagli Attività Piano di Cura potrà contenere uno dei seguenti clinical statements:

* Observation (per esprimere richieste di prestazioni quali esami di laboratorio, diagnostica per immagini, …)
* SubstanceAdministration (per indicare le richieste/proposte di nuove terapie o nuove tipologie di vaccinazione da inserire nel piano di cura)
* Procedure (per esprimere le richieste di trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche)
* Encounter (per esprimere richieste di visite o ricoveri)
* Act (per esprimere richieste non inquadrabili in una delle tipologie precedenti).

Nei successivi paragrafi viene fornita una descrizione di come i Dettagli Attività Piano di Cura siano coniugati nei diversi casi d’uso sopra indicati:

* § 4.12.2.1 “Osservazione Piano di Cura”
* § 4.12.2.2 “Terapia Piano di Cura”
* § 4.12.2.3 “Procedura Piano di Cura”
* § 4.12.2.4 “Visita o Ricovero Piano di Cura”
* § 4.12.2.5 “Atto Piano di Cura”

1. L’elemento di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura”, conforme ad uno dei seguenti identificativi di template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1”; “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2”; “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3”; “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4*”; “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5*”.
2. L’attività espressa tramite l’elemento Dettagli Attività Piano di Cura **DEVE** contenere un solo elemento *id*.

Qui di seguito una sintesi dei @*moodCode* ammessi per i diversi tipi di atto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Encounter** | **Procedure** | **Substance Administration** | **Observation** | **Act** |
| **INT** (intent) | Permesso | Permesso | Permesso | Permesso | Permesso |
| **ARQ** (appt request) | Permesso | Permesso | Non Permesso | Non Permesso | Permesso |
| **PRMS** (promise) | Permesso | Permesso | Permesso | Permesso | Permesso |
| **PRP** (proposal) | Permesso | Permesso | Permesso | Permesso | Permesso |
| **RQO** (request) | Permesso | Permesso | Permesso | Permesso | Permesso |
| **GOL** (goal) | Non Permesso | Non Permesso | Non Permesso | Permesso | Non Permesso |

Tabella - Codifica moodcode

Di ciascun clinical statement andranno riportati il codice dell’elemento pianificato (osservazione, terapia, vaccinazione, procedura, visita) e opzionalmente un elemento effectiveTime che indichi la data prevista dell’attività del piano.

#### Osservazione Piano di Cura

L’indicazione della prestazione prescritta all’interno del Piano di Cura del paziente sarà descritta dal template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1.*

1. L’Osservazione Piano di Cura **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una *entry/observation* conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1.*

L’elemento *observation/code* conterrà il codice della prestazione richiesta.

L’elemento *observation/effectiveTime* indica la data prevista per l’attività.

Per l’*observation/code* è possibile utilizzare una codifica internazionale (ad esempio LOINC), oppure una codifica nazionale/locale.

1. L’elemento *observation* **DEVE** contenere esattamente un elemento *observation/code*.
2. L’elemento *observation/code* **PUÒ** essere selezionato dal sistema LOINC (codeSystem *2.16.840.1.113883.6.1*).

L’elemento *observation/effectiveTime* PUÒ essere utilizzato per esprimere la data ed ora dell’esecuzione, oppure l’intervallo di tempo in cui verrà eseguita l’attività.

In base alle considerazioni fatte, il set di informazioni attese sarà:

<observation classCode="OBS" moodCode="RQO">

<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1 "/>

<id root="9a6d1bac-17d3-4195-89a4-1121bc809b4a"/>

<code code='$COD\_OBS' codeSystem='$COD\_SYS\_OBS’ displayName='$DESC\_OBS’ />

<text>

<reference value="#$REF\_OBS"/>

</text>

<!—OPZIONALE può essere espresso sia nella forma di data precisa effectiveTime/@value -->

<!—che di intervallo (aperto o chiuso) effectiveTime.low, effectiveTime.high -->

<!— ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->

( <effectiveTime value=”$TS\_PLAN” />

OR

<effectiveTime >

<low value="$LOW\_TS"/>

<high value="$HIGH\_TS"/>

</effectiveTime > )

</observation>

Descrizione:

**$COD\_ OBS** = codice relativo all’attività del piano di cura nel sistema di codifica individuato

**$DESC\_OBS** = descrizione codice relativo all’attività del piano di cura nel sistema di codifica individuato

**$COD\_SYS\_ OBS** = OID dello schema di codifica utilizzato.

**$REF\_ OBS** = riferimento incrociato alla descrizione dell’attività nella parte narrativa

**$TS\_PLAN** = data (prevista) dell’attività del piano

**$LOW\_TS** = data di inizio (prevista) dell’attività del piano

**$HIGH\_TS** = data di fine (prevista) dell’attività del piano

#### Terapia Piano di Cura

L’indicazione della terapia farmacologica o della vaccinazione prescritta all’interno del Piano di Cura del paziente sarà descritta dal template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2*.

1. La Terapia Piano di Cura **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una *entry/substanceAdministration* conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2*.

Il primo elemento *substanceAdministration/effectiveTime* descrive la data di inizio della terapia o della vaccinazione.

Un secondo elemento *effectiveTime* può descrivere la posologia. Vedi § 4.4.2.1 - Posologia per i dettagli.

Per la tipologia di farmaco oggetto della terapia o della vaccinazione, si faccia riferimento al paragrafo 4.4.3 - Dettagli Farmaco.

Esempio: Richiesta terapia farmacologica (*substanceAdministration*)

<substanceAdministration classCode='SBADM' moodCode=RQO>

<templateId root=” 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2” />

<id root=“ ” extension=“ ”/>

<text><reference value='#$REF\_MED'/></text>

<!—OPZIONALE può essere espresso sia nella forma di data precisa effectiveTime/@value -->

<!—che di intervallo (aperto o chiuso) effectiveTime.low, effectiveTime.high -->

<!— ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->

( <effectiveTime value=”$TS\_PLAN” />

OR

<effectiveTime >

<low value="$LOW\_TS"/>

<high value="$HIGH\_TS"/>

</effectiveTime > )

<!—OPZIONALE usato per indicare la posologia: e.g. 2 volte il giorno,….-->

<effectiveTime operator='A' xsi:type='TS|PIVL\_TS|EIVL\_TS|PIVL\_PPD\_TS|SXPR\_TS'>

$POSOLOGIA

</effectiveTime>

<consumable>

$FARMACO

</consumable>

</substanceAdministation>

Descrizione:

**$REF\_ MED** = riferimento incrociato alla descrizione dell’attività nella parte narrativa

**$TS\_PLAN** = data (prevista) dell’attività del piano

**$LOW\_TS** = data di inzio (prevista) dell’attività del piano

**$HIGH\_TS** = data di fine (prevista) dell’attività del piano

**$POSOLOGIA** = Informazioni concernenti la posologia. La strutturazione di questo elemento dipende dal tipo di dato usato. (vedi anche § 4.4.2.1 - Posologia)

**$FARMACO** = Descrizione del farmaco

#### Procedura Piano di Cura

L’indicazione della procedura chirurgica prescritta all’interno del Piano di Cura del paziente sarà descritta dal template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3*.

1. La Procedura Piano di Cura DEVE essere esplicitamente rappresentata con una *entry/procedure* conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3*.

L’elemento *procedure/code* conterrà il codice della procedura richiesta.

L’elemento *procedure/effectiveTime* indica la data prevista per l’attività.

Per l’elemento *procedure/code* è possibile utilizzare una codifica internazionale (ad esempio LOINC, ICD9CM), oppure una codifica nazionale/locale.

1. L’elemento *procedure* **DEVE** contenere esattamente un elemento *procedure/code*.
2. L’elemento *procedure/code* **PUÒ** essere selezionato dal sistema LOINC (codeSystem *2.16.840.1.113883.6.1)*.

Esempio: Richiesta intervento (procedure)

<procedure classCode='PROC' moodCode=RQO >

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3”/>

<id root=“ ” extension=“ ”/>

<code code='$PROC\_CODE' codeSystem='$PROC\_COD\_SYS’ codeSystemName='$PROC\_COD\_SYS\_NAME' />

<text><reference value='#REF\_PROC’/></text>

<!—OPZIONALE può essere espresso sia nella forma di data precisa effectiveTime/@value -->

<!—che di intervallo (aperto o chiuso) effectiveTime.low, effectiveTime.high -->

<!— ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->

( <effectiveTime value=”$TS\_PLAN” />

OR

<effectiveTime >

<low value="$LOW\_TS"/>

<high value="$HIGH\_TS"/>

</effectiveTime > )

</procedure>

Descrizione:

**$PROC\_CODE** = Codice tipo di procedura.

**$PROC\_COD\_SYS ($PROC\_COD\_SYS\_NAME )**= OID (nome) del Nomenclatore usato per le procedure

**$REF\_PROC**= riferimento incrociato alla descrizione dell’intero elemento (procedura) all’interno della parte narrativa

**$TS\_PLAN** = data (prevista) dell’attività del piano

**$LOW\_TS** = data di inzio (prevista) dell’attività del piano

**$HIGH\_TS** = data di fine (prevista) dell’attività del piano

#### Visita o Ricovero Piano di Cura

L’indicazione della visita o del ricovero prescritto all’interno del Piano di Cura del paziente sarà descritta dal template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4*.

1. La “Visita o Ricovero Piano di Cura” **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una *entry/encounter* conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4*.

L’elemento *encounter/code* indicherà il tipo di visita richiesto. Sarà valorizzato a partire dal Value Set *2.16.840.1.113883.1.11.13955* EncounterCode relativo ad “*ActCode*” DYNAMIC.

I possibili valori sono riportati nel paragrafo 6.2.1.21, a cui si fa riferimento anche nel paragrafo 4.14.2 - Dettagli Visita o Ricovero.

L’elemento *encounter/effectiveTime* indica la data prevista per l’attività.

1. L’elemento *encounter* **DEVE** contenere esattamente un elemento *encounter/code*.

Esempio: Richiesta visita (encounter)

<encounter classCode=“ENC” moodCode=RQO”>

<templateId root=“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4”/>

<id root=“ ” extension=“ ”/>

<code code=“$COD\_ENC” codeSystem=“2.16.840.1.113883.5.4” codeSystemName=“ActEncounterCode” displayName=”$DESC\_ENC”/>

<text><reference value=“$REF\_ENC”/></text>

<!—OPZIONALE può essere espresso sia nella forma di data precisa effectiveTime/@value -->

<!—che di intervallo (aperto o chiuso) effectiveTime.low, effectiveTime.high -->

<!— ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->

( <effectiveTime value=”$TS\_PLAN” />

OR

<effectiveTime >

<low value="$LOW\_TS"/>

<high value="$HIGH\_TS"/>

</effectiveTime > )

</encounter>

Descrizione:

**$COD\_ENC**=codice dal vocabolario HL7 ActEncounterCode che descriva il tipo di encounter.

**$DESC\_ENC**=Descrizione dal vocabolario HL7 ActEncounterCode che descriva il tipo di encounter.

**$REF\_ ENC** = riferimento incrociato alla descrizione dell’attività nella parte narrativa

**$TS\_PLAN** = data (prevista) dell’attività del piano

**$LOW\_TS** = data di inzio (prevista) dell’attività del piano

**$HIGH\_TS** = data di fine (prevista) dell’attività del piano

#### Atto Piano di Cura

L’indicazione dell’atto richiesto all’interno del Piano di Cura del paziente sarà descritta dal template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5.*

1. L’Atto Piano di Cura **DEVE** essere esplicitamente rappresentato con una *entry/act* conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5.*

L’elemento *act/code* conterrà il codice dell’attività richiesta.

L’elemento *act/effectiveTime* indica la data prevista per l’attività.

1. L’elemento *act*  **DEVE** contenere esattamente un elemento *act/code*.

L’elemento *act/effectiveTime* PUÒ essere utilizzato per esprimere la data ed ora dell’esecuzione, oppure l’intervallo di tempo in cui verrà eseguita l’attività.

In base alle considerazioni fatte, il set di informazioni attese sarà:

<act classCode="ACT" moodCode="RQO">

<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5 "/>

<id root="9a6d1bac-17d3-4195-89a4-1121bc809b4a"/>

<code code='$COD\_ACT' codeSystem='$COD\_SYS\_ACT’ displayName='$DESC\_ACT’ />

<text>

<reference value="#$REF\_ACT"/>

</text>

<!—OPZIONALE può essere espresso sia nella forma di data precisa effectiveTime/@value -->

<!—che di intervallo (aperto o chiuso) effectiveTime.low, effectiveTime.high -->

<!— ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->

( <effectiveTime value=”$TS\_PLAN” />

OR

<effectiveTime >

<low value="$LOW\_TS"/>

<high value="$HIGH\_TS"/>

</effectiveTime > )

</act>

Descrizione:

**$COD\_ACT** = codice relativo all’attività del piano di cura nel sistema di codifica individuato

**$DESC\_ACT** = descrizione codice relativo all’attività del piano di cura nel sistema di codifica individuato

**$COD\_SYS\_ACT** = OID dello schema di codifica utilizzato.

**$REF\_ ACT** = riferimento incrociato alla descrizione dell’attività nella parte narrativa

**$TS\_PLAN** = data (prevista) dell’attività del piano

**$LOW\_TS** = data di inizio (prevista) dell’attività del piano

**$HIGH\_TS** = data di fine (prevista) dell’attività del piano

## Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche (Procedures)

Le informazioni relative alle procedure diagnostiche invasive, interventistiche, chirurgiche, terapeutiche non farmacologiche inerenti la storia clinica del paziente e di interesse all’interno del documento sono mappate nella sezione individuata dal codice LOINC “*47519-4” (“Storia di Procedure”)*.

La sezione dovrebbe almeno contenere le procedure di maggiore rilevanza, ad esempio gli interventi chirurgici a cui il paziente è stato sottoposto.

Devono essere riportate obbligatoriamente le indicazioni su interventi chirurgici legati a trapianti.

Si osserva che in generale sono di interesse per questa sezione i trattamenti e le procedure che sono già stati effettuati.

Esempi di procedure:

* Asportazione K Cutaneo
* Appendicectomia
* Cordotomia percutanea

La sezione è obbligatoria.

1. La sezione “Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche” (LOINC: “ 47519-4”, “Storia di Procedure”) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.11) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11* relativo alla sezione “Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche”.

1. La sezione “Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche” (“*47519-4*”) **DEVE** avere un *section/title* valorizzato a “*Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche”.*
2. La sezione “Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche” (“*47519-4”*) **DEVE** contenere una *entry/procedure* conforme al template: “Procedura” conforme al template *“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1*”*.*

Esempio:

<component>

<section>

<tempalteId root=’ 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11 />

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code="47519-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

displayName="Storia di Procedure"/>

<title>Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche </title>

<text>

***$NARRATIVE\_BLOCK***

</text>

<entry>

<!—OPZIONALE Molteplicità 0…N Procedure codificate -->

***$PROCEDURA***

</entry>

</component>

</section>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

$**NARRATIVE\_BLOCK** = descrizione testuale del contenuto di sezione.

**$PROCEDURA** = dettagli “Procedura“.

### Procedura

Le informazioni codificate sui trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche sono definite attraverso un elemento di tipo procedure (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1*).

1. L’elemento di tipo “*Procedura Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche*” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: *“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1”.*

Nel contesto del Profilo Sanitario Sintetico la section sui Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche conterrà solamente trattamenti e procedure già avvenuti; trattamenti e procedure pianificati andranno inseriti nella section “Piano di Cura”.

Per l’elemento *procedure/code* è possibile utilizzare una codifica internazionale (ad esempio LOINC, ICD9CM), oppure una codifica nazionale/locale.

Nel caso in cui la Procedura sia relativa ai Trapianti effettuati, l’elemento *procedure/code/@code* **PUÒ** essere selezionato dal Value Set ProcedureTrapianti\_PSSIT DYNAMIC definito a partire da ICD9-CM.

Si veda il paragrafo 6.2.1.25 per i possibili valori.

1. Il valore dell’elemento *procedure/code* **DOVREBBE** essere derivato da ICD9-CM.

Nel caso in cui non siano presenti informazioni conosciute relative a procedure diagnostiche invasive, interventistiche, chirurgiche, terapeutiche non farmacologiche, oppure nel caso in cui il paziente non abbia avuto alcuna tipologia di procedura, l’elemento *procedure/code/@code* **DEVE** essere selezionato dal value set UnknownProcedures\_PSSIT DYNAMIC.

Si veda il paragrafo 6.2.1.24 per i possibili valori.

