

www.hl7.it

Implementation Guide

Clinical Document Architecture (CDA) Rel. 2

**Referto di Radiologia**

***(RAD)***

(IT Realm)

**Ballot**

Versione 1.1

Febbraio 2022

Questo documento[[1]](#footnote-2)

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolo (dc:title):** | CDA RAD HL7 Italia |
| **Data (dc:date):** | Gennaio 2022 |
| **Status/Versione (hl7italia:version):** | v1.1– Ballot |
| **Sostituisce (dc:relation.replaces):** | HL7IT-IG\_CDA2\_RAD-v1.0-S.docx |
| **Diritti di accesso (dc:right.accessRights)** | Documento pubblico |
| **Nome File (hl7it:fileName):** | HL7IT-IG\_CDA2\_RAD-v1.1-S.docx |
| **Approvato da (hl7it:isRatifiedBy):** | Comitato Tecnico Strategico HL7 IT |
| **Emesso da: (dc:publisher):** | [HL7 Italia] |

Tabella 1 Dettagli documento

Partecipanti alla redazione 1.0:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Organizzazione** |
| **Responsabile (hl7it:responsible):** | Luca Augello | Lombardia Informatica |
| **Autore (dc:creator):** | Luca Augello | Lombardia Informatica |
| **Contributore (dc:contributor):** | Chiara Penello | Regione Lombardia |
| **Contributore (dc:contributor):** | Francesca Fecchio | Lombardia Informatica |
| **Contributore (dc:contributor):** | Luca Augello | Lombardia Informatica |
| **Contributore (dc:contributor):** | Luigi Pedduzza | Lombardia Informatica |
| **Contributore (dc:contributor):** | Lucia Brambilla | Lombardia Informatica |
| **Contributore (dc:contributor):** | Stefano Van Der Byl | AGID |
| **Contributore (dc:contributor):** | Marco Frassoni | APSS Trento |
| **Contributore (dc:contributor):** | Francesca Vanzo | Consorzio Arsenàl |
| **Contributore (dc:contributor):** | Roberta Borgo | CSI Piemonte |
| **Contributore (dc:contributor):** | Francesco Petruzza | CSI Piemonte |
| **Contributore (dc:contributor):** | Marco Barbieri | CSI Piemonte |
| **Contributore (dc:contributor):** | Marco Devanna | CUP2000 |
| **Contributore (dc:contributor):** | Mara Zavalloni | CUP2000 |
| **Contributore (dc:contributor):** | Stefano Terreni | INSIEL |
| **Contributore (dc:contributor):** | Claudio Cina | INVA |
| **Contributore (dc:contributor):** | Alessandra Bonelli | Laziocrea |
| **Contributore (dc:contributor):** | Roberto De Lorenzi | LiguriaDigitale |
| **Contributore (dc:contributor):** | Antonietta Cavallo | MEF |
| **Contributore (dc:contributor):** | Sara Guerrini | MEF |
| **Contributore (dc:contributor):** | Lidia Di Minco | Ministero della Salute |
| **Contributore (dc:contributor):** | Gandolfo Miserendino | Regione Emilia-Romagna |
| **Contributore (dc:contributor):** | Emanuele Fabrizi | Regione Lazio |
| **Contributore (dc:contributor):** | Franca Tomassi | Regione Liguria |
| **Contributore (dc:contributor):** | Giancarlo Conti | Regione Marche |
| **Contributore (dc:contributor):** | Herbert Sarri | Regione Piemonte |
| **Contributore (dc:contributor):** | Alessandra Morelli | Regione Toscana |
| **Contributore (dc:contributor):** | Cecilia Chiarugi | Regione Toscana |
| **Contributore (dc:contributor):** | Milena Solfiti | Regione Umbria |
| **Contributore (dc:contributor):** | Stefano Fioraso | Regione Valle D'Aosta |
| **Contributore (dc:contributor):** | Giuseppe Zamegno | Regione Veneto |
| **Contributore (dc:contributor):** | Sergio Papiani | USL Centro Toscana |