Esempio:

<procedure classCode='PROC' moodCode='EVN >

<templateId root= ‘2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1’/>

<id root='$ID\_SEZ’/>

<code code='$PROC\_CODE' codeSystem='$PROC\_COD\_SYS’ codeSystemName='$PROC\_COD\_SYS\_NAME' />

<text><reference value='#REF\_PROC’/></text>

<statusCode code='completed|active|aborted|cancelled'/>

<effectiveTime >

<low value="$LOW\_TS"/>

<high value="$HIGH\_TS"/>

</effectiveTime >

<!—OPZIONALE Riferimento ad Encounter -->

<!—entryRelationship/@typeCode='REFR' -->

$RIF\_ENCOUNTER

<!—OPZIONALE Ragione della procedura -->

<!—entryRelationship/@typeCode='RSON' -->

$RAGIONE

</procedure>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

**$PROC\_CODE** = Codice tipo di procedura.

**$PROC\_COD\_SYS ($PROC\_COD\_SYS\_NAME )**= OID (nome) del Nomenclatore usato per le procedure

**$REF\_PROC**= riferimento incrociato alla descrizione dell’intero elemento (procedura) all’interno della parte narrativa

**$LOW\_TS** = data di inzio (prevista) della procedura

**$HIGH\_TS** = data di fine (prevista) della procedura

**$RIF\_ENCOUNTER** = Riferimento a encounter associato alla procedura. (In questo caso *entryRelationship/@typeCode='REFR'*)

**$RAGIONE** = Ragione della procedura.

Esempio:

<component>

<section>

<tempalteId root=’ 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11 />

<id root="36e8e830-7b14-11db-9ff1-0800200c9b66"/>

<code code="47519-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" displayName="Storia di Procedure"/>

<title>Procedure</title>

<text>

<!-- ..***OMISSIS ..-->***

</text>

<entry>

<!—OPZIONALE Molteplicità 0…N Procedure codificate -->

<procedure classCode='PROC' moodCode='EVN'>

<templateId root= ‘2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1’/>

<id root="36e8e930-7b14-11db-9ff1-0800200c9b66"/>

<code code="88.72" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.104" codeSystemName="ICD9-CM" displayName="Diagnostica ecografica del cuore">

<text><reference value='#proc\_1\_1’/></text>

<statusCode code=”active”/>

<effectiveTime >

<low value="20081212"/>

</effectiveTime >

<entryRelationship typeCode="RSON">

<id root="36e8e930-7b14-11db-9fe1-0800200c9b66"/>

<code code="410" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD-9CM (diagnosis codes)” displayName="IMA">

</entryRelationship>

</procedure>

</entry>

</component>

</section>

## Visite e Ricoveri (Encounters)

In questa sezione, individuata dal codice LOINC “46240-8” (“Storia di ospedalizzazioni+​Storia di visite ambulatoriali”), possono essere riportati gli episodi di cura del paziente presso le strutture sanitarie del servizio sanitario e convenzionate, avvenuti sia in regime di ospedalizzazione che ambulatoriale e registrati dal MMG/PLS nella propria cartella. Sono inclusi gli incontri avuti dal paziente con il MMG/PLS stesso, se rilevanti.

Saranno quindi di interesse visite e ricoveri già avvenuti, mentre le richieste andranno inserite nella section “Piano di Cura”.

Esempi di informazioni gestite:

* Visita ortopedica eseguita il 4 febbraio 2011: gonalgia gionocchio sinistro. Consigliato riposo e 10 sedute di tecar terapia.
* Ricovero presso reparto di medicina interna il 21 gennaio 2011 per patologia acuta dell’apparato respiratorio.

La sezione è opzionale.

1. La sezione “Visite e Ricoveri” (*“46240-8”, “Storia di ospedalizzazioni ​e Storia di visite ambulatoriali”)* **DEVE** includere un identificativo di template valorizzato a *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.12*.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.12) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.12* relativo alla sezione “Visite e Ricoveri”.

### Requisiti di sezione

1. La sezione “Visite e Ricoveri” (“*46240-8”)* **DEVE** avere un *section/title* valorizzato a “*Visite e Ricoveri*”.
2. La sezione Visite e Ricoveri **DEVE** contenere almeno una *entry/encounter* di tipo “Dettaglio Visita o Ricovero” conforme al template  
   *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.12.1*.

Segue un esempio della sezione:

<component>

<section>

<templateId root=“ 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.12”/>

<id root=“**$ID\_SEZ**“ />

<code code=“46240-8” displayName=“Storia di ospedalizzazioni e ​Storia di visite ambulatoriali” codeSystem=“2.16.840.1.113883.6.1” codeSystemName=“LOINC”/>

<title>Visite e Ricoveri</title>

<text>

**$NARRATIVE\_BLOCK**

</text>

<!— Molteplicità 1 …N -->

<entry>

**$ENCOUNTER**

</entry>

</section>

</component>

**$ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

**$NARRATIVE\_BLOCK** = Descrizione degli incontri di diretta comprensione

**$ENCOUNTER** = Dettagli delle visite o ricoveri come descritto in sezione “Dettagli Visita o Ricovero”

### Dettagli Visita o Ricovero

I dettagli per le visite e i ricoveri sono forniti attraverso un elemento encounter.

Nel contesto del Profilo Sanitario Sintetico, la section sulle Visite e Ricoveri conterrà solamente encounter relativi ad episodi già avvenuti ritenuti significativi dal medico per un corretto inquadramento del paziente; richieste di encounter andranno inserite nella section “Piano di Cura”.

1. Un elemento di tipo “Dettagli Visita o Ricovero” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: *“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.12.1”.*
2. L’attributo *encounter/@moodCode* **DEVE** essere valorizzato con EVN.
3. L’elemento *encounter/id* **DEVE** avere molteplicità 1.

L’elemento *encounter/code*, **OBBLIGATORIO**, sarà valorizzato a partire dal Value Set EncounterCode derivato da “*ActCode*” (2.16.840.1.113883.5.4) DYNAMIC.

Si veda il paragrafo 6.2.1.21 per i possibili valori.

Se presente, l’elemento *encounter/text/reference/@value* **DEVE** essere valorizzato con l’URI che punta alla descrizione estesa della visita o ricovero nel narrative block della sezione.

L’elemento *effectiveTime* descrive la data e ora, o la durata della visita o del ricovero.

**DOVREBBE** esserci almeno un elemento *encounter/performer* per individuare il fornitore di cura durante il ricovero o la visita. In tal caso è possibile utilizzare l’elemento *performer/time* per indicare la durata della partecipazione all’encounter da parte del performer quando questa è sostanzialmente differente da quella indicata *nell’encounter/effectiveTime*.

L’elemento *performer/assignedEntity/code* definisce la tipologia di professionista che ha partecipato all’encounter.

Segue un esempio:

<encounter classCode=“ENC” moodCode=EVN”>

<templateId root=“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.12.1”/>

<id root=“ ” extension=“ ”/>

<code code=“$COD\_ENC” codeSystem=“2.16.840.1.113883.5.4” codeSystemName=“ActCode” displayName=”$DESC\_ENC”/>

<text><reference value=“$#xxx”/></text>

<effectiveTime>

<low value=“$INIZIO”/>

<high value=“$FINE”/>

</effectiveTime>

<performer typeCode=“PRF”>

<time><low value=“$INIZIO”/><high value=“$FINE”/></time>

<assignedEntity>...</assignedEntity>

</performer>

</encounter>

**Descrizione:**

$COD\_ENC = codice dal vocabolario HL7 ActCode che descriva il tipo di encounter.

$DESC\_ENC = Descrizione dal vocabolario HL7 ActCode che descriva il tipo di encounter.

$#XXX = riferimento incrociato alla descrizione dell’elemento nella parte narrativa.

$INIZIO/$FINE=Data di inizio/fine dell’encounter o della partecipazione del performer.

## Stato funzionale del Paziente (Functional status)

Questa sezione (individuata dal codice LOINC “*47420-5”, “Nota di valutazione dello stato funzionale*”) contiene le informazioni che descrivono eventuali comportamenti e/o condizioni del paziente che si discostano dalla norma.

Tale sezione deve riportare almeno la valutazione della capacità motoria dell’assistito (autonomo, assistito, allettato).

Opzionalmente possono riportate le indicazioni sul regime di assistenza (ADI, ADP) attivo.

Esempi di informazioni incluse in questa sezione:

* Capacità motoria: allettato
* Stato mentale
* Capacità di comunicazione
* Percezione
* In regime di ADI

La sezione è obbligatoria.

1. La sezione “Stato funzionale del Paziente” (LOINC *“47420-5”, “Nota di valutazione dello stato funzionale”*) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13”*.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.13) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13* relativo alla sezione “Stato del Paziente”.

### Requisiti di sezione

1. La sezione “Stato funzionale del Paziente” (“*47420-5”)* **DEVE** avere una *section/title* valorizzata a “*Stato funzionale del Paziente*”.

Gli stati del paziente possono essere rappresentati in tre differenti modi: come problems, results, o come testo. Il testo può essere impiegato se e solo se lo stato del paziente non è né un problema né un risultato.

Per la gestione dei contenuti strutturati si possono utlizzare uno o più elementi Problema (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1*) e/o uno o più elementi *entry/organizer* Risultati (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1*).

1. La sezione “Stato funzionale del Paziente” (*'47420-5'*) **PUÒ** contenere clinical statement di tipo “Problema” conformi al template *“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1*; **DEVE** contenere un clinical statement di tipo “Organizer Risultati” conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1*”.

Per riportare le informazioni su capacità motoria e regime di assistenza si utilizza un *organizer* di tipo “Organizer Risultati”, con varie *observation*, una per informazione.

La *observation* contenente le informazioni sulla capacità motoria è **OBBLIGATORIA**.

1. Un elemento di tipo “Organizer Risultati” **DEVE** includere almeno un elemento di tipo “Dettaglio Risultato” conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2*” contenente le informazioni sulla capacità motoria.

### Capacità motoria

All’interno dell’”Organizer Risultati” DEVE essere presente una *component/observation* che rappresenta l’informazione obbligatoria relativa alla capacità motoria dell’assistito.

La *observation* che riporta l’indicazione della capacità motoria, ha *code* e *value* espressi secondo codifica LOINC.

1. Per la *observation* relativa alla capacità motoria dell'assistito, il valore di *observation/code* **DEVE** essere *@code* = “*75246-9*”, *@displayName* = “*Activity*”, *@codeSystem* = “*2.16.840.1.113883.6.1*” STATIC.
2. Per la *observation* relativa alla capacità motoria dell'assistito, il valore di *observation/value* **DEVE** essere derivato dal ValueSet CapacitàMotoria\_PSSIT DYNAMIC *(@codeSystem* “*2.16.840.1.113883.6.1*”) derivato dal LOINC.

Si veda il paragrafo 6.2.1.22 per i possibili valori.

### Regime di assistenza

All’interno dell’”Organizer Risultati” DEVE essere presente una *component/observation* che rappresenta l’informazione obbligatoria relativa all’eventuale regime di assistenza (ADI, ADP) dell’assistito.

La *observation* riporta l’indicazione della presenza del regime di assistenza, specificandone il tipo.

1. Per la *observation* relativa al regime di assistenza, il valore di *observation/code* **DOVREBBE** essere *@code* = “ASSERTION”, *@codeSystem* = “2.16.840.1.113883.5.4” STATIC.
2. Per la *observation* relativa al regime di assistenza, il valore di *observation/valu*e **DOVREBBE** essere selezionato dal Value Set AssistenzaDomiciliare\_PSSIT DYNAMIC*.*

Si veda il paragrafo 6.2.1.23 per i possibili valori.

Esempio:

<component>

<section>

<templateId root=' 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13'/>

<id **$ID\_SEZ’**/>

<code code='47420-5' displayName='Nota di valutazione dello stato funzionale'

codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<title>Stato funzionale del Paziente*</title>*

<text>

***$NARRATIVE\_BLOCK***

</text>

<!--0..N Problem Concern Entry element -->

<entry>

***$PROBLEM\_ACT***

</entry>

<!—Opzionale Molteplicità 1…N -->

<entry>

***$ORGANIZER***

</entry>

</section>

</component>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

$**NARRATIVE\_BLOCK** = descrizione testuale del contenuto di sezione.

**$PROBLEM\_ACT** = Problema. Vedi §4.6.2 - Problema.

**$ORGANIZER** = dettagli dei risultati inseriti. Vedi paragrafo 4.16.2 - Organizer Risultati

Esempio di narrative block:

<text>

<table border="1" width="100%">

<tbody>

<tr>

<th>ADL (Katz 1970)</th>

</tr>

<tr>

<td>

<list><caption>Rilevazione del 10 maggio 2015 </caption>

<item>Capacità motoria: allettato</item>

<item>Vestirsi: Necessita di assistenza per allacciarsi le scarpe</item>

<item>Uso dei servizi : Va in Bagno si pulisce si riveste è in grado di svuotare vaso e padella</item>

<item>Assistenza domiciliare Integrata attiva dal 10/01/2013</item>

</list>

</td>

</tr>

</tbody>

</table>

</text>

Esempio di blocco testuale:

<section>

<templateId root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13 />

<code

code="47420-5"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

codeSystemName="LOINC"

displayName="Nota di valutazione dello stato funzionale"/>

<title>Stato funzionale del paziente</title>

<text>

<table border="1" width="100%">

<thead>

<tr><th>Condizione funzionale</th><th>Data rilevazione</th><th>Stato</th>

</tr>

</thead>

<tbody>

<tr><td> Capacità motoria: allettato </td><td>2014</td><td>Attiva</td></tr>

<tr><td>Dipendenza da cannabis</td><td>1998</td><td>Attiva</td></tr>

</tbody>

</table>

</text>

</section>

Esempio di blocco strutturato:

section>

<templateId root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13 />

<code

code="47420-5" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="Nota di valutazione dello stato funzionale"/>

<title>Stato funzionale del paziente</title>

<entry typeCode="DRIV">

<organizer classCode="BATTERY" moodCode="EVN">

<!-- Result organizer template -->

<templateId root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1” />

<statusCode code="completed"/>

<component>

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<!—Capacità motoria -->

<templateId root=” 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2” />

<code

code="*75246-9*"

codeSystem="*2.16.840.1.113883.6.1*"

displayName=" *Activity* "/>

<statusCode code="completed"/>

<effectiveTime>

<low value="2013"/>

</effectiveTime>

<value xsi:type="CD"

code="LA4270-0"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

codeSystemName="LOINC"

displayName="Allettato"/>

</value>

</observation>

</component>

<component>

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<!—Regime di assistenza -->

<templateId root=” 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2” />

<code

code="*ASSERTION*"

codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"

<statusCode code="completed"/>

<effectiveTime>

<low value="2013"/>

</effectiveTime>

<value xsi:type="CD"

code=" PSSADI "

codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8"

displayName=" Assistenza Domiciliare Integrata "/>

</value>

</observation>

</component>

</organizer>

</entry>

</section>

## Indagini diagnostiche e esami di laboratorio (Results)

Questa sezione contiene tutti i risultati relativi ad indagini diagnostiche e ad esami di laboratorio rilevanti ai fini della storia clinica del paziente.

È importante evidenziare che seppure vi sia la possibilità di riportare tutti gli esiti degli accertamenti sostenuti dal paziente nella sua storia clinica, lo standard limita l’obbligatorietà ai soli esiti che, a giudizio dell’operatore sanitario autore del PSS, assumono rilevanza ai fini di una corretta valutazione dello stato clinico del paziente.

Esempi di informazioni incluse in questa sezione:

* Gruppo sanguigno A +
* Sodio Sangue: 134 mEq/L
* Calcio: 7 mg/dL

La sezione è opzionale.

1. La sezione “Indagini diagnostiche e esami di laboratorio” (LOINC “*30954-2*”, “*Test diagnostici rilevanti &o dati di laboratorio*”) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.13) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definti nel template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14*.

### Requisiti di sezione

1. La sezione “Indagini diagnostiche e esami di laboratorio” (“*30954-2*”) **DEVE** avere un *section/title* valorizzato a “*Indagini diagnostiche e esami di laboratorio*”.
2. La sezione “Indagini diagnostiche e esami di laboratorio” (“*30954-2”)* **PUÒ** contenere almeno una entry di tipo “*Organizer Risultati*” conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1*”.

Esempio:

<component>

<section>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14” />

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code="30954-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

displayName="Test diagnostici rilevanti &o dati di laboratorio"/>

<title>Indagini disagnostiche e esami di laboratorio</title>

<text>

***$NARRATIVE\_BLOCK***

</text>

<!—Opzionale Molteplicità 0…N -->

<entry>

***$ORGANIZER***

</entry>

</component>

</section>

Descrizione:

**$ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

**$NARRATIVE\_BLOCK** = descrizione testuale del contenuto di sezione.

**$ORGANIZER** = dettagli dei risultati inseriti.

### Organizer Risultati

Per la gestione dei contenuti strutturati/codificati viene utilizzato l’elemento *organizer* che costituisce il raccoglitore per uno o più risultati, rappresentati come “Dettaglio Risultato”, vedi paragrafo 4.16.3.

L'*organizer* conterrà una o più *component* che a loro volta conterranno una *observation*.

1. Un Organizer Risultati **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: *“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1*” relativo al template di HL7 Italia.
2. Un elemento di tipo “Organizer Risultati” **DEVE** includere almeno un elemento di tipo “Dettaglio Risultato” conforme al template “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2*”.

Esempio:

<organizer classCode="BATTERY|CLUSTER" moodCode="EVN">

<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1 "/>

<id root='$ID\_SEZ’/>

<code $COD\_ORG\_RES/>

<statusCode code="completed"/>

<effectiveTime value="$TS"/>-->

<!--component molteplicità 1 .. \* per ogni observation riferita all'organizer-->

<component>

<!--$RES\_OBS-->

</component>

</organizer>

Descrizione:

**$ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

**$TS** = data esecuzione della batteria di esami.

**$COD\_ORG\_RES** = Codice (data type HL7 CE) che identifica il tipo di batteria di esami effettuata. Se non esiste una codice corrispondente alla batteria di esami di cui si intende riportare i valori utilizzare il valore nullFlavor=”OTH”.

**$RES\_OBS** = Dettaglio singola osservazione. Vedi 4.16.3 - Dettaglio Risultato.

### Dettaglio Risultato

All’interno di un organizer possono essere presenti una o più *component/observation* che rappresentano il risultato di un esame specifico.

1. Un Dettaglio Risultato **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2*” relativo al template di HL7 Italia.
2. L’ elemento *observation/id* **DEVE** avere molteplicità 1.

L’elemento observation/effectiveTime è **OPZIONALE** e rappresenta la data e ora di rilevazione del risultato relativo all’observation.

L’elemento observation/code, **OBBLIGATORIO**, definisce il codice del risultato che l’observation rappresenta.

Per tale codice è possibile utilizzare una codifica internazionale (ad esempio LOINC), oppure una codifica nazionale/locale.

L’elemento observation/interpretationCode*,* **OPZIONALE**, rappresenta un codice interpretativo della misura effettuata.

L’elemento *observation/referenceRange*, **OPZIONALE**, rappresenta l’intervallo di riferimento dei valori del risultato dell’osservazione.

Per riportare l’indicazione del gruppo sanguigno, l’*observation/code* **DEVE** essere valorizzato con “*34530-6*” “*ABO & Rh*”, secondo la codifica LOINC.

Esempio:

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<templateId root=" 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2"/>

<id root="$ID\_SEZ "/>

<code $COD\_OBS\_RES />

<text>

<reference value="#$REF\_OBS"/>

</text>

<statusCode code="completed"/>

<!-- <effectiveTime ( value=”$DT\_OBS” | nullFlavor=”UNK” ) /> -->

<effectiveTime nullFlavor="UNK"/>

<value xsi:type="PQ" value="$OBS\_VALUE" unit="$OBS\_UNIT"/>

<interpretationCode code="$INT\_CODE" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.83"/>

<referenceRange>

<observationRange>

<text>

<reference value="#$REF\_RANGE"/>

</text>

</observationRange>

<!--<observationRange>

<value xsi:type="IVL\_PQ">$RANGE\_VALUE</value>

</observationRange>-->

</referenceRange>

</observation>

Dove:

**$ID\_SEZ =** ID Unico della sezione (data type HL7 II)

**$COD\_OBS\_RES =** Codice (data type HL7 CE) che identifica il tipo di batteria di esami effettuata. Se non esiste una codice corrispondente alla batteria di esami fatta utilizzare il valore nullFlavor=”OTH”

**$DT\_OBS =** data a cui l’osservazione di riferisce**.**

**$OBS\_VALUE =** valore numerico della misura.

**$OBS\_UNIT =** unità di misura usata.

**$REF\_OBS=** riferimento incrociato alla descrizione della misura nella parte narrativa.

**$REF\_RANGE =** Riferimento alla parte narrativa su intervallo di valori di riferimento

**$RANGE\_VALUE=** Valorizzazione (come IVL\_PQ) dell’intervallo di valori di riferimento

**$INT\_CODE =** Codice di interpretazione dei risultati. Valore derivato dalla tabella HL7 ObservationInterpretation.

Esempio narrative block:

<section>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14” />

<code

code="30954-2"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

codeSystemName="LOINC"

displayName="Test diagnostici rilevanti &o dati di laboratorio"/>

<title>Lista problemi rilevanti e diagnosi codificate</title>

<text>

<table border="1" width="100%">

<caption>23 Marzo 2000 - Emocromo e piastrine</caption>

<thead>

<tr>

<th>Esame</th><th>Esito</th><th>Abnormal flag</th><th>Unità di misura</th><th> Valori normali </th> <th> Metodo</th>

</tr>

</thead>

<tbody>

<tr align="left">

<th>HGB - Emoglobina </th> <td> 11.9 </td> <td>\*</td><td>g/dL</td><td>13.0 - 16.5</td><td/>

</tr>

<tr align="left">

<th>HCT - Ematocrito</th><td> 34.4</td><td> \* </td> <td> %</td><td>40.0 - 54.0</td><td/>

</tr>

<tr align="left">

<th>Conteggio piastrine</th><td>170 </td><td/> <td>migl/mm</td><td>150 - 400</td><td/>

</tr>

<tr align="left">

<th>Neutrofili</th><td>43</td><td/><td>%</td> <td>40.0 - 72.0</td><td/>

</tr>

</tbody>

</table>

<br/>

<table border="1" width="100%">

<caption>12 Gennaio 2005 - Creatinina</caption>

<thead>

<tr>

<th>Esame</th><th>Esito</th><th>Abnormal flag</th> <th>Unità di

misura</th><th>Valori normali</th><th>Metodo</th>

</tr>

</thead>

<tbody>

<tr> <th>Creatinina</th><td>1.1</td><td/> <td>mg/dl</td><td>0.50 -1.20</td><td/>

</tr>

</tbody>

</table>

</text>

</section>

Esempio blocco strutturato:

<entry typeCode="DRIV">

<organizer classCode="BATTERY" moodCode="EVN">

<!-- Result organizer template -->

<templateId root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1” />

<code

code="COD\_PRESTAZIONE\_CATALOGO\_REGIONALE"

codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.6.11"

displayName="Creatinina"/>

<statusCode code="completed"/>

<effectiveTime value="200501121300"/>

<component>

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<!-- Result observation template -->

<templateId root=” 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2” />

<code

code="COD\_PRESTAZIONE\_CATALOGO\_REGIONALE"

codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.6.11"

displayName="Creatinina"/>

<statusCode code="completed"/>

<effectiveTime value="200501121300"/>

<value xsi:type="PQ" value="1.1" unit="mg/dl">

<translation

value="1.1"

code="mg{creat}"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.8"

codeSystemName="UCUM"/>

</value>

<!--Range di riferimento per la prestazione (Valori normali) -->

<referenceRange typeCode="REFV">

<observationRange classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">

<value xsi:type="IVL\_PQ">

<low value="0.5" unit="mg/dl"/>

<high value="1.2" unit="md/dl"/>

</value>

</observationRange>

</referenceRange>

</observation>

</component>

</organizer>

</entry>

## Assenso/Dissenso Donazione Organi (Advance Directives)

Sezione individuata dal codice LOINC “*42348-3” (“Dichiarazioni anticipate di trattamento*”) destinata alla rappresentazione del assenso/dissenso del paziente per la donazione di organi.

Contiene la dichiarazione del donatore prevista dall’art.23 comma 3 L.91/99 se è dichiarata al MMG/PLS.

Esempi di informazioni gestite:

* Assenso donazione organi ( 7 Maggio 2008) – Dr. Mario Rossi

La sezione è opzionale.

1. La sezione “Assenso/Dissenso Donazione Organi” (LOINC Code “42348-3” – “Dichiarazioni anticipate di trattamento”) **DEVE** includere l’identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.15.

Tale template definisce una sezione a contenuto testuale.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.15) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.15* relativo alla sezione “Assenso/Dissenso Donazione Organi”.

### Requisiti di sezione

1. La sezione “Assenso/Dissenso Donazione Organi” (*LOINC Code “42348-3”*) **DEVE** avere un *section/title* tipicamente valorizzato a “*Assenso/Dissenso Donazione Organi*”.

Si suggerisce che la presente sezione preveda l’utilizzo della sola parte narrativa.

In base alle condizioni sopra espresse la sezione potrà essere così strutturata:

<component>

<section>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.15” />

<id root='$ID\_SEZ’/>

<code code=’42348-3' displayName= ‘*Dichiarazioni anticipate di trattamento*‘ codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<title> Assenso / Dissenso Donazione Organi </title>

<text>

***$NARRATIVE\_BLOCK***

</text>

</section>

</component>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

$**NARRATIVE\_BLOCK** = descrizione testuale del contenuto di sezione.

Esempio di Narrative Block:

<text>

<table border="1" width="100%">

<thead>

<tr>

<th>Richiesta</th><th>Scelta del paziente</th><th>Data</th><th>MMG</th>

</tr>

</thead>

<tbody>

<tr>

<td>Donazione organi</td>

<td>Assenso</td>

<td>07 Giugno 1999</td>

<td>Dr. Roberto Torre</td>

</tr>

</tbody>

</table>

</text>

## Esenzioni

Sezione individuata dal codice LOINC “*57827-8” (“Motivo di esenzione dal co-pagamento*”) destinata alla rappresentazione delle esenzioni dal pagamento del ticket di cui gode l’assistito. Si riporteranno esenzioni per patologie croniche, malattie rare, invalidità, diagnosi precoce tumori, gravidanza, reddito.

Esempi di informazioni gestite:

* 001.253.0 – Acromegalia e gigantismo

La sezione è opzionale.

1. La sezione “Esenzioni” (LOINC Code “57827-8” – “ Motivo di esenzione dal co-pagamento”) **DEVE** includere l’identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17.

Nell’Appendice A (vedi § 5.16) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17* relativo alla sezione “Esenzioni”.

### Requisiti di sezione

1. La sezione “Esenzioni” (*LOINC Code “* 57827-8*”*) **DEVE** avere un *section/title* valorizzato a “*Esenzioni*”.
2. La sezione “*Esenzioni*” (“57827-8”) **DEVE** contenere almeno una entry/act di tipo “Esenzione” conforme al template *“ 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.17.1”.*

In base alle condizioni sopra espresse la sezione potrà essere così strutturata:

<component>

<section>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17” />

<id root='$ID\_SEZ’/>

<code code=’ 57827-8' displayName= ‘Motivo di esenzione dal co-pagamento ‘ codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>

<title> Esenzioni </title>

<text>

***$NARRATIVE\_BLOCK***

</text>

<entry>

<!—Molteplicità 1…N Esenzione -->

***$ ESENZIONE\_ACT***

</entry>

</section>

</component>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

$**NARRATIVE\_BLOCK** = descrizione testuale del contenuto di sezione.

$**ESENZIONE\_ACT =** informazione codificata relativa ai dati sull’esenzione (vedi § 4.18.2 - Osservazione su Stile di Vita).

### Esenzione

Le informazioni codificate sull’esenzione sono fornite attraverso una Act (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.17.1*).

1. Un elemento di tipo “Esenzione” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.17.1*”*.*
2. L’elemento entry/act **DEVE** avere l’attributo act/@classCode valorizzato con ACT e l’attributo act/@moodCodevalorizzato con EVN.

Il valore per *act/statusCode* **DEVE** essere derivato dal ValueSet X\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC.

Si veda il paragrafo 6.2.1.2 per i possibili valori.

In generale in un Profilo Sanitario Sintetico lo status Code è di tipo “*active*”.

La tipologia delle esenzioni è definita nell’elemento act/code che è un elemento OBBLIGATORIO che identifica l’esenzione modellata nella classe act. In particolare, nell’elemento act/code DEVE essere riportato il codice dell’esenzione che può essere valorizzato a partire da uno dei seguenti sistemi di codifica:

* **catalogo nazionale delle esenzioni**, dove l’OID del catalogo nazionale delle esenzioni è pari a 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.22;
* **catalogo regionale delle esenzioni previste in ambito regionale**, dove l’OID del catalogo regionale delle esenzioni previste in ambito regionale è pari a 2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE].6.22 dove REGIONE è la regione che definisce il catalogo in analisi;
* **catalogo nazionale Nessuna Esenzione**, dove l’OID del catalogo è pari a 2.16.840.1.113883.2.9.5.2.2. Questo catalogo viene utilizzato per indicare che l’assistito non ha diritto ad alcuna esenzione. Il codice per indicare che Nessuna Esenzione viene applicata è NE.

Si osserva che tramite l’elemento act/code/translation è possibile gestire anche eventuali transcodifiche in sistemi di codifica locali.

1. L’elemento entry/act **DEVE** avere l’elemento act/codevalorizzato come segue:

* code (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere uno dei valori previsti o nel catalogo nazionale delle esenzioni o nel catalogo regionale delle esenzioni previste in ambito regionale o il valore NE;
* codeSystem (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo UID (Unique Identifier String) rappresenta l’OID di uno dei seguenti sistemi di codifica:
  + catalogo nazionale delle esenzioni,
  + catalogo regionale delle esenzioni previste in ambito regionale,
  + sistema di codifica per Nessuna Esenzione,

e **DEVE** assumere rispettivamente uno dei seguenti valori:

* + 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.22 (per catalogo nazionale delle esenzioni)
  + 2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE].6.22 dove REGIONE è la regione che definisce il catalogo in analisi (per catalogo regionale delle esenzioni previste in ambito regionale)
  + 2.16.840.1.113883.2.9.5.2.2 (per sistema di codifica Nessuna Esenzione)
* codeSystemName (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String), se presente, **DEVE** assumere il valore costante corrispondente alla descrizione del sistema di codifica;
* codeSystemVersion (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) rappresenta la versione del vocabolario;
* displayName (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) assume il valore della descrizione del codice dell’esenzione nel catalogo utilizzato.

L’elemento *effectiveTime* descrive l’intervallo di tempo in cui l’esenzione è attiva.

1. L’elemento *act/effectiveTime/@low* **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con @nullflavor = “UNK”

L’elemento *act/effectiveTime/@high* **DEVE** essere presente quando lo *act/statusCode* è “*completed*” o “*aborted*”; **NON DEVE** essere presente negli altri casi.

In base alle condizioni sopra espresse, l’elemento dovrà essere così strutturato:

<act classCode='ACT' moodCode='EVN'>

<templateId root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.17.1/>

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code='**$ESE\_COD**E' displayName='**$ESE\_DESC'**

codeSystem=**ESE\_CODESYS'** />

<!—OPZIONALE -->

<statusCode code='**$STATUS\_CODE**’ />

<effectiveTime>

<low ( value=’**$LOW\_TS’** | nullFlavor="UNK" )/>

<!- OPZIONALE -->

<high nullFlavor=’**$HIGH\_TS’**/>

</effectiveTime>

 <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..1--->

**$NOTE**

</act>

Descrizione:

**$ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

**$ESE\_CODE , $ESE\_DESC, $ESE\_CODESYS** = Indica il tipo di esenzione.

**$STATUS\_CODE** = Stato dell’atto, valori ammessi 'active|suspended|aborted|completed'

**$LOW\_TS** = data di inizio validità esenzione. Se non noto valorizzare l’elemento col nullFlavor = **UNK.**

**$HIGH\_TS** = data di fine validità esenzione.

**$NOTE =** Eventuali Note. Vedi § 4.3.3.5 - Commenti

##### Note e commenti relativi alle esenzioni – entryRelationship/act

Eventuali note e commenti associate alle esenzioni **POSSONO** essere definite mediante una classe di tipo act che è legata alla classe act, in cui è definita l’esenzione, mediante una relazione di tipo entryRelationship. Per i dettagli sulla modalità di utilizzo della classe act per note e commenti si rimanda al § 4.3.3.5.

## Reti di Patologia

In attesa che venga rilasciato dal Regenstrief Institute un codice LOINC idoneo a seguito di relativa richiesta, questa sezione destinata alla rappresentazione delle reti di patologia a cui appartiene l’assistito, deve essere individuata dal codice provvisorio “PSSIT99*” (“Reti di Patologia*”).

Esempi di informazioni gestite:

* Paziente seguito dalla Rete Oncologica della Romagna.

La sezione è opzionale.

1. La sezione “Reti di Patologia” (Code “PSSIT99”) **DEVE** includere l’identificativo del template di sezione valorizzato a “*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.18”*.

Nell’Appendice A (vedi § 5.17) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.18* relativo alla sezione “Reti di Patologia”.

### Requisiti di sezione

1. La sezione “Reti di Patologia” (*Code “PSSIT99”*) **DEVE** avere un *section/title* valorizzato a “*Reti di Patologia*”.
2. La sezione “Reti di Patologia” (*Code “PSSIT99”*) **DEVE** contenere almeno una *entry/act* di tipo “”Reti di Patologia” conforme al template *“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.18.1”.*
3. Il valore di *component/section/code* **DEVE** avere l'attributo code/@code valorizato con "PSSIT99", l’attributo *code/@codeSystem* valorizzato con “*2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8*“, l’attributo *code/@displayName* valorizzato con “*Reti di Patologia*”; **PUÒ** avere l’attributo *code/@codeSystemName* valorizzato con *“ProfiloSanitarioSinteticoIT”*.

In base alle condizioni sopra espresse la sezione potrà essere così strutturata:

<component>

<section>

<templateId root=”2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.18” />

<id root='**$ID\_SEZ**’/>

<code code='PSSIT99' displayName= ‘Reti di Patologia‘ codeSystem='2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8' codeSystemName = “ProfiloSanitarioSinteticoIT” />

<title> Reti di Patologia </title>

<text>

***$NARRATIVE\_BLOCK***

</text>

<entry>

<!—Molteplicità 1…N Rete di Patologia -->

***$RETE\_ACT***

</entry>

</section>

</component>

Descrizione:

$**ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.

$**NARRATIVE\_BLOCK** = descrizione testuale del contenuto di sezione.

$**RETE\_ACT =** informazione codificata relativa ai dati sulla rete di patologia (vedi § 4.19.2).

### Rete di Patologia

Le informazioni codificate sulla rete sono fornite attraverso una Act (*2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.18.1*).

1. Un elemento di tipo “Rete di Patologia” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.18.1*”*.*

Nell’elemento entry/act, l’attributo act/@classCode, **OBBLIGATORIO**, **DEVE** assumere il valore costante PCPR (care provision) e l’attributo act/@moodCode, **OBBLIGATORIO**, **DEVE** assumere valore costante EVN (event).

1. L’elemento entry/act **DEVE** avere l’attributo act/@classCode valorizzato con PCPR e l’attributo act/@moodCodevalorizzato con EVN.

Il valore per *act/statusCode* **DEVE** essere derivato dal ValueSet X\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC. Si veda il paragrafo 6.2.1.2.

In generale in un Profilo Sanitario Sintetico lo status Code è di tipo “*active*”.

L’identificativo della rete di patologia è espresso dall’elemento *act/id*, **OBBLIGATORIO**, che nell’attributo *@root* esprime l’OID della rete.

1. L’elemento *act/id* **DEVE** avere l’attributo *@root* valorizzato con l’OID della rete di patologia.

La tipologia di rete di patologia è definita nell’elemento act/code che è un elemento **OPZIONALE** che identifica la rete modellata nella classe act. In particolare, nell’elemento act/code **PUÒ** essere riportato il codice del tipo di rete.

Si osserva che tramite l’elemento act/code/translation è possibile gestire anche eventuali transcodifiche in sistemi di codifica locali.

L’elemento *effectiveTime* descrive l’intervallo di tempo in cui la rete di patologia è attiva.

1. L’elemento *act/effectiveTime/@low* **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con *@Nullflavor* = “UNK”.
2. L’elemento *act/effectiveTime/@high* **DEVE** essere presente quando lo act/statusCode è “*completed*” o “*aborted*”; **NON DEVE** essere presente negli altri casi.