Tabella 2 Partecipanti alla redazione 1.0

**Partecipanti alla redazione 1.1:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Organizzazione** |
| **Responsabile (hl7it:responsible):** |  |  |
| **Autore (dc:creator):** |  |  |
| **Contributore (dc:contributor):** |  |  |
| **Contributore (dc:contributor):** |  |  |
| **Contributore (dc:contributor):** |  |  |
| **Contributore (dc:contributor):** |  |  |
| **Contributore (dc:contributor):** |  |  |
| **Contributore (dc:contributor):** |  |  |

Tabella 3 Partecipanti alla redazione 1.1

Registro delle modifiche

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Versione** | **Stato** | **Data** | **Commenti** |
| 1.0 | Ballot 01 | 12/01/2018 | Prima emissione ballot |
| 1.0 | Ballot 02 | 30/04/2018 | Seconda emissione ballot |
| 1.0 | Finale | 07/06/2018 | Normativo |
| 1.1 | Ballot 01 | 15/02/2022 | Prima emissione ballot  Include la correzione di alcuni refusi, introduce l’obbligatorietà di alcuni elementi, integra alcuni dettagli che specificano in modo più chiaro lo standard |

Tabella 4 Registro delle modifiche

# Indici

## Indice del documento

[1 Indici 4](#_Toc94827959)

[1.1 Indice del documento 4](#_Toc94827960)

[1.2 Indice delle figure 8](#_Toc94827961)

[1.3 Indice delle tabelle 8](#_Toc94827962)

[2 Introduzione 12](#_Toc94827963)

[2.1 Scopo del Documento 12](#_Toc94827964)

[2.2 Contesto di Riferimento 12](#_Toc94827965)

[2.3 A chi è indirizzato il documento 12](#_Toc94827966)

[2.4 Contributi 12](#_Toc94827967)

[2.5 Riferimenti 13](#_Toc94827968)

[3 Specifiche CDA2 14](#_Toc94827969)

[3.1 Uso dei template 14](#_Toc94827970)

[3.2 Convenzioni 14](#_Toc94827971)

[3.2.1 Requisiti di conformità 14](#_Toc94827972)

[3.2.2 Convenzioni utilizzate 14](#_Toc94827973)

[3.2.3 Esempi XML 15](#_Toc94827974)

[3.2.4 OID di test 16](#_Toc94827975)

[4 CDA HEADER 17](#_Toc94827976)

[4.1 Root del documento: <ClinicalDocument> 17](#_Toc94827977)

[4.1.1 Identificativo CDA2: <typeId> 17](#_Toc94827978)

[4.1.2 Dominio: <realmCode> 17](#_Toc94827979)

[4.1.3 Identificativo del template: <templateId> 18](#_Toc94827980)

[4.1.4 Identificativo del documento: <id> 19](#_Toc94827981)

[4.1.5 Codice del documento: <code> 20](#_Toc94827982)

[4.1.6 Titolo del documento: <title> 21](#_Toc94827983)

[4.1.7 Data di creazione del documento: <effectiveTime> 22](#_Toc94827984)

[4.1.8 Riservatezza del documento: <confidentialityCode> 22](#_Toc94827985)

[4.1.9 Lingua e dominio: <languageCode> 23](#_Toc94827986)

[4.1.10 Versione del documento <setId> e <versionNumber> 24](#_Toc94827987)

[4.1.11 Paziente del documento: <recordTarget> 26](#_Toc94827988)

[4.1.11.1 Paziente soggetto del referto: <patientRole> 27](#_Toc94827989)

[4.1.12 Autore: <author> 37](#_Toc94827990)

[4.1.13 Trascrittore del documento: <dataEnterer> 39](#_Toc94827991)

[4.1.14 Conservazione del documento <custodian> 41](#_Toc94827992)

[4.1.15 Destinatari di una copia del documento: <informationRecipient> 43](#_Toc94827993)

[4.1.16 Firmatario del documento: <legalAuthenticator> 44](#_Toc94827994)

[4.1.17 Validatore: <authenticator> 46](#_Toc94827995)

[4.1.18 Soggetti partecipanti: <participant> 46](#_Toc94827996)

[4.1.18.1 Tecnico di Radiologia 47](#_Toc94827997)

[4.1.18.2 Medico Prescrittore 48](#_Toc94827998)

[4.1.19 Richieste e ordini: <inFulfillmentOf> 50](#_Toc94827999)