In base alle condizioni sopra espresse, l’elemento dovrà essere così strutturato:

<act classCode='PCPR' moodCode='EVN'>

<templateId root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.18.1/>

<id root='**$ID\_SEZ’**/>

<code code='**$RDP\_COD**E' displayName='**$RDP\_DESC'** codeSystem=**RDP\_CODESYS'** />

<statusCode code='**$STATUS\_CODE**’ />

<effectiveTime>

<low ( value=’**$LOW\_TS’** | nullFlavor="UNK" )/>

<!- OPZIONALE -->

<high nullFlavor=’**$HIGH\_TS’**/>

</effectiveTime>

 <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..1--->

**$NOTE**

</act>

Descrizione:

**$ID\_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). OID che identifica la Rete di Patologia.

**$RDP\_CODE , $RDP\_DESC, $RDP\_CODESYS** = Indica il tipo di rete di patologia.

**$STATUS\_CODE** = Stato dell’atto, valori ammessi 'active|suspended|aborted|completed'

**$LOW\_TS** = data di inizio appartenenza alla rete di patologia. Se non noto valorizzare l’elemento col nullFlavor = **UNK.**

**$HIGH\_TS** = data di fine appartenenza alla rete di patologia.

**$NOTE =** Eventuali Note. Vedi § 4.3.3.5 - Commenti

##### Note e commenti relativi alla Rete di Patologia – entryRelationship/act

Eventuali note e commenti associate all’appartenenza alla Rete di Patologia **POSSONO** essere definite mediante una classe di tipo act che è legata alla classe act, in cui è definita l’esenzione, mediante una relazione di tipo entryRelationship. Per i dettagli sulla modalità di utilizzo della classe act per note e commenti si rimanda al § 4.3.3.5.

# Appendice A: Tabella di sintesi degli elementi definiti nel template

Nella seguente tabella è fornito un riassunto schematico delle sezioni descritte in questo documento; le convenzioni utilizzate nella tabella sono descritte qui di seguito:

* La prima colonna della tabella riporta il livello di nesting, si assume come livello 1 il livello component/section.
* La seconda colonna riporta la cardinalità dell’elemento. Si osserva che:
  + La cardinalità [1..1] indica che l’elemento DEVE essere presente una ed una sola volta.
  + La cardinalità [1..\*] indica che l’elemento DEVE essere presente almeno una volta.
  + La cardinalità [0..1] indica che l’elemento PUÒ essere presente.
  + La cardinalità [0..\*] indica che l’elemento PUÒ essere presente zero o più volte.
* La terza colonna riporta il nome dell’elemento, preceduto, laddove applicabile, dal nome dell’elemento che lo precede.
* La quarta colonna contiene attributi rilevanti e valorizzazioni relative. È a questo proposito importante osservare che nella tabella riassuntiva sono riportati solo gli attributi più rilevanti e le rispettive valorizzazioni, pertanto tale tabella non è da considerarsi esaustiva di tutti gli attributi e valorizzazioni presenti descritti nei paragrafi relativi alla section in esame.
* La quinta colonna contiene eventuali note.

Si osserva che in generale nella tabella si utilizza la notazione XPath secondo cui

* observation/code rappresenta <observation> <code>
* performer/@typeCode = “PRF” rappresenta <performer typeCode = “PRF”>
* [act | observation]/id indica che un act o una observation possono essere utilizzati, ma entrambi devono avere un attributo id.

.

## Allergie e Intolleranze (Alerts)

| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [1.1] | Sezione Allergie e Intolleranze (Alerts)  section | templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1  code/@code [1.1]= “48765-2” “Allergie &o reazioni avverse” 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =”Allergie e Intolleranze” |  |
| 2 | [1.\*] | entry/act | templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1  statusCode = ValueSet X\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted **STATIC**  effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK  effectiveTime/@high [0.1]:   * se statusCode=completed|aborted effectiveTime/@high [1.1] * se statusCode/=completed|aborted effectiveTime/@high non deve essere presente | Entry di tipo “Allergia o Intolleranza” |
| 3 | [1.1] | entryRelationship/observation | [templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4](mailto:templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2)   * code/@code [1.1]= “OINT”, 2.16.840.1.113883.5.4 derivato dall’ActCode STATIC * id [1.1] * effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK * value/@code valore derivato dal Value Set UnknownAllergies\_PSSIT DYNAMIC | “Allergy and Intolerance Entry” – Indicazione Assenza Allergie Note |
| [templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3](mailto:templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2)   * code/@code valore derivato dal Value Set, ObservationIntoleranceType DYNAMIC * id [1.1] * effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK * Se è noto l’agente che ha causato l’intolleranza o la reazione avversa:   + value/@code = "52473-6"   + value/@codeSystem = "2.16.840.1.113883.6.1"   + value/@displayName = "Allergia o causa della reazione" | “Allergy and Intolerance Entry” – Intolleranze, allergie o reazioni avverse |
| 4 | [1.\*] | participant | * Se agente codificato e per le somministrazioni farmaceutiche participantRole/playingEntity/code valore derivato da WHO ATC (2.16.840.1.113883.6.73) o AIC (2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5) * Se agente codificato e per le allergie non a farmaci participantRole/playingEntity/code DOVREBBE essere selezionato dal value set AllergenNoDrugs\_PSSIT DYNAMIC * Se agente non noto participantRole/playingEntity/code/@nullFlavor = “UNK” (nessun altro attributo deve essere valorizzato) * Se agente non codificato participantRole/playingEntity/code/@nullFlavor = “NI” (nessun altro attributo deve essere valorizzato)   participantRole/playingEntity/code/[@nullFlavor= “NI”]/originalText/reference [0.1] (riferimento alla descrizione dell’agente)nel Narrative Block) | Agente  Applicabile solo se [templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3](mailto:templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2) (intolleranze, allergie o reazioni avverse) al livello precedente |
| 4 | [0.\*] | entryRelationship/observation  entryRelationship/@typeCode =“MFST”, “In manifestation of” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType **STATIC** | * Se Osservazione Reazione Avversa è in forma codificata   + templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1   + value DOVREBBE essere derivato “ICD9-CM (diagnosis codes)” (2.16.840.1.113883.6.103) DYNAMIC * Se Osservazione Reazione Avversa è in forma non codificata   + templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2   + value/originalText/reference [0.1] (riferimento alla descrizione della reazione nel narrative block)   code/@code =“75321-0”, @displayName =“Obiettività Clinica”, @codeSystem =“2.16.840.1.113883.6.1” STATIC  value/@xsi:type [1.1]='CD' | Osservazione Reazione Avversa (reaction observation)  Applicabile solo se [templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3](mailto:templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2) (intolleranze, allergie o reazioni avverse) al livello precedente |
| 4 | [0.1] | entryRelationship/observation  entryRelationship/@inversionInd=“true” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType **STATIC** | templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.3  value/@xsi:type [1.1]='CD'  value valore derivato dal ValueSet CriticalityObservation DYNAMIC, value/@codeSystem = 2.16.840.1.113883.5.1063 | Criticità dell’allergia |
| 4 | [0.1] | entryRelationship/observation | templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6  code/@code=“33999-4”, @displayName=“Stato”, @codeSystem =“2.16.840.1.113883.6.1” STATIC  value valore derivato dal StatoClinicoProblema\_PSSIT DYNAMIC, value/@codeSystem = 2.16.840.1.113883.6.1” | Stato clinico dell’allergia |
| 4 | [0.\*] | entryRelationship/act  entryRelationship/@typeCode =”SUBJ” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType **STATIC**  entryRelationship/@inversionInd=“true” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType **STATIC** | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7 | Note e commenti associati all’allergia |

## Terapie Farmacologiche (Medications)

| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [1.1] | Sezione Terapie Farmacologiche (Medications)  section | templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2  code/@code [1.1]= “10160-0” “Storia di uso di farmaci” 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Terapie Farmacologiche” |  |
| 2 | [1.\*] | entry/substanceAdministration | templateId/@root assume in alternativa uno dei seguenti valori:   * 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1 (Terapia) * 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3 (Assenza di terapie note) | Entry di tipo “Terapia” o “Assenza di terapie note” |
| Se [templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1 (Terapia)](mailto:templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2)   * statusCode = ValueSet X\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC * effectiveTime[1.\*]/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK * effectiveTime[1.\*]/@high [0.1]; se statusCode=completed|aborted effectiveTime/@high [1.1]; se statusCode/=completed|aborted effectiveTime/@high non deve essere presente * effectiveTime: seconda istanza opzionale, per descrivere la posologia | Entry di tipo “Terapia”  Primo effectiveTime per descrivere l’intervallo di tempo in cui è in atto la terapia  Secondo effectiveTime per descrivere la posologia |
| Se templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3 (Assenza di terapie note),  substanceAdministration/code[1.1], è derivato dal value set AssenzaTerapie Note\_PSSIT | Entry di tipo “Assenza di terapie note” |
| 3 | [1.1] | consumable/manufacturedProduct | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2  substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/ manufacturedMaterial/code [1.1] valore derivato da AIC (2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5)  substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/ manufacturedMaterial/code/translation [0.1] valore derivato da WHO ATC (2.16.840.1.113883.6.73) | “Dettagli Farmaco”  Applicabile solo se al livello precedente [templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1](mailto:templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2) (Terapia) |

## Vaccinazioni (Immunizations)

| Liv. | Card | Elemento/Macro oggetto | Attributi/Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [0.1] | Sezione Vaccinazioni (Immunizations)  section | templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.3  code/@code [1.1]= “11369-6” “Storia di immunizzazioni” 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Vaccinazioni” |  |
| 2 | [1.\*] | entry/substanceAdministration | templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.1  statusCode = ValueSet X\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC  effectiveTime [1.1]; se non noto usare effectiveTime/@nullFlavor | Entry di tipo “Vaccinazione” |
| 3 | [1.1] | consumable/manufacturedProduct | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.2 | “Dettagli Vaccino” |
| 3 | [0.1] | entryRelationship/observation | templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4.  code/@code = “30973-2”, @displayName = “Numero dose”, @codeSystem = “2.16.840.1.113883.6.1” STATIC  statusCode/@code = “completed”  value/@xsi:type [1.1]='INT', @value[1.1] | Numero della dose |
| 3 | [0.1] | entryRelationship/observation | templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.3  code/@code = “59781-5”, @displayName = “Validità della dose”, @codeSystem = “2.16.840.1.113883.6.1” STATIC  statusCode/@code = “completed”  value/@xsi:type = “IVL\_TS” [1.1]  *value/high/@value* [1.1] | Periodo Copertura |
| 3 | [0.\*] | entryRelationship/observation  entryRelationship/@typeCode =“CAUS”, “Is etiology for” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC | templateId/@root =2.16.840.1.113883.10.20.1.54   * Se Osservazione Reazione Avversa è in forma codificata   + templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1   + value DOVREBBE essere derivato “ICD9-CM (diagnosis codes)” (2.16.840.1.113883.6.103) DINAMIC * Se Osservazione Reazione Avversa è in forma non codificata templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2   code/@code =“75321-0”, @displayName =“Obiettività Clinica”, @codeSystem =“2.16.840.1.113883.6.1” STATIC  value/@xsi:type [1.1]='CD' | Osservazione Reazione Avversa (reaction observation) |
| 3 | [0.\*] | entryRelationship/act  entryRelationship/@typeCode =”SUBJ” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC  entryRelationship/@inversionInd=“true” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7 | Note e commenti associati alla vaccinazione |

## Lista dei Problemi (Problems)

| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [1.1] | Sezione Lista dei Problemi (Problems)  section | templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.4  code/@code [1.1]= “11450-4” “Lista dei problemi”” 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Lista dei problemi” |  |
| 2 | [1.\*] | entry/act | templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1  statusCode = ValueSet X\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC  effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK  effectiveTime/@high [0.1]:   * se statusCode=completed|aborted effectiveTime/@high [1.1] * se statusCode/=completed|aborted effectiveTime/@high non deve essere presente | Entry di tipo “Problema” |
| 3 | [1.\*] | entryRelationship/observation | templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.2  id [1.1]  effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK  code/@code è derivato dal value set ProblemObservation\_PSSIT (LOINC “2.16.840.1.113883.6.1").  Se non note informazioni relative a problemi o il paziente non ha problemi, allora value/@code valore derivato dal Value Set Set UnknownProblems\_PSSIT DYNAMIC | “Dettagli Problema” |
| 3 | [0.\*] | entryRelationship/act | templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.3  id [1.1]  code [1.1]: se entry/act/code presente, dovrà coincidere con questo, altrimenti code/@nullFlavor=NA | Riferimenti interni |
| 4 | [0.1] | entryRelationship/observation  entryRelationship/@inversionInd=“true” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC | templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.4,  value/@xsi:type [1.1]='CD'  value valore derivato dal ValueSet SeverityObservation DINAMIC, value/@codeSystem = 2.16.840.1.113883.5.1063 | Gravità Probelma |
| 4 | [0.1] | entryRelationship/observation | templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6  code/@code =“33999-4”, @displayName =“Stato”, @codeSystem =“2.16.840.1.113883.6.1” STATIC  value valore derivato dal StatoClinicoProblema\_PSSIT DYNAMIC, value/@codeSystem = 2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC) | Stato clinico di un problema |
| 4 | [0.1] | entryRelationship/observation | templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.5  code/@code =“ASSERTION”, @codeSystem =“2.16.840.1.113883.5.4” STATIC  value valore derivato dal CronicitàProblema\_PSSIT DYNAMIC, value/@codeSystem = 2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC) | Cronicità di un problema |
| 4 | [0.\*] | entryRelationship/act  entryRelationship/@typeCode =”SUBJ” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC  entryRelationship/@inversionInd=“true” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7 | Note e commenti associati al Problema |

## Anamnesi Familiare (Family History)

| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [0..1] | Sezione Anamnesi Familiare (Family History)  section | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.16  code/@code[1..1] = ” 10157-6” – “Storia di malattie di membri familiari” - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Anamnesi familiare” |  |
| 2 | [0..\*] | entry/organizer | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1  classCode='CLUSTER' moodCode='EVN' | Entry di tipo “Organizer Anamnesi Familiare” |
| 3 | [1..1] | subject/relatedSubject | classCode='PRS' |  |
| 3 | [1..\*] | component/observation | classCode='OBS' moodCode='EVN’  templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2 | Dettaglio Anamnesi Familiare |
| 4 | [0..\*] | entryRelationship/observation | classCode='OBS' moodCode='EVN’  templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3 | Età Insoergenza |

## Stile di vita (Social History)

| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [0..1] | Sezione Stile di Vita (Social History)  section | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.6  code/@code[1..1] = ”29762-2” – “Stile di vita” - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Stile di vita” |  |
| 2 | [0..\*] | entry/observation | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1  template/@root = 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.13.4  id[1..1] | Entry di tipo “Osservazione sullo stile di vita” |
| code/@code = “72166-2” – “Fumatore di tabacco, stato”  LOINC 2.16.840.1.113883.6.1  value/@xsi:type = CD |  |
| code/@code=”74009-2” – “Sforzo, durata/​Frequenza di esercizio”  LOINC 2.16.840.1.113883.6.1  value/@xsi:type = PQ |  |
| code/@code=”74013-4” – “Bevande alcoliche al giorno”  LOINC 2.16.840.1.113883.6.1  value/@xsi:type = PQ |  |
| code/@code=”61144-2” – “Dieta e nutrizione”  LOINC 2.16.840.1.113883.6.1  value/@xsi:type = CD |  |
| code/@code=”63511-0” – “Sta attualmente lavorando, è in cerca di lavoro, pensionato, casalinga, studente, o altro”  LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = CD  value/@code può essere valorizzato con Classificazione delle professioni ISTAT  value/@codeSystem può essere valorizzato con 2.16.840.1.113883.2.9.6.2.3 |  |
| code/@code=”63736-3” – “Materiali a cui è stato esposto nel suo lavoro o nella vita quotidiana”  LOINC 2.16.840.1.113883.6.1  value/@xsi:type = CD |  |
| code/@code=” 74204-9” – “Uso di Droghe”  LOINC 2.16.840.1.113883.6.1  value/@xsi:type = CD |  |
| code/@code=”32624-9” – “Razza”  LOINC 2.16.840.1.113883.6.1  value/@xsi:type = CD |  |
| code/@code=”45404-1” – “Marital status”  LOINC 2.16.840.1.113883.6.1  value/@xsi:type = CD |  |
| code/@code=”52720-0” – “Altre informazioni utili”  LOINC 2.16.840.1.113883.6.1  value/@xsi:type = ANY |  |
| code/@code=”11295-3” – “Impiego attuale”  LOINC 2.16.840.1.113883.6.1  value/@xsi:type = CD |  |

## Gravidanze e parto (History of Pregnancies)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| 1 | [0..1] | Sezione Gravidanze e parto (History of Pregnancies)  section | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.7  code/@code[1..1] = ”10162-6” – 'Storia di gravidanze' - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Gravidanze, parto e stato mestruale” |  |
| 2 | [1..\*] | entry/observation | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1 | Entry di tipo “Gravidanze, parti, stato mestruale” |

## Parametri Vitali (Vital Signs)

| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [0..1] | Sezione Parametri Vitali (Vital Signs)  section | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.8  code/@code[1..1] = ”8716-3” – “Parametri vitali” - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Parametri Vitali” |  |
| 2 | [0..\*] | entry/organizer | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1 | Entry di tipo “Organizer Parametri Vitali” |
| 3 | [0..\*]  [1..\*] | entry/observation  component/observation all'interno di entry/ organizer | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2 | Entry di tipo “Osservazione Parametri Vitali” |
| code/@code=”9279-1” – “Respiri”  2.16.840.1.113883.6.1 LOINC  value/@xsi:type = PQ |  |
| code/@code=”8867-4” – “Frequenza cardiaca”  2.16.840.1.113883.6.1 LOINC  value/@xsi:type = PQ |  |
| code/@code=”59408-5” – “Saturazione ossigeno”  2.16.840.1.113883.6.1 LOINC  value/@xsi:type = PQ |  |
| code/@code=”8480-6” – “Sistolica intravascolare”  2.16.840.1.113883.6.1 LOINC  value/@xsi:type = PQ |  |
| code/@code=”8462-4” – “Diastolica intravascolare”  2.16.840.1.113883.6.1 LOINC  value/@xsi:type = PQ |  |
| code/@code=”8310-5” – “Temperatura corporea”  2.16.840.1.113883.6.1 LOINC  value/@xsi:type = PQ |  |
| code/@code=”8302-2” – “Altezza corporea”  2.16.840.1.113883.6.1 LOINC  value/@xsi:type = PQ |  |
| code/@code=”8306-3” – “Altezza corporea^sdraiato”  2.16.840.1.113883.6.1 LOINC  value/@xsi:type = PQ |  |
| code/@code=”8287-5” – “Circonferenza.occicipitale-frontale”  2.16.840.1.113883.6.1 LOINC  value/@xsi:type = PQ |  |
| code/@code=”3141-9” – “Peso corporeo”  2.16.840.1.113883.6.1 LOINC  value/@xsi:type = PQ |  |
| code/@code=”39156-5” – “Indice di massa corporea”  2.16.840.1.113883.6.1 LOINC  value/@xsi:type = PQ |  |

## Protesi, Impianti e Ausili (Medical Equipment)

| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [1.1] | Sezione Protesi, Impianti e Ausili (Medical equipment)  section | templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.9  code/@code [1.1]= “46264-8” “Storia di uso di dispositivi medici” 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Protesi, impianti e ausili” |  |
| 2 | [1.\*] | Entry/supply | TemplateId@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.1 (Dettaglio Protesi Impianti Ausili)  supply/code[1.1], è derivato dal value set Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND) (@codeSystem “[2.16.840.1.113883.2.9](callto:2.16.840.1.113883.2.9).6.1.48”).  supply/effectiveTime [1.1] | Entry di tipo “Dettaglio Protesi Impianti Ausili” |
| Oppure: templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.2 (indicazione Assenza Protesi Impianti Ausili),  supply/code[1.1], è derivato dal value set AssenzaPRotesiImpiantiAusili\_PSSIT. | Entry di tipo “Indicazione Assenza Protesi Impianti Ausili” |

## Piani di Cura (Plan of Care)

| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [0..1] | Sezione Piani di Cura (Plan of Care)  section | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.10  code/@code[1..1] = ” 18776-5 “Piano di cura” - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Piani di cura” |  |
| 2 | [0..\*] | entry/observation | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1  id [1..1]  code/@code [1..1] derivato da value set LOINC (2.16.840.1.113883.6.1), o altro sistema di codifica locale.  effectiveTime/@low e effectiveTime/@high [0..1] per esprimere un intervallo di tempo, o in alternativa effectiveTime/@value per esprimere una data precisa | Entry di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura” - Osservazione (per prestazioni) |
| 2 | [0..\*] | entry/substanceAdministration | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2 (terapia)  id [1..1]  effectiveTime/@low e effectiveTime/@high [0..1] per esprimere un intervallo di tempo, o in alternativa effectiveTime/@value per esprimere una data precisa  effectiveTime [0..1] per esprimere la posologia | Entry di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura”- Terapia (per terapia farmacologica o vaccinazione) |
| 3 | [1..1] | consumable/manufacturedProduct | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2  substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/ manufacturedMaterial/code[1.1] valore derivato da AIC (2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5)  substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/ manufacturedMaterial/code/traslation[1.1] valore derivato da WHO ATC (2.16.840.1.113883.6.73) | “Dettagli Farmaco”  Applicabile solo se al livello precedente [templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2](mailto:templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2)  (Terapia) |
| 2 | [0..\*] | entry/procedure | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3  id [1..1]  code/@code [1..1] derivato da value set LOINC (2.16.840.1.113883.6.1), o altro sistema di codifica locale.  effectiveTime/@low e effectiveTime/@high [0..1] per esprimere un intervallo di tempo, o in alternativa effectiveTime/@value per esprimere una data precisa | Entry di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura”- Procedura |
| 2 | [0..\*] | entry/encounter | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.10.20.1.25  templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4  id [1..1]  code [1.1] derivato dal ValueSet, 2.16.840.1.113883.1.11.13955 EncounterCode relativo ad “ActCode” DYNAMIC  effectiveTime/@low e effectiveTime/@high [0..1] per esprimere un intervallo di tempo, o in alternativa effectiveTime/@value per esprimere una data precisa | Entry di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura”- Visita |
| 2 | [0..\*] | entry/act | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5  id [1..1]  code/@code [1..1] derivato sistema di codifica locale.  effectiveTime/@low e effectiveTime/@high [0..1] per esprimere un intervallo di tempo, o in alternativa effectiveTime/@value per esprimere una data precisa | Entry di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura”- Atti |

## Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche (Procedures)

| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [1..1] | Sezione Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche (Procedures)  section | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11  code/@code[1..1] = ” 47519-4” “Storia di Procedure” 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche” | Il templateId 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.12 è opzionale e può essere usato per codificare le informazioni della sezione |
| 2 | [0..\*] | entry/procedure | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1  procedure/@moodCode = EVN | Entry di tipo “Procedura Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche” |

## Visite o Ricoveri (Encounters)

| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [0..1] | Sezione Visite o Ricoveri (Encounters)  section | templateId@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.12  code@code[1..1] = ”46240-8“ “Storia di ospedalizzazioni+Storia di visite ambulatoriali” - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Visite e Ricoveri” |  |
| 2 | [1..\*] | entry/encounter | templateId@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.12.1  @moodCode = EVN  id[1..1]  code [1.1] derivato dal ValueSet, 2.16.840.1.113883.1.11.13955 EncounterCode relativo ad “ActCode” DINAMIC | Entry di tipo “Dettaglio Visita o Ricovero” |

## Stato funzionale del paziente (Functional Status)

| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [1.1] | Sezione Stato del paziente (Functional status)  section | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13  code/@code[1..1] = ”47420-5” – “Nota di valutazione dello stato funzionale” - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Stato del Paziente” |  |
| 2 | [1..\*] | entry/act | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1 | Entry di tipo “Problemi” |
| 3 | [0..\*] | entryRelationship/observation | templateId@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.2 | “Dettagli Problema”  Applicabile solo se al livello precedente templateId=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1 |
| 2 | [1..\*] | entry/Organizer | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1 | Entry di tipo “Organizer Risultati” |
| 3 | [1..\*] | component/observation | templateId@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2 | “Dettaglio Risultato”  Applicabile solo se al livello precedente templateId=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1 |
| 3 | [1.1] | entryRelationship/observation | templateId@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2  @code = “75246-9”, @displayName = “Activity”, @codeSystem = “2.16.840.1.113883.6.1” STATIC | “Dettagli Risultato” per Capacità Motoria |
| 3 | [0.1] | entryRelationship/observation | templateId@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2  @code = “ASSERTION”, @codeSystem = “2.16.840.1.113883.5.4” STATIC. | “Dettagli Risultato” per Assistenza Domiciliare |

## Indagini diagnostiche e esami di laboratorio (Results)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| 1 | [0..1] | Sezione Indagini diagnostiche e esami di laboratorio (Results)  section | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14  code/@code[1..1] = ”30954-2” – “Test diagnostici rilevanti &o dati di laboratorio” - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Indagini diagnostiche e esami di laboratorio” |  |
| 2 | [0..\*] | entry/Organizer | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1 | Entry di tipo “Organizer Risultati” |
| 3 | [1..\*] | component/Observation | templateId/@root -= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2  id[1..1]  code/@code[1..1] derivato da value set LOINC (2.16.840.1.113883.6.1) o altro sistema di codifica locale. | “Dettaglio risultato” |

## Assenso / Dissenso Donazione Organi (Advance Directives)

| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [0.1] | Sezione Assenso / Dissenso Donazione Organi (Advance Directives)  section | templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.15  code/@code [1.1]= “42348-3” “Dichiarazioni anticipate di trattamento” 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Assenso / Dissenso Donazione Organi” |  |

## Esenzioni (Reason for co-payment exemption)

| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [0.1] | Sezione Esenzioni (Reason for co-payment exemption)  section | templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17  code/@code [1.1]= “57827-8” “Motivo di esenzione dal co-pagamento” 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC  title [1.1] =” Esenzioni” |  |
| 2 | [1.\*] | entry/act | templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.17.1  act/@classCode =”ACT”  act/@moodCode =”EVN”  statusCode = ValueSet X\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC  code [1.1] = @code e @codeSystem: uno tra i seguenti:   * 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.22 (per catalogo nazionale delle esenzioni) * 2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE].6.22 dove REGIONE è la regione che definisce il catalogo in analisi (per catalogo regionale delle esenzioni previste in ambito regionale) * 2.16.840.1.113883.2.9.5.2.2 (per sistema di codifica Nessuna Esenzione)   effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK  effectiveTime/@high:   * se statusCode=completed|aborted effectiveTime/@high [1.1] * se statusCode/=completed|aborted effectiveTime/@high non deve essere presente | Entry di tipo “Esenzione” |
| 3 | [0.\*] | entryRelationship/act  entryRelationship/@typeCode =”SUBJ” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType **STATIC**  entryRelationship/@inversionInd=“true” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType **STATIC** | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7 | Note e commenti associati all’esenzione |

## Reti di Patologia (Reti di Patologia)

| Livello | Card | Elemento / Macro oggetto | Attributi / Valorizzazioni rilevanti | Note |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | [0.1] | Sezione Reti di Patologia (Reti di Patologia)  section | templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.18  code/@code [1.1]= “PSSIT99” “Reti di Patologia” “2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8” DYNAMIC  title [1.1] =”Reti di Patologia” |  |
| 2 | [1.\*] | entry/act | templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.18.1  act/@classCode =”PCPR”  act/@moodCode =”EVN”  statusCode = ValueSet X\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC  act/id [1.1] = @root: OID della Rete di Patologia  effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK  effectiveTime/@high:   * se statusCode=completed|aborted effectiveTime/@high [1.1] * se statusCode/=completed|aborted effectiveTime/@high non deve essere presente | Entry di tipo “Rete di Patologia” |
| 3 | [0.\*] | entryRelationship/act  entryRelationship/@typeCode =”SUBJ” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType **STATIC**  entryRelationship/@inversionInd=“true” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType **STATIC** | templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7 | Note e commenti associati alle Reti di Patologia |

# Appendice B: OID e Vocabolari

## Template ID in questa guida

Si utilizzerà la root “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4” per tutta la famiglia dei Profilo Sanitario Sintetico. In particolare:

* + 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.1.1 per il template documentale
  + 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.X per i template di sezione
  + 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.X.Y per i template di entry

| Template ID per Profilo Sanitario Sintetico | Descrizione | Source |
| --- | --- | --- |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.1.1 | Profilo Sanitario Sintetico | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1 | Sezione Allarmi | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1 | Allergia o Intolleranza (act) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3 | Intolleranza od Allergia (observation) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4 | Assenza di Allergie Note (observation) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1 | Descrizione Reazioni Codificata (observation) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2 | Descrizione Reazioni Non Codificata (observation) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.3 | Criticità dell’Allergia o Intolleranza | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6 | Stato dell’allergia | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7 | Commenti | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2 | Sezione Terapie | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1 | Terapia (substanceAdministration) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2 | Dettagli Farmaco (manufacturedProduct) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3 | Asssenza di Terapie (substanceAdministration) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.3 | Sezione Vaccinazioni | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.1 | Vaccinazione (substanceAdministration) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.2 | Dettagli Vaccino (manufacturedProduct) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.3 | Periodo di Copertura (observation) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4 | Numero della dose | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.4 | Sezione Lista dei Problemi | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1 | Problema (act) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.2 | Dettagli Problema (observation) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.3 | Riferimenti Interni | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.4 | Gravità del Problema | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.5 | Cronicità del problema | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.16 | Sezione Anamnesi Familiare | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1 | Organizer Anamnesi Familiare | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2 | Dettaglio Anamnesi Familiare | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3 | Età Insorgenza | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.6 | Sezione Stile di vita | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1 | Osservazione su Stile di vita (observation) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.7 | Sezione Gravidanze e Parto | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1 | Dettaglio Gravidanza o Parto (observation) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.8 | Sezione Parametri Vitali | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1 | Organizer Parametri Vitali (organizer) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2 | Osservazione Parametri Vitali (observation) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.9 | Sezione Protesi Impianti Ausili | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.1 | Dettaglio Protesi Impianti Ausili | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.2 | Indicazione Assenza Protesi Impianti Ausili | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.10 | Sezione Piano di Cura | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1 | Osservazione Piano di cura (observation) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2 | Terapia Piano di cura (substanceAdministration) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3 | Procedura Piano di cura (procedure) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4 | Visita o Ricovero Piano di cura (encounter) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5 | Atto Piano di Cura (act) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11 | Sezione Trattamenti e Procedure | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1 | Procedura (procedure) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.12 | Sezione Visite e Ricoveri | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.12.1 | Dettagli Visita o Ricovero (encounter) | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13 | Sezione Stato del Paziente | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14 | Sezione Indagini Diagnostiche e Esami di Laboratorio | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1 | Organizer Risultati | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2 | Dettagli Risultato | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.15 | Sezione Assenso Dissenso Donazione Organi | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17 | Sezione Esenzioni | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.17.1 | Esenzione | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.18 | Sezione Reti di Patologia | IG CDA IT |
| 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.18.1 | Rete di Patologia | IG CDA IT |

Tabella - Template definiti da questa guida

## Vocabolari

### Value Set

Nota bene: le sezioni sottostanti documentano il contenuto dei value set al momento della pubblicazione di questa guida. Per i tutti i value set il cui binding non è esplicitamente indicato come STATIC, è possibile che il loro contenuto sia aggiornato nel tempo, senzache una nuova versione di questa guida sia pubblicata.

#### assignedAuthorCode\_PSSIT

Contenuto da codesystem:

RoleCodeIT [2.16.840.1.113883.2.9.5.1.111]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | **content** | RoleCodeIT |  | 2.16.840.1.113883.2.9.5.1.111 |
| 1 | . **codeBasedContent** |  | MMG |  |
| 1 | . **codeBasedContent** |  | PLS |  |

#### x\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted

Contenuto da codesystem:

ActStatus [2.16.840.1.113883.5.14]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | Informazioni addizionali | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | **content** | [ActStatus](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\ActStatus.htm) |  |  | 2.16.840.1.113883.5.14 |
| 1 | . **codeBasedContent** |  | [active](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\ActStatus.htm#active) | Problema attivo: un problema è attivo fino a quando ci si aspetta che possa essere svolta una qualche attività clinica. Per tutti gli altri stati NON devono essere previste attività.  Terapia attiva. |  |
| 1 | . **codeBasedContent** |  | [suspended](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\ActStatus.htm#suspended) | Il problema è da considerarsi attivo, ma può essere “messo da parte”. Per esempio, dopo un periodo di assenza di sintomi, senza però che si possa stabilire in via definitiva che sia stato risolto.  La terapia è sospesa; tuttavia è da considerarsi ancora attiva, ma può essere “messa da parte”. |  |
| 1 | . **codeBasedContent** |  | aborted | Problema da non considerarsi più attivo, senza che sia da considerarsi risolto (Per esempio il paziente abbandona la cura).  Terapia da non considerarsi più attiva, essendo stata interrotta (Per esempio il paziente abbandona la cura) |  |
| 1 | . **codeBasedContent** |  | Completed | Il problema, l’allergia o lo stato clinico è stato risolto, non esiste più la necessità di tracciare il problema eccetto che per scopi di storicizzazione.  La terapia non è più attiva. |  |

#### UnknownAllergies\_PSSIT

Contenuto da codesystem:

IPS CodeSystem - Absent and Unknown Data [2.16.840.1.113883.5.1150.1]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | Display Name | Informazioni aggiuntive | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | *IPS* |  |  |  | 2.16.840.1.113883.5.1150.1 |
| 1 | . codeBasedContent |  | |  |  | | --- | --- | | no-allergy-info |  | | No information about allergies | Per indicare l’assenza di informazioni relative alle allergie. |  |
| 1 |  |  | |  |  | | --- | --- | | no-known-allergies |  | | No known allergies | Per indicare l’assenza di allergie note |  |
| 2 |  |  | |  |  | | --- | --- | | no-known-medication-allergies |  | | No known medication allergies |  |  |
| 2 |  |  | |  |  | | --- | --- | | no-known-environmental-allergies |  | | No known environmental allergies |  |  |
| 2 |  |  | |  |  | | --- | --- | | no-known-food-allergies |  | | No known food allergies |  |  |

#### ****ObservationIntoleranceType****

Da Vocabolario di HL7 ObservationIntoleranceType [2.16.840.1.113883.1.11.19700]

Contenuto da codesystem:

ActCode [2.16.840.1.113883.5.4]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | [ActCode](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\ActCode.htm) |  |  |
| 1 | . combinedContent |  |  |  |
| 2 | . . unionWithContent | [ActCode](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\ActCode.htm) |  |  |
| 3 | . . . codeBasedContent |  | [OINT](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\ActCode.htm#OINT) | Relationship: Generalizes With: DirectRelationsOnly |
| 2 | . . unionWithContent | [ActCode](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\ActCode.htm) |  |  |
| 3 | . . . valueSetReference |  | [ObservationAllergyType](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\vs_ActCode.htm#ObservationAllergyType) | [2.16.840.1.113883.1.11.19701] |
| 2 | . . unionWithContent | [ActCode](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\ActCode.htm) |  |  |
| 3 | . . . valueSetReference |  | [ObservationNonAllergyIntoleranceType](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\vs_ActCode.htm#ObservationNonAllergyIntoleranceType) | [2.16.840.1.113883.1.11.19702] |
| 2 | . . unionWithContent | [ActCode](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\ActCode.htm) |  |  |
| 3 | . . . valueSetReference |  | [ObservationDrugIntoleranceType](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\vs_ActCode.htm#ObservationDrugIntoleranceType) | [2.16.840.1.113883.1.11.19703] |
| 2 | . . unionWithContent | [ActCode](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\ActCode.htm) |  |  |
| 3 | . . . valueSetReference |  | [ObservationFoodIntoleranceType](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\vs_ActCode.htm#ObservationFoodIntoleranceType) | [2.16.840.1.113883.1.11.19704] |
| 2 | . . unionWithContent | [ActCode](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\ActCode.htm) |  |  |
| 3 | . . . valueSetReference |  | [ObservationEnvironmentalIntoleranceType](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\vs_ActCode.htm#ObservationEnvironmentalIntoleranceType) | [2.16.840.1.113883.1.11.19705] |