[4.1.19.1 Esempio di implementazione: Accession Number 50](#_Toc94828000)

[4.1.19.2 Esempio di implementazione: Identificativo della prescrizione 51](#_Toc94828001)

[4.1.20 Identificativi del documento: <documentationOf> 52](#_Toc94828002)

[4.1.21 Relazione con documenti preesistenti: <relatedDocument> 53](#_Toc94828003)

[4.1.22 Incontro di riferimento: <componentOf> 54](#_Toc94828004)

[5 CDA BODY 58](#_Toc94828005)

[5.1 Sezione DICOM Object Catalog 61](#_Toc94828006)

[5.1.1 section/code 61](#_Toc94828007)

[5.1.2 section/title 61](#_Toc94828008)

[5.1.3 section/entry/act 62](#_Toc94828009)

[5.2 Sezione Quesito Diagnostico 63](#_Toc94828010)

[5.2.1 section/code 63](#_Toc94828011)

[5.2.2 section/title 64](#_Toc94828012)

[5.2.3 section/text 64](#_Toc94828013)

[5.2.4 section/entry 64](#_Toc94828014)

[5.2.4.1 entry/observation 65](#_Toc94828015)

[5.3 Sezione Storia Clinica 66](#_Toc94828016)

[5.3.1 section/code 66](#_Toc94828017)

[5.3.2 section/title 67](#_Toc94828018)

[5.3.3 section/text 67](#_Toc94828019)

[5.3.4 Sezione Anamnesi Familiare 67](#_Toc94828020)

[5.3.4.1 section/code 68](#_Toc94828021)

[5.3.4.2 section/title 68](#_Toc94828022)

[5.3.4.3 section/text 68](#_Toc94828023)

[5.3.4.4 section/entry 69](#_Toc94828024)

[5.3.5 Sezione Anamnesi Patologica Remota 74](#_Toc94828025)

[5.3.5.1 section/code 74](#_Toc94828026)

[5.3.5.2 section/title 74](#_Toc94828027)

[5.3.5.3 section/text 75](#_Toc94828028)

[5.3.5.4 section/entry 75](#_Toc94828029)

[5.3.6 Sezione Anamnesi Patologica Prossima 78](#_Toc94828030)

[5.3.6.1 section/code 78](#_Toc94828031)

[5.3.6.2 section/title 79](#_Toc94828032)

[5.3.6.3 section/text 79](#_Toc94828033)

[5.3.6.4 section/entry 79](#_Toc94828034)

[5.3.7 Sezione Allergie 82](#_Toc94828035)

[5.3.7.1 section/code 83](#_Toc94828036)

[5.3.7.2 section/title 83](#_Toc94828037)

[5.3.7.3 section/text 84](#_Toc94828038)

[5.3.7.4 section/entry 84](#_Toc94828039)

[5.4 Sezione Precedenti Esami Eseguiti 96](#_Toc94828040)

[5.4.1 section/code 96](#_Toc94828041)

[5.4.2 section/title 96](#_Toc94828042)

[5.4.3 section/text 97](#_Toc94828043)

[5.4.4 section/entry 97](#_Toc94828044)

[5.4.4.1 organizer 98](#_Toc94828045)

[5.4.4.2 observation 98](#_Toc94828046)

[5.5 Sezione Esame Eseguito 100](#_Toc94828047)

[5.5.1 section/code 100](#_Toc94828048)

[5.5.2 section/title 101](#_Toc94828049)

[5.5.3 section/text 101](#_Toc94828050)

[5.5.4 section/entry 102](#_Toc94828051)

[5.5.4.1 organizer 102](#_Toc94828052)

[5.5.4.2 component/act 102](#_Toc94828053)

[5.6 Sezione Referto 104](#_Toc94828054)

[5.6.1 section/code 104](#_Toc94828055)

[5.6.2 section/title 105](#_Toc94828056)

[5.6.3 section/text 105](#_Toc94828057)

[5.7 Sezione Conclusioni 105](#_Toc94828058)

[5.7.1 section/code 105](#_Toc94828059)

[5.7.2 section/title 106](#_Toc94828060)

[5.7.3 section/text 106](#_Toc94828061)