#### AllergenNoDrugs\_PSSIT

Contenuto da codesystem

ProfiloSanitarioSinteticoIT [2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8]:

Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.2>

#### ReazioniIntolleranza\_PSSIT

Contenuto da codesystem:

ICD9-CM [2.16.840.1.113883.6.103]

| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName ICD-9-CM | Commenti | Qualifiers/Identifiers |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | content | ICD9-CM |  |  |  | 2.16.840.1.113883.6.103 |
| 1 | . combinedContent |  | 458.0 | IPOTENSIONE ORTOSTATICA | Abbassamento della pressione |  |
| 1 | . combinedContent |  | 706.0 | ACNE VARIOLIFORME | Acne |  |
| 1 | . combinedContent |  | 706.1 | ALTRE ACNI |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 780.1 | Allucinazioni |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 995.1 | EDEMA ANGIONEUROTICO NON CLASSIFICATO ALTROVE | Angioedema |  |
| 1 | . combinedContent |  | 300.0 | STATO ANSIOSO NON SPECIFICATO | Ansia e irritabilità |  |
| 1 | . combinedContent |  | 427 | TACHICARDIA PAROSSISTICA SOPRAVENTRICOLARE | Aritmia |  |
| 1 | . combinedContent |  | 493.9 | ASMA,TIPO NON SPECIFICATO | Asma |  |
| 1 | . combinedContent |  | 493.82 | ASMA VARIANTE CON TOSSE |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 300.01 | DISTURBO DI PANICO SENZA AGORAFOBIA | Attacchi di Panico |  |
| 1 | . combinedContent |  | 300.02 | DISTURBO ANSIOSO GENERALIZZATO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 796.2 | REPERTO OCCASIONALE DI IPERTENSIONE | Aumento della pressione |  |
| 1 | . combinedContent |  | 782.0 | DISTURBI DELLA SENSIBILITÀ CUTANEA | Bruciore della pelle |  |
| 1 | . combinedContent |  | 782.62 | ROSSORE | Rossore della pelle |  |
| 1 | . combinedContent |  | 695.9 | AFFEZIONI ERITEMATOSE NON SPECIFICATE |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 784.0 | CEFALEA | Mal di testa |  |
| 1 | . combinedContent |  | 346.00 | EMICRANIA CLASSICA SENZA MENZIONE DI EMICRANIA NON TRATTABILE | Emicrania |  |
| 1 | . combinedContent |  | 595.0 | CISTITE ACUTA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 595.9 | CISTITI,NON SPECIFICATE | Cistite |  |
| 1 | . combinedContent |  | 009.0 | COLITE,ENTERITE E GASTROENTERITE INFETTIVE | Colite |  |
| 1 | . combinedContent |  | 780.01 | Coma |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 372.30 | CONGIUNTIVITE,NON SPECIFICATA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 372.31 | CONGIUNTIVITE ROSACEA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 077.0 | CONGIUNTIVITE DA INCLUSI |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 789.0 | DOLORE ADDOMINALE DI SEDE NON SPECIFICATA | Crampi addominali |  |
| 1 | . combinedContent |  | 789.07 | DOLORE ADDOMINALE GENERALIZZATO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 787.91 | DIARREA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 564.5 | DIARREA FUNZIONALE |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 782.0 | DISTURBI DELLA SENSIBILITÀ CUTANEA |  |  |
|  |  |  | 438.6 | ALTERAZIONE DELLA SENSIBILITÀ | Include “Parestesie” |  |
| 1 | . combinedContent |  | 054.0 | ECZEMA ERPETICO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 692 | Dermatite da contatto |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 787.3 | FLATULENZA,ERUTTAZIONE E COLICA GASSOSA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 750.26 | ALTRE ANOMALIE SPECIFICATE DELLA BOCCA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 782.3 | EDEMA | Gonfiore |  |
| 1 | . combinedContent |  | 780.52 | INSONNIA,NON SPECIFICATA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 780.5 | DISTURBI DEL SONNO NON SPECIFICATI |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 245.9 | TIROIDITE NON SPECIFICATA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 625.3 | DISMENORREA | Mestruazioni dolorose |  |
| 1 | . combinedContent |  | 787.02 | NAUSEA SOLO | Nausea |  |
| 1 | . combinedContent |  | 787.01 | NAUSEA CON VOMITO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 708.0 | ORTICARIA ALLERGICA | Orticaria |  |
| 1 | . combinedContent |  | 785.1 | Palpitazioni |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 698.9 | AFFEZIONI PRURIGINOSE NON SPECIFICATE | Prurito |  |
| 1 | . combinedContent |  | 698.8 | ALTRE AFFEZIONI PRURIGINOSE SPECIFICATE |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 696 | ARTROPATIA PSORIASICA | Psoriasi |  |
| 1 | . combinedContent |  | 718.40 | RIGIDITÀ ARTICOLARE,SEDE NON SPECIFICATA | Rigidità |  |
| 1 | . combinedContent |  | 718.49 | RIGIDITÀ DI ARTICOLAZIONI MULTIPLE |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 477.0 | RINITE ALLERGICA DA POLLINI |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 477.1 | RINITE ALLERGICA DA CIBO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 477.2 | RINITE ALLERGICA DA PELI O FORFORA ANIMALE (GATTO)(CANE) |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 477.8 | RINITE ALLERGICA DA ALTRI ALLERGENI |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 477 | RINITE ALLERGICA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 472.0 | RINITE CRONICA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 527.7 | DISTURBI DELLA SECREZIONE SALIVARE | Secchezza della bocca |  |
| 1 | . combinedContent |  | 529.6 | GLOSSODINIA | Sindrome della bocca che brucia |  |
| 1 | . combinedContent |  | 780.02 | ALTERAZIONE (O PERDITA) TEMPORANEA DELLA COSCIENZA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 780.09 | ALTRE ALTERAZIONI DELLA COSCIENZA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 307.49 | DISTURBI SPECIFICI DEL SONNO ALTRE | Es. Sonnolenza |  |
| 1 | . combinedContent |  | 780.7 | MALESSERE ED AFFATICAMENTO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 799.3 | DEBILITÀ ,NON SPECIFICATA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 427.2 | TACHICARDIA PAROSSISTICA NON SPECIFICATA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 782.61 | PALLORE |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 786.2 | TOSSE |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 784.4 | ALTERAZIONI NON SPECIFICATA DELLA VOCE | Es. Raucedine |  |
| 1 | . combinedContent |  | 705.8 | DISIDROSI |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 787.03 | VOMITO SOLO |  |  |

#### ReazioniAllergiche\_PSSIT

Contenuto da codesystem:

ICD9-CM [2.16.840.1.113883.6.103]

| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName ICD-9-CM | Designazione originale | Qualifiers/Identifiers |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | content | ICD9-CM |  |  |  | 2.16.840.1.113883.6.103 |
| 1 | . combinedContent |  | 796.3 | IPOTENSIONE ORTOSTATICA | Abbassamento della pressione |  |
| 1 | . combinedContent |  | 995.1 | EDEMA ANGIONEUROTICO NON CLASSIFICATO ALTROVE | Angioedema |  |
| 1 | . combinedContent |  | 493.9 | ASMA,TIPO NON SPECIFICATO | Asma |  |
| 1 | . combinedContent |  | 519.11 | BRONCOSPASMO ACUTO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 372.30 | CONGIUNTIVITE,NON SPECIFICATA | Congiuntivite |  |
| 1 | . combinedContent |  | 372.0 | CONGIUNTIVITE ACUTA,NON SPECIFICATA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 077.0 | CONGIUNTIVITE DA INCLUSI |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 691.8 | ALTRE DERMATITI ATOPICHE E AFFEZIONI CORRELATE |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 787.91 | Diarrea |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 789.0 | DOLORE ADDOMINALE DI SEDE NON SPECIFICATA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 054.0 | ECZEMA ERPETICO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 692 | Dermatite da contatto |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 750.26 | ALTRE ANOMALIE SPECIFICATE DELLA BOCCA | Es. Gonfiore della mucosa orale |  |
| 1 | . combinedContent |  | 780.79 | ALTRO MALESSERE ED AFFATICAMENTO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 477.0 | RINITE ALLERGICA DA POLLINI |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 477.1 | RINITE ALLERGICA DA CIBO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 477.2 | RINITE ALLERGICA DA PELI O FORFORA ANIMALE (GATTO)(CANE) |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 477.8 | RINITE ALLERGICA DA ALTRI ALLERGENI |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 478.19 | ALTRE MALATTIE DELLE CAVITÀ NASALI E DEI SENI PARANASALI | Es. congestione nasale, starnuti |  |
| 1 | . combinedContent |  | 787.02 | NAUSEA SOLO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 787.01 | NAUSEA CON VOMITO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 708.0 | ORTICARIA ALLERGICA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 698.9 | AFFEZIONI PRURIGINOSE NON SPECIFICATE | Prurito |  |
| 1 | . combinedContent |  | 698.8 | ALTRE AFFEZIONI PRURIGINOSE SPECIFICATE |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 995.0 | ALTRO SHOCK ANAFILATTICO NON CLASSIFICATO ALTROVE | Shock anafilattico |  |
| 1 | . combinedContent |  | 995.60 | SHOCK ANAFILATTICO DA ALIMENTO NON SPECIFICATO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 995.61 | SHOCK ANAFILATTICO DA ARACHIDI |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 995.62 | SHOCK ANAFILATTICO DA CROSTACEI |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 995.63 | SHOCK ANAFILATTICO DA FRUTTI E VEGETALI |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 995.64 | SHOCK ANAFILATTICO DA NOCI (O NOCCIOLE) E DA SEMI |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 995.65 | SHOCK ANAFILATTICO DA PESCE |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 995.66 | SHOCK ANAFILATTICO DA ADDITIVI ALIMENTARI |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 995.67 | SHOCK ANAFILATTICO DA DERIVATI DEL LATTE |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 995.68 | SHOCK ANAFILATTICO DA UOVA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 995.69 | SHOCK ANAFILATTICO DA ALTRO ALIMENTO SPECIFICATO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 427.2 | TACHICARDIA PAROSSISTICA NON SPECIFICATA |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 782.61 | PALLORE |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | V40.3 | ALTRI PROBLEMI DI COMPORTAMENTO | Variazioni di comportamento |  |
| 1 | . combinedContent |  | V40.9 | PROBLEMA PSICHICO O DI COMPORTAMENTO NON SPECIFICATO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 787.03 | VOMITO SOLO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 375.15 | Insufficienza del film lacrimale, non specificata |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 493.9 | Asma |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 786.59 | Altro dolore toracico  Senso di oppressione al torace.  Tensione del torace. |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 691 | Dermatite atopica ed affezioni correlate |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 786.0 | Dispnea e anomalie respiratorie |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 782.1 | Rash ed altre eruzioni cutanee non specifiche |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 709.8 | Eruzione vescicolare |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 287.0 | Vasculite allergica |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 372.71 | Iperemia della congiuntiva |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 427.5 | Arresto cardiorespiratorio |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 692.9 | Eczema |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 478.6 | Edema della laringe |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 695.1 | Eritema multiforme o polimorfo (incl. Sindrome di Stevens-Johnson) |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 784.99 | Altri sintomi relativi alla testa e al collo (incl. Starnutire) |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 780.3 | Attacchi (termine comune); Convulsioni |  |  |

#### SeverityObservation

Contenuto da codesystem:

ObservationValue [2.16.840.1.113883.5.1063]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Designazione originale | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | SeverityObservation |  |  |  | 2.16.840.1.113883.5.1063 |
| 1 | . combinedContent |  | H | High | Indicates the condition may be life-threatening or has the potential to cause permanent injury. |  |
| 1 | . combinedContent |  | L | Low | Indicates the condition may result in some adverse consequences but is unlikely to substantially affect the situation of the subject. |  |
| 1 | . combinedContent |  | M | Moderate | Indicates the condition may result in noticable adverse adverse consequences but is unlikely to be life-threatening or cause permanent injury. |  |

#### CriticalityObservation

Contenuto da codesystem:

ObservationValue [2.16.840.1.113883.5.1063]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Designazione originale | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | criticalityObservation |  |  |  | 2.16.840.1.113883.5.1063 |
| 1 | . combinedContent |  | H | High | Indicates the condition may be life-threatening or has the potential to cause permanent injury. |  |
| 1 | . combinedContent |  | L | Low | Indicates the condition may result in some adverse consequences but is unlikely to substantially affect the situation of the subject. |  |
| 1 | . combinedContent |  | M | Moderate | Indicates the condition may result in noticable adverse adverse consequences but is unlikely to be life-threatening or cause permanent injury. |  |

#### StatoClinicoProblema\_PSSIT

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | StatoClinicoProblema\_PSSIT |  |  | 2.16.840.1.113883.6.1 |
| 1 | . combinedContent |  | LA 16666-2 | Active |  |
| 1 | . combinedContent |  | LA 18632-2 | Inactive |  |

#### AssenzaTerapieNote\_PSSIT

Contenuto da codeSystem:

*IPS CodeSystem - Absent and Unknown Data [*2.16.840.1.113883.5.1150.1]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Informazioni aggiuntive | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | IPS |  |  |  | 2.16.840.1.113883.5.1150.1 |
| 1 | . combinedContent |  | no-known-medications | Nessuna terapia farmacologica prescritta | Per indicare l’assenza di terapie note. |  |
| 1 | . combinedContent |  | no-medication-info | Trattamento farmacologico sconosciuto | Per indicare l’assenza di informazioni relative a terapie farmacologiche. |  |

#### ProblemObservation\_PSSIT

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Designazione originale LOINC | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | LOINC |  |  |  | 2.16.840.1.113883.6.1 |
| 1 | . combinedContent |  | 52797-8 | Diagnosi codice ICD | Diagnosis ICD code |  |
| 1 | . combinedContent |  | 75321-0 | Obiettività Clinica | Clinical Finding. Reported symptoms, objective signs and disease prognosis |  |
| 1 | . combinedContent |  | 75322-8 | Disturbo | Complaint. A patient described symptom, problem, or malady; for example, loss of weight, chest pain, or fever |  |
| 1 | . combinedContent |  | 75326-9 | Problema | Problem. A complaint or reason for seeking medical attention |  |
| 1 | . combinedContent |  | 74836-8 | Tipo di trapianto |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 75246-9 | Activity | Specifico per Capacità motoria |  |

#### OrganiMancanti\_PSSIT

Contenuto da codeSystem:

ICD9-CM [2.16.840.1.113883.6.103]

ICD10 [2.16.840.1.113883.6.90]

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Descrizione organo/insieme complesso mancante | Note | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | ICD9-CM |  |  |  |  | 2.16.840.1.113883.6.103 |
| 1 | . combinedContent |  | V45.77 | ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - ORGANI GENITALI | Usato per mancanza di apparato riproduttivo maschile, entrambi i testicoli o un testicolo, ma anche per assenza di apparato riproduttivo femminile | Codice alternativo ICD10: Z90.7 |  |
| 1 | . combinedContent |  | 755.31 | MANCANZA TRASVERSA DELL'ARTO INFERIORE | Riferito a mancanza di una Gamba |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | V45.72 | ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - INTESTINO (CRASSO) (TENUE) | Riferito a mancanza di segmento di Intestino | Codice alternativo ICD10: Z90.4 |  |
| 1 | . combinedContent |  | V45.71 | ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - MAMMELLA | Usato per assenza di una o entrambe le mammelle | Codice alternativo ICD10: Z90.1 |  |
| 1 | . combinedContent |  | 756.81 | ASSENZA DI MUSCOLI E TENDINI |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | V45.78 | ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - OCCHIO |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 744.01 | ASSENZA DELL'ORECCHIO ESTERNO |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 744.21 | ASSENZA DEL LOBO DELL'ORECCHIO,CONGENITA |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 744.09 | ALTRO ASSENZA DELL’ORECCHIO, CONGENITA |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | V45.76 | ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - POLMONE | Usato per assenza di parte o dell’intero polmone | Codice alternativo ICD10: Z90.2 |  |
| 1 | . combinedContent |  | V45.73 | ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - RENE |  | Codice alternativo ICD10: Z90.5 |  |
| 1 | . combinedContent |  | V45.75 | ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - STOMACO | Usato per mancanza di parte o tutto lo stomaco | Codice alternativo ICD10: Z90.3 |  |
| 1 | . combinedContent |  | V45.74 | ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - ALTRE PARTI DEL TRATTO URINARIO |  | Codice alternativo ICD10: Z90.6 |  |
| 1 | . combinedContent |  | V45.79 | ASSENZA ACQUISITA DI ALTRI ORGANI | Usato in caso di altri organi non classificati altrove | Codice alternativo ICD10: Z90 o Z90.8 |  |
| 0 | content | ICD10 |  |  |  |  | 2.16.840.1.113883.6.90 |
| 1 | . combinedContent |  | Q52.0 | Assenza congenita della vagina | Assenza di apparato riproduttivo femminile |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Z89.8 | Mancanza acquisita di arti superiori ed inferiori [a qualsiasi livello] |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Z89 | Mancanza acquisita di un arto |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Z89.9 | Mancanza acquisita di un arto non specificato | Arto non specificato |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Z89.2 | Mancanza acquisita del braccio, al di sopra del polso |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Z89.0 | Mancanza acquisita di dito(a) della mano, [compreso il pollice], unilaterale |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Z89.3 | Mancanza acquisita di entrambi gli arti superiori [qualsiasi livello] | Usato per assenza di entrambe le braccia |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Z89.7 | Mancanza acquisita di entrambi gli arti inferiori a qualsiasi livello, eccetto dita soltanto | Usato per assenza di entrambe le gambe, o entrambi i piedi, non per assenza solo di dita dei piedi |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Z89.5 | Mancanza acquisita di una gamba sotto il ginocchio |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Z89.6 | Mancanza acquisita di una gamba, sopra il ginocchio |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Z89.1 | Mancanza acquisita della mano e del polso |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Z89.4 | Mancanza acquisita del piede e della caviglia |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Z90.0 | Mancanza acquisita di parte della testa e del collo |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Z90.4 | Mancanza di parti del tratto digerente | Solo in assenza di alcuni segmenti |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Q10.4 | Assenza e agenesia dell’apparato lacrimale |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Q13.1 | Assenza dell’iride |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Q16 | Assenza congenita di padiglione auricolare |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Q16.1 | Assenza, atresia e restringimento congeniti di condotto uditivo (esterno) |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Q16.2 | Assenza congenita della Tuba di Eustachio |  |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | Q50.0 | Assenza congenita dell’Ovaio |  |  |  |

#### Trapianti\_PSSIT

Contenuto da codeSystem:

ICD9-CM [2.16.840.1.113883.6.103]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Classificazione Trapianti seondo indicazioni Ministero Salute - Descrizione organo/cellule/tessuto trapiantato | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | ICD9-CM |  |  |  | 2.16.840.1.113883.6.103 |
| 1 | . combinedContent |  | V42.1 | CUORE SOSTITUITO DA TRAPIANTO | Cuore |  |
| 1 | . combinedContent |  | V42.7 | FEGATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO | Fegato |  |
| 1 | . combinedContent |  | V42.84 | INTESTINO SOSTITUITO DA TRAPIANTO | Intestino |  |
| 1 | . combinedContent |  | V42.83 | PANCREAS SOSTITUITO DA TRAPIANTO | Pancreas |  |
| 1 | . combinedContent |  | V42.6 | POLMONE SOSTITUITO DA TRAPIANTO | Polmone/i |  |
| 1 | . combinedContent |  | V42.0 | RENE SOSTITUITO DA TRAPIANTO | Rene/i |  |
| 1 | . combinedContent |  | V50.0 | TRAPIANTO DI CAPELLI | Capelli |  |
| 1 | . combinedContent |  | V42.5 | CORNEA SOSTITUITA DA TRAPIANTO | Cornea |  |
| 1 | . combinedContent |  | V42.3 | PELLE SOSTITUITA DA TRAPIANTO | Cute |  |
| 1 | . combinedContent |  | V42.81 | MIDOLLO OSSEO SOSTITUITO DA TRAPIANTO | Midollo osseo |  |
| 1 | . combinedContent |  | V42.4 | OSSO SOSTITUITO DA TRAPIANTO | Ossa |  |
| 1 | . combinedContent |  | V58.2 | TRASFUSIONE DI SANGUE SENZA INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI | Sangue (trasfusione) |  |
| 1 | . combinedContent |  | V42.2 | VALVOLA CARDIACA SOSTITUITA DA TRAPIANTO | Valvola cardiaca |  |
| 1 | . combinedContent |  | V42.82 | CELLULE STAMINALI PERIFERICHE SOSTITUITE DA TRAPIANTO | Cellule staminali |  |
| 1 | . combinedContent |  | V42.89 | ALTRO DI ALTRO ORGANO O TESSUTO SPECIFICATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | V42.9 | ORGANO O TESSUTO NON SPECIFICATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO |  |  |

#### UnknownProblems\_PSSIT

Contenuto da codeSystem:

*IPS CodeSystem - Absent and Unknown Data [*2.16.840.1.113883.5.1150.1]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Informazioni aggiuntive | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | IPS |  |  |  | 2.16.840.1.113883.5.1150.1 |
| 1 | . combinedContent |  | no-known-problems | Nessuna patologia o disabilità in atto | Per indicare che il paziente non ha al momento problemi attivi |  |
| 1 | . combinedContent |  | no-problem-info | Anamnesi ignota | Per indicare che la storia clinica del paziente è sconosciuta |  |

#### EtàInsorgenza\_PSSIT

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Informazioni aggiuntive | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | LOINC |  |  |  | 2.16.840.1.113883.6.1 |
| 1 | . combinedContent |  | 39016-1 | Età morte | Da utilizzarsi quando riferita all’età del decesso del soggetto descritto nell’anamnesi familiare |  |
| 1 | . combinedContent |  | 35267-4 | Età diagnosi patologia | Da utilizzarsi quando riferita all’età di insorgenza della patologia del soggetto descritto nell’anamnesi familiare. |  |

#### SocialHistoryEntryElement\_PSSIT

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Designazione originale LOINC | Data Type  (Observation.value@xsi:type) | Units | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | LOINC |  |  |  |  |  | 2.16.840.1.113883.6.1 |
| 1 | . combinedContent |  | 72166-2 | Fumo | Fumatore di tabacco, stato | CD | LA18976-3 Current everyday smoker  LA18977-1 Current some day smoker  LA15920-4 Former smoker  LA18978-9 Never smoker  LA18979-7 Smoker, current status unknown  LA18980-5 Unknown if ever smoked  LA18981-3 Heavy tobacco smoker  LA18982-1 Light tobacco smoker |  |
| 1 | . combinedContent |  | 74009-2 | Attività fisica | Sforzo, durata/Frequenza di esercizio | PQ | {times}/w |  |
| 1 | . combinedContent |  | 74013-4 | Bevande alcoliche al giorno | Bevande alcoliche al giorno | PQ | {drink}/d |  |
| 1 | . combinedContent |  | 61144-2 | Dieta e nutrizione | Dieta e nutrizione | ANY | (testo libero) |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11295-3 | Impiego attuale | Impiego attuale | CD | Valori ISTAT |  |
| 1 | . combinedContent |  | 63736-3 | Esposizione ad agenti tossici | Materiali a cui è stato esposto nel suo lavoro o nella vita quotidiana | CD |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 74204-9 | Uso di droghe | Uso di droghe | CD | LA20146-9 - No (not tested)  LA20147-7 - No (confirmed by test)  LA20150-1 - Yes (confirmed by test [prescription drugs])  LA20151-9 - Yes (confirmed by test [illegal use drug]) |  |
| 1 | . combinedContent |  | 32624-9 | Razza | Razza | CD |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | 45404-1 | Stato civile | Marital status | CD | LA47-6 Never married  LA48-4 Married  LA49-2 Widowed  LA4288-2 Separated  LA51-8 Divorced |  |
| 1 | . combinedContent |  | 52720-0 | Altro | Altre informazioni utili |  |  |  |

#### PregnancyObservation\_PSSIT

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Designazione originale LOINC | Tipo | Qualifiers/Identifiers |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | content | LOINC |  |  |  |  | 2.16.840.1.113883.6.1 |
| 1 | . combinedContent |  | 11636-8 | Nati Vivi | Nati.vivi | INT |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11637-6 | Nascite pretermine | Nati.pretermine | INT |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11638-4 | Nati ancora in vita | Nati.ancora vivi | INT |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11639-2 | Nascite nei termini | Nati.a termine | INT |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11640-0 | Totale nascite | Nati.totale | INT |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11612-9 | Aborti | Aborti | INT |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11613-7 | Aborti Indotti | Aborti.indotti | INT |  |
| 1 | . combinecdContent |  | 11614-5 | Aborti Spontanei | Aborti.spontanei | INT |  |
| 1 | . combinedContent |  | 33065-4 | Gravidanza ectopica | Gravidanza ectopica | INT |  |
| 1 | . combinedContent |  | 57062-2 | Nati morti | Nati.nati morti | INT |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11996-6 | Gravidanze | Gravidanze | INT |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11639-2 | Nascite nei termini | Nati.a termine | INT |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11637-6 | Nascite pretermine | Nati.pretermine | INT |  |
| 1 | . combinedContent |  | 45371-2 | Gravidanza multipla | Gravidanza multipla | BL |  |
| 1 | . combinedContent |  | 49051-6 | Età gestazionale | Età gestazionale in sett | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11887-7 | Feto, età gestazionale (stimata da data selezionata del parto) | Età gestazionale del feto stimata in base a data del parto selezionata | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 32396-4 | Durata travaglio | Travaglio, durata | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 8339-4 | Peso alla nascita | Peso corporeo^alla nascita | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 29300-1 | Procedura parto | Procedura | CE |  |
| 1 | . combinedContent |  | 8722-1 | Tipo di anestesia | Anestesia, nota di operazione chirurgica | CE |  |
| 1 | . combinedContent |  | 52829-9 | Luogo parto | Luogo di prestazione del servizio sanitario | CE |  |
| 1 | . combinedContent |  | 42839-1 | Rischio del travaglio | Travaglio, rischio | CE |  |
| 1 | . combinedContent |  | 42840-9 | Rischio del parto | Parto, rischio | CE |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11449-6 | Stato Gravidanza | Gravidanza, stato | CE |  |
| 1 | . combinedContent |  | 8678-5 | Stato Mestruale | Stato mestruale | CE |  |
| 1 | . combinedContent |  | 8665-2 | Data ultimo ciclo mestruale | Data ultimo ciclo mestruale | TS |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11778-8 | Data presunta del parto | Data del parto stimata.clinicamente | TS |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11779-6 | Data presunta del parto da ultimo ciclo mestruale | Data del parto stimata in base a ultimo ciclo mestruale | TS |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11780-4 | Data presunta del parto da ovulazione | Data del parto stimata in base a data ovulazione | TS |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11781-2 | Data presunta del parto da ecografia composita | Data del parto stimata in base a ecografia composita | TS |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11884-4 | Feto, età gestazionale (valutazione clinica) | Età gestazionale del feto stimata.clinicamente | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11885-1 | Feto, età gestazionale (stimata da ultimo ciclo mestruale) | Età gestazionale del feto stimata in base a ultimo ciclo mestruale | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 11886-9 | Feto, età gestazionale (stimata da data ovulazione) | Età gestazionale del feto stimata in base a data ovulazione | PQ |  |

#### VitalSignsObservation\_PSSIT

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Designazione originale LOINC | Unità misura | Data Type | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | LOINC |  |  |  |  |  | 2.16.840.1.113883.6.1 |
| 1 | . combinedContent |  | 9279-1 | Frequenza respirazione | Respiri | /min | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 8867-4 | Frequenza cardiaca | Frequenza cardiaca | /min | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 59408-5 | Saturazione ossigeno | Saturazione ossigeno | % | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 8480-6 | Pressione sistolica | Sistolica intravascolare | mm[Hg] | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 8462-4 | Pressione diastolica | Diastolica intravascolare | mm[Hg] | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 8310-5 | Temperatura corporea | Temperatura corporea | Cel | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 8302-2 | Altezza (misurata) | Altezza corporea | m, cm | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 8306-3 | Altezza (giacente) | Altezza corporea ^sdraiato | m, cm | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 8287-5 | Circonferenza occicipitale-frontale | Circonferenza.occipitale-frontale | m, cm | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 3141-9 | Peso | Peso corporeo | kg, g | PQ |  |
| 1 | . combinedContent |  | 39156-5 | Indice di massa corporea | Indice di massa corporea | kg/m2 | PQ |  |

#### AssenzaProtesiImpiantiAusili\_PSSIT

Contenuto da codeSystem:

*IPS CodeSystem - Absent and Unknown Data [*2.16.840.1.113883.5.1150.1]

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName |  | Informazioni aggiuntive | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | IPS |  |  |  |  | 2.16.840.1.113883.5.1150.1 |
| 1 | . combinedContent |  | no-known-devices | Protesi, Impianto o Ausilio Assente | No known devices in use | Per indicare l’assenza di protesi, impianti permanenti o ausili sull’assistito. |  |
| 1 | . combinedContent |  | no-device-info | no-device-info | No information about device | Per indicare che è sconosciuta la presenza di protesi, impianti o ausili del paziente. |  |

#### EncounterCode

Contenuto da codesystem:

actCode [2.16.840.1.113883.5.4]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Informazioni aggiuntive | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | [actCode](file:///C:\Standard\HL7\Edition2009\infrastructure\vocabulary\ActCode.htm) |  |  |  | 2.16.840.1.113883.5.4 |
| 1 | . combinedContent |  | IMP | Ricovero | An inpatient encounter is an encounter in which the patient is admitted to a hospital or equivalent facility. |  |
| 1 | . combinedContent |  | ACUTE | Ricovero urgente | An acute inpatient encounter. |  |
| 1 | . combinedContent |  | NONAC | Ricovero programmato | Any category of inpatient encounter except 'acute' |  |
| 1 | . combinedContent |  | ALC | In attesa di trasferimento | Provision of Alternate Level of Care to a patient in an acute bed. Patient is waiting for placement in a long-term care facility and is unable to return home. |  |
| 1 | . combinedContent |  | CARD | Cardiologia | Provision of diagnosis and treatment of diseases and disorders affecting the heart |  |
| 1 | . combinedContent |  | CHR | Cronico | Provision of recurring care for chronic illness. |  |
| 1 | . combinedContent |  | DNTL | Odontoiatria | Provision of treatment for oral health and/or dental surgery. |  |
| 1 | . combinedContent |  | GENRL | Assistenza di Medicina Generale | General care performed by a general practitioner or family doctor as a responsible provider for a patient. |  |
| 1 | . combinedContent |  | MED | Assistenza Medica | Provision of diagnostic and/or therapeutic treatment. |  |
| 1 | . combinedContent |  | OBS | Ostetricia | Provision of care of women during pregnancy, childbirth and immediate postpartum period. Also known as Maternity. |  |
| 1 | . combinedContent |  | ONC | Oncologia | Provision of treatment and/or diagnosis related to tumors and/or cancer. |  |
| 1 | . combinedContent |  | PALL | Cure Palliative | Provision of care for patients who are living or dying from an advanced illness. |  |
| 1 | . combinedContent |  | PED | Pediatria | Provision of diagnosis and treatment of diseases and disorders affecting children. |  |
| 1 | . combinedContent |  | PHAR | Assistenza Farmaceutica | Pharmaceutical care performed by a pharmacist. |  |
| 1 | . combinedContent |  | PHYRHB | Riabilitazione Fisica | Provision of treatment for physical injury. |  |
| 1 | . combinedContent |  | PSYCH | Assistenza Psichiatrica | Provision of treatment of psychiatric disorder relating to mental illness. |  |
| 1 | . combinedContent |  | SURG | Intervento Chirurgico | Provision of surgical treatment. |  |
| 1 | . combinedContent |  | AMB | Ambulatoriale | An ambulatory encounter. |  |
| 1 | . combinedContent |  | EMER | Emergenza | An emergency encounter. |  |
| 1 | . combinedContent |  | FLD | Assistenza Territoriale | Healthcare encounter that takes place outside a healthcare facility or home (e.g., helicopter, ambulance, accident site) |  |
| 1 | . combinedContent |  | HH | Assistenza Domiciliare | Healthcare encounter that takes place in the residence of the patient or a designee |  |
| 1 | . combinedContent |  | VR | Virtuale | An interaction between a practitioner and patient (or patient's agent) where the communication does not take place in person |  |

#### ****CapacitàMotoria\_PSSIT****

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Designazione originale | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | LOINC |  |  |  | 2.16.840.1.113883.6.1 |
| 1 | . combinedContent |  | LA21285-4 | Autonomo | Ambulant |  |
| 1 | . combinedContent |  | LA21286-5 | Assistito | Walk/help |  |
| 1 | . combinedContent |  | LA6743-4 | Su sedia a rotelle | Chairbound |  |
| 1 | . combinedContent |  | LA4270-0 | Allettato | Bedridden |  |

#### ****AssistenzaDomiciliare\_PSSIT****

Contenuto da codeSystem:

ProfiloSanitarioSinteticoIT [2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | ProfiloSanitarioSinteticoIT |  |  | 2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8 |
| 1 | . combinedContent |  | PSSADI | Assistenza Domiciliare Integrata |  |
| 1 | . combinedContent |  | PSSADP | Assistenza Domiciliare Programmata |  |

#### UnknownProcedures\_PSSIT

Contenuto da codeSystem:

*IPS CodeSystem - Absent and Unknown Data [*2.16.840.1.113883.5.1150.1]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Informazioni aggiuntive | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | IPS |  |  |  | 2.16.840.1.113883.5.1150.1 |
| 1 | . combinedContent |  | no-known-procedures | No known procedures |  |  |
| 1 | . combinedContent |  | no-procedure-info | No information about past history of procedures |  |  |

#### ProcedureTrapianti\_PSSIT

Contenuto da codeSystem:

ICD9-CM [2.16.840.1.113883.6.103]

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Informazioni aggiuntive  (Descrizione organo/cellule/tessuto trapiantato) | Codice Problema abbinato | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | IPS |  |  |  |  | 2.16.840.1.113883.5.1150.1 |
| 1 | . combinedContent |  | 37.51 | TRAPIANTO DI CUORE | Cuore | V42.1 |  |
| 1 | . combinedContent |  | 50.51 | TRAPIANTO DI FEGATO AUSILIARIO | Fegato | V42.7 |  |
|  |  |  | 50.59 | ALTRO TRAPIANTO DEL FEGATO |  | V42.7 |  |
|  |  |  | 46.97 | TRAPIANTO DI INTESTINO | Intestino | V42.84 |  |
|  |  |  | 41.94 | TRAPIANTO DI MILZA | Milza |  |  |
|  |  |  | 52.80 | TRAPIANTO DEL PANCREAS, SAI | Pancreas | V42.83 |  |
|  |  |  | 52.83 | TRAPIANTO ETEROLOGO DI PANCREAS |  | V42.83 |  |
|  |  |  | 52.82 | TRAPIANTO OMOLOGO DI PANCREAS |  | V42.83 |  |
|  |  |  | 52.81 | ATOTRAPIANTO DEL TESSUTO PANCREATICO |  |  |  |
|  |  |  | 33.50 | TRAPIANTO DEL POLMONE SAI | Polmone/i | V42.6 |  |
|  |  |  | 33.51 | TRAPIANTO UNILATERALE DEL POLMONE |  | V42.6 |  |
|  |  |  | 33.52 | TRAPIANTO BILATERALE DEL POLMONE |  | V42.6 |  |
|  |  |  | 33.6 | TRAPIANTO COMBINATO CUORE-POLMONE | Cuore/Polmone |  |  |
|  |  |  | 55.69 | ETEROTRAPIANTO (INDIPENDENTEMENTE DA CADAVERE O VIVENTE) | Rene/i | V42.0 |  |
|  |  |  | 82.5 | TRAPIANTO DI MUSCOLI E TENDINI DELLA MANO | Mano |  |  |
|  |  |  | 82.58 | ALTRO TRASFERIMENTO O TRAPIANTO DI MUSCOLI DELLA MANO |  |  |  |
|  |  |  | 82.72 | TRAPIANTO DI FASCIA DELLA MANO |  |  |  |
|  |  |  | 39.59 | TRAPIANTO DI ARTERIA | Arterie / Vene/Vasi sanguigni |  |  |
|  |  |  | 39.55 | ARTERIA RENALE ABERRANTE |  |  |  |
|  |  |  | 11.60 | TRAPIANTO DI CORNEA, NON ALTRIMENTI SPECIFICATO | Cornea | V42.5 |  |
|  |  |  | 11.69 | ALTRO TRAPIANTO DELLA CORNEA |  | V42.5 |  |
|  |  |  | 86.66 | OMOINNESTO SULLA CUTE (include Innesto sulla cute di: membrana amniotica da donatore; cute da donatore) | Membrana amniotica |  |  |
|  |  |  | 41.00 | TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO SAI | Midollo osseo | V42.81 |  |
|  |  |  | 41.01 | TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO AUTOLOGO SENZA DEPURAZIONE |  | V42.81 |  |
|  |  |  | 41.02 | TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO ALLOGENICO CON DEPURAZIONE |  | V42.81 |  |
|  |  |  | 41.03 | TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO ALLOGENICO SENZA DEPURAZIONE |  | V42.81 |  |
|  |  |  | 41.09 | TRAPIANTO AUTOLOGO DI MIDOLLO OSSEO CON DEPURAZIONE |  | V42.81 |  |
|  |  |  | 41.91 | PUNTURA STERNALE, DONATORE PER TRAPIANTO MIDOLLO OSSEO |  |  |  |
|  |  |  | 82.58 | ALTRO TRASFERIMENTO O TRAPIANTO DI MUSCOLI DELLA MANO | Muscoli |  |  |
|  |  |  | 83.77 | TRASPOSIZIONE O TRAPIANTO DI MUSCOLI |  |  |  |
|  |  |  | 49.74 | TRAPIANTO DEL MUSCOLO GRACILE PER INCONTINENZA ANALE |  |  |  |
|  |  |  | 82.56 | ALTRO TRASFERIMENTO O TRAPIANTO DI TENDINI DELLA MANO | Tendini |  |  |
|  |  |  | 83.75 | TRASPOSIZIONE O TRAPIANTO DI TENDINI |  |  |  |
|  |  |  | 35.2 | SOSTITUZIONE DI VALVOLA CARDIACA | Valvola cardiaca | V42.2 |  |
|  |  |  | 41.06 | TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI DA SANGUE PRELEVATO DA VASI DEL CORDONE OMBELICALE | Cellule staminali | V42.82 |  |
|  |  |  | 41.07 | TRAPIANTO AUTOLOGO DI CELLULE STAMINALI CON DEPURAZIONE |  | V42.82 |  |
|  |  |  | 41.08 | TRAPIANTO ALLOGENICO DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE CON DEPURAZIONE |  | V42.82 |  |
|  |  |  | 78.00 | TRAPIANTO OSSEO | Osso/ ossa | V42.4 |  |
|  |  |  | 02.04 | INNESTO OSSEO SUL CRANIO |  |  |  |
|  |  |  | 04.6 | TRASPOSIZIONE DI NERVI CRANICI E PERIFERICI (TRAPIANTO DI NERVO) | Nervo |  |  |
|  |  |  | 65.92 | TRAPIANTO DI OVAIO | Ovaio |  |  |
|  |  |  | 65.72 | AUTOTRAPIANTO OVAIO |  |  |  |
|  |  |  | 65.75 | AUTOTRAPIANTO LAPAROSCOPICO OVAIO |  |  |  |
|  |  |  | 07.94 | TRAPIANTO DEL TIMO | Timo |  |  |
|  |  |  | 06.94 | AUTOTRAPIANTO DEL TESSUTO TIROIDEO (ETEROTOPICO) (ORTOTOPICO) | Tessuti |  |  |
|  |  |  | 06.95 | AUTOTRAPIANTO DEL TESSUTO PARATIROIDEO (ETEROTOPICO) (ORTOTOPICO) |  |  |  |
|  |  |  | 07.45 | AUTOTRAPIANTO DEL TESSUTO SURRENALE (ETEROTOPICO) (ORTOTOPICO) |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Mandibola |  |  |
|  |  |  | 86.67 | INNESTO DI DERMA RIGENERATIVO | Cute | V42.3 |  |
|  |  |  | 86.66 | Omoinnesto sulla cute |  |  |  |
|  |  |  | 86.65 | Eteroinnesto sulla cute |  |  |  |
|  |  |  | 86.69 | Altro innesto di cute su altre sedi |  |  |  |
|  |  |  | 55.61 | AUTOTRAPIANTO |  |  |  |
|  |  |  | 55.69 | ETEROTRAPIANTO (INDIPENDENTEMENTE DA CADAVERE O VIVENTE) |  |  |  |
|  |  |  | 00.91 | TRAPIANTO DA DONATORE PARENTE, VIVENTE |  |  |  |
|  |  |  | 00.92 | TRAPIANTO DA DONATORE NON-PARENTE, VIVENTE |  |  |  |
|  |  |  | 00.93 | TRAPIANTO DA CADAVERE |  |  |  |

#### CronicitàProblema\_PSSIT

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | DisplayName | Qualifiers/Identifiers |
| 0 | content | CronicitàProblema\_PSSIT |  |  | 2.16.840.1.113883.6.1 |
| 1 | . combinedContent |  | LA 28752-6 | Chronic |  |

# Appendice C: mapping con value set SNOMED CT

Segue l’elenco delle tabelle dei value set presentati nella Appendice precedente con i corrispondenti valori SNOMED indicati nelle specifiche eHDSI, definite a partire dalle linee guida europee dell’eHealth Network.

### Tipo allergia/intolleranza

entry Allergies And Intolerances – 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.6

epSOSAdverseEventType - 1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.18

<http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--epsos-?id=1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.18&effectiveDate=2017-11-07T14:06:20>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **eHDSI** | | **PSS Ita – HL7 ActCode** | |
| **Code** | **Display Name** | **Code** | **Display Name** |
| 235719002 | Food intolerance | FINT | Food Intolerance |
| 29544009 | Intolerance | OINT | Intolerance |
| 414285001 | Food allergy | FALG | Food allergy |
| 416098002 | Drug allergy | DALG | Drug allergy |
| 418038007 | Propensity to adverse reactions to substance | ENAINT | environmental non allergy intolerance |
| 418471000 | Propensity to adverse reactions to food | FINT | food non allergy intolerance |
| 419199007 | Allergy to substance | EALG | Environmental allergy |
| 419511003 | Propensity to adverse reactions to drug | DNAINT | drug non allergy intolerance |
| 420134006 | Propensity to adverse reactions | NAINT | non allergy intolerance |
| 59037007 | Drug intolerance | DINT | Drug Intolerance |

### Codice Reazione

Problem - 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.5

epSOSReactionAllergy - 1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.11

<https://art-decor.ehdsi.eu/art-decor/decor-valuesets--epsos-?id=1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.11&effectiveDate=dynamic>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **eHDSI** | | **PSS ITA – ICD9-CM** | |
| **Code** | **Display Name** | **Code** | **Display Name** |
| 126485001 | Urticaria | 708.0 | ORTICARIA ALLERGICA |
| 162290004 | Dry eyes | 375.15 | Insufficienza del film lacrimale, non specificata |
| 195967001 | Asthma | 493.9 | ASMA,TIPO NON SPECIFICATO |
| 1985008 | Vomitus | 787.03 | VOMITO SOLO |
| 23924001 | Tight chest | 786.59 | Oppressione toracica |
| 24079001 | Atopic dermatitis | 691 | Dermatite atopica ed affezioni correlate |
| 247472004 | Weal | 708.9 | Orticaria, non specificata |
| 267036007 | Dyspnoea | 786.0 | Dispnea e anomalie respiratorie |
| 271757001 | Papular eruption | 782.1 | Rash ed altre eruzioni cutanee non specifiche |
| 271759003 | Bullous eruption | 709.8 | Eruzione vescicolare |
| 31996006 | Vasculitis | 287.0 | Vasculite allergica |
| 359610006 | Ocular hyperaemia | 372.71 | Iperemia della congiuntiva |
| 39579001 | Anaphylaxis | 995.0 | Altro shock anafilattico non classificato altrove |
| 410430005 | Cardiorespiratory arrest | 427.5 | Arresto cardiorespiratorio |
| 41291007 | Angio-oedema | 995.1 | EDEMA ANGIONEUROTICO NON CLASSIFICATO ALTROVE |
| 418363000 | Itching of skin | 698.9 | Affezioni pruriginose non specificate (incl. Prurito) |
| 422587007 | Nausea | 787.2 | Nausea solo |
| 43116000 | Eczema | 692.9 | Eczema |
| 4386001 | Bronchospasm | 519.11 | Broncospasmo acuto (incl. Broncospasmo) |
| 49727002 | Cough | 786.2 | Tosse |
| 51599000 | Oedema of larynx | 478.6 | Edema della laringe |
| 62315008 | Diarrhoea | 787.91 | Diarrea |
| 698247007 | Cardiac arrhythmia | 427.9 | Aritmia cardiaca |
| 70076002 | Rhinitis | 477 | Rinite allergica |
| 702809001 | Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms | 995.27 | Sindrome da Ipersensibilità a farmaci |
| 73442001 | Stevens-Johnson syndrome | 695.1 | Eritema multiforme o polimorfo (incl. Sindrome di Stevens-Johnson) |
| 76067001 | Sneezing | 784.99 | Altri sintomi relativi alla testa e al collo (incl. Starnutire) |
| 91175000 | Seizure | 780.3 | Attacchi (termine comune); Convulsioni |
| 9826008 | Conjunctivitis | 372.30 | Congiuntivite, non specificata |

### Codice Vaccino

Immunization Product - 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.7.2

value set epSOSVaccine - 1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.28

<https://art-decor.ehdsi.eu/art-decor/decor-valuesets--epsos-?id=1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.28&effectiveDate=dynamic>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **eHDSI** | | **PSS ITA – ICD9-CM** | |
| **Code** | **Display Name** | **Code** | **Display Name** |
| 108729007 | Varicella vaccine | J07BK01 | Varicella, vivo attenuato |
| 111164008 | Poliovirus vaccine | J07BF | Vaccini poliomielitici |
| 116077000 | Rotavirus vaccine | J07BH | Vaccini della diarrea da rota virus |
| 14745005 | Hepatitis A virus vaccine | J07BC02 | Vaccino dell'epatite A, inattivato, virus intero |
| 33234009 | Smallpox vaccine | J07BX01 | smallpox, live attenuated |
| 333598008 | Pneumococcal vaccine | J07AL | Vaccini pneumococcici |
| 333606008 | Rabies vaccine | J07BG01 | Vaccino rabico, inattivato, virus intero |
| 333621002 | Tetanus vaccine | J07AM | Vaccini tetanici |
| 333680004 | Haemophilus influenzae Type b vaccine | J07AG | Vaccini dell'Haemophilus influenzae tipo B |
| 333697005 | Japanese B encephalitis vaccine | J07BA02 | Encefalite, giapponese, inattivato, virus intero OPPURE J07BA03 encephalitis, Japanese, live attenuated |
| 333699008 | Tick-borne encephalitis vaccine | J07BA01 | Encefalite, petecchiale, inattivato, virus intero |
| 333702001 | Hepatitis A+B vaccine | J07BC20 | Associazioni |
| 34689006 | Hepatitis B virus vaccine | J07BC01 | Vaccino epatitico B, antigene purificato |
| 350327004 | Diphtheria + tetanus vaccine | J07AM51 | Tossoide tetanico, associazioni con tossoide difterico |
| 35736007 | Cholera vaccine | J07AE | Vaccini colerici |
| 386012008 | Measles vaccine | J07BD01 | Vaccino del morbillo, vivo attenuato |
| 386013003 | Rubella vaccine | J07BJ01 | Vaccino rubeolico vivo attenuato |
| 414004005 | Diphtheria + tetanus + pertussis + poliomyelitis + haemophilus influenzae b vaccine | J07CA06 | Difterite-hemophilus influenzae B-pertosse-poliomelite-tetano |
| 414005006 | Diphtheria + tetanus + pertussis + poliomyelitis vaccine | J07CA02 | Difterite-pertosse-poliomielite-tetano |
| 420538001 | Tuberculosis vaccine | J07AN01 | Vaccino tubercolare vivo attenuato |
| 421245007 | Diphtheria + pertussis + tetanus vaccine | J07AJ51 | Pertussis, inactivated, whole cell, combinations with toxoids |
| 423531006 | Meningococcus vaccine | J07AH | Vaccini meningococcici |
| 424519000 | Human papillomavirus vaccine | J07BM | Vaccini da papillomavirus |
| 427036009 | Influenza virus H5N1 vaccine | J07BB02 | influenza, inactivated, split virus or surface antigen |
| 428214002 | Diphtheria vaccine | J07AF01 | Tossoide difterico |
| 46233009 | Influenza virus vaccine (product) | J07BB | Vaccini influenzali |
| 56844000 | Yellow fever vaccine | J07BL01 | Vaccino della febbre gialla, vivo attenuato |
| 61153008 | Measles + Mumps + Rubella vaccine | J07BD52 | Vaccino del morbillo, associazioni con vaccini della parotite e della rosolia, vivo attenuato |
| 61602008 | Pertussis vaccine | J07AJ | Vaccini pertossici |
| 89428009 | Typhoid vaccine | J07AP | Vaccini tifoidei |
| 90043005 | Mumps live virus vaccine | J07BE01 | Vaccino della parotite, vivo attenuato |

### Stato clinico del problema

Entry Problem Status Observation 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.1.2

epSOSStatusCode - 1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.15

<https://art-decor.ehdsi.eu/art-decor/decor-valuesets--epsos-?id=1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.15&effectiveDate=dynamic>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **eHDSI** | | **PSS Ita - LOINC** | |
| **Code** | **Display Name** | **Code** | **Display Name** |
| 255227004 | Recurrent | LA 28751-8 | Recurrent |
| 410516002 | Known absent | LA24816-3 | None/Absent |
| 413322009 | Problem resolved | LA 9041-0 | Resolved |
| 415684004 | Suspected | LA 15291-0 | Suspected |
| 55561003 | Active | LA 16666-2 | Active |
| 7087005 | Intermittent | LA 24760-3 | Intermittent |
| 73425007 | Inactive | LA 18632-2 | Inactive |
| 90734009 | Chronic | LA 28752-6 | Chronic |

### Osservazione sulla social history

Social History Observation - 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.13.4

epSOSSocialHistory - 1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.14

<https://art-decor.ehdsi.eu/art-decor/decor-valuesets--epsos-?id=1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.14&effectiveDate=dynamic>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **eHDSI** | | **PSS Ita** | |
| **Display Name** | **Code** | **Display Name** | **Code** |
| 160573003 | Alcohol intake | 74013-4 | Bevande alcoliche al giorno |
| 228272008 | Health-related behaviour | 52720-0 | Altro |
| 229819007 | Tobacco use and exposure | 72166-2 | Fumo |
| 256235009 | Exercise | 74009-2 | Attività fisica |
| 363908000 | Details of drug misuse behaviour | 74204-9 | Uso di droghe |
| 364393001 | Nutritional observable | 61144-2 | Dieta e nutrizione |
| 364703007 | Employment detail | 11295-3 | Impiego attuale |
| 425400000 | Toxic exposure status | 63736-3 | Esposizione ad agenti tossici |

### Problem code

Problem - 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.5

epSOSCodeProb - 1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.23

https://art-decor.ehdsi.eu/art-decor/decor-valuesets--epsos-?id=1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.23&effectiveDate=dynamic

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **eHDSI** | | **PSS Ita** | |
| **Code** | **Display Name** | **Code** | **Display Name** |
| 248536006 | Finding of functional performance and activity | 75246-9 | Activity |
| 282291009 | Diagnosis interpretation | 52797-8 | Diagnosi codice ICD |
| 404684003 | Clinical finding | 75321-0 | Obiettività Clinica |
| 409586006 | Complaint | 75322-8 | Disturbo |
| 418799008\* | Finding reported by subject or history provider | 75312-9 | Osservazioni cliniche |
| 55607006 | Problem | 75326-9 | Problema |
| 64572001\* | Disease | 67438-2 | Disease description |

\* Valori non proposti nel PSS italiano.

1. I metadati del documento sono conformi allo standard Dublin Core 1.1 (ISO 15836:2003) [↑](#footnote-ref-1)
2. Vedi: http://www.ietf.org/rfc/rfc2119.txt [↑](#footnote-ref-2)
3. La validazione di una istanza rispetto allo schema XSD – una volta rimosse tutte le estensioni - è una condizione necessaria, ma non sufficiente per la validità dell’istanza stessa. [↑](#footnote-ref-3)
4. “The xsi:schemaLocation element is not recommended by the XML ITS because of security risks. Receivers who choose to perform validation should use a locally cached schema.” Da Progetto CDA4CDT (ripreso anche da IHE PCC). [↑](#footnote-ref-4)
5. Questo aspetto non va, ovviamente, interpretato come una limitazione dello standard al contrario è un aspetto di flessibilità. [↑](#footnote-ref-5)
6. **“** CCD **MAY** contain one or more **ClinicalDocument / informationRecipient**.” [↑](#footnote-ref-6)