[5.8 Sezione Informazioni aggiuntive 106](#_Toc94828062)

[5.8.1 section/code 107](#_Toc94828063)

[5.8.2 section/title 107](#_Toc94828064)

[5.8.3 section/text 107](#_Toc94828065)

[5.9 Sezione Complicanze 108](#_Toc94828066)

[5.9.1 section/code 108](#_Toc94828067)

[5.9.2 section/title 109](#_Toc94828068)

[5.9.3 section/text 109](#_Toc94828069)

[5.9.4 section/entry 109](#_Toc94828070)

[5.9.4.1 organizer 109](#_Toc94828071)

[5.9.4.2 observation 110](#_Toc94828072)

[5.10 Sezione Suggerimenti per il medico prescrittore 111](#_Toc94828073)

[5.10.1 section/code 112](#_Toc94828074)

[5.10.2 section/title 112](#_Toc94828075)

[5.10.3 section/text 113](#_Toc94828076)

[6 Allegati 114](#_Toc94828077)

[6.1 APPENDICE 1: Vocabolari 114](#_Toc94828078)

[6.1.1 Value Set 114](#_Toc94828079)

[6.1.1.1 x\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted 114](#_Toc94828080)

[6.1.1.2 UnknownAllergies 114](#_Toc94828081)

[6.1.1.3 ObservationIntoleranceType DINAMIC 115](#_Toc94828082)

[6.1.1.4 AllergenNoDrugs 116](#_Toc94828083)

[6.1.1.5 ReazioniIntolleranza 116](#_Toc94828084)

[6.1.1.6 ReazioniAllergiche 119](#_Toc94828085)

[6.1.1.7 SeverityObservation 123](#_Toc94828086)

[6.1.1.8 CriticalityObservation 124](#_Toc94828087)

[6.1.1.9 StatoClinicoProblema 124](#_Toc94828088)

[6.2.1.1 EtàInsorgenza 125](#_Toc94828089)

[6.1.1.10 ProblemObservation 125](#_Toc94828090)

[6.1.1.11 RoleCode 126](#_Toc94828091)

[6.1.1.12 AdministrativeGender 126](#_Toc94828092)

[6.2 APPENDICE 2: TABELLA DI SINTESI DEGLI ELEMENTI DEFINITI NEL TEMPLATE 126](#_Toc94828093)

[6.2.1 Anamnesi Familiare (Family History) 126](#_Toc94828094)

## Indice delle figure

[Figura 1 Versionamento del documento usando le funzioni Replace e Append 26](https://sites.ey.com/sites/FSE_PMO_EY-ACN/Shared%20Documents/General/01.%20Best%20In%20Class%20–%20Servizi%20Digitali%20e%20contenuti/04.%20WP4a_Analisi%20e%20definizione%20regole%20tecniche,%20dataset%20CDA2/07.%20WIP/Implementation%20Guide/Referto%20di%20Radiologia/20220203_Implementation%20Guide_Referto%20di%20Radiologia%20v1.1.docx#_Toc94827138)

## Indice delle tabelle

[Tabella 1 Dettagli documento 2](#_Toc94828095)

[Tabella 2 Partecipanti alla redazione 1.0 3](#_Toc94828096)

[Tabella 3 Partecipanti alla redazione 1.1 3](#_Toc94828097)

[Tabella 4 Registro delle modifiche 3](#_Toc94828098)

[Tabella 6 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento typeId 17](#_Toc94828099)

[Tabella 5 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento realmCode 18](#_Toc94828100)

[Tabella 7 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento templateId 18](#_Toc94828101)

[Tabella 8 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 20](#_Toc94828102)

[Tabella 9 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code 21](#_Toc94828103)

[Tabella 10 Dettagli valorizzazione attributi relativo all’elemento translation 21](#_Toc94828104)

[Tabella 11 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento effectiveTime 22](#_Toc94828105)

[Tabella 12 Dettagli valorizzazione dei livelli di confidenzialità secondo lo standard CDA2 23](#_Toc94828106)

[Tabella 13 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento confidentialityCode 23](#_Toc94828107)

[Tabella 14 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento languageCode 23](#_Toc94828108)

[Tabella 15 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento setId 25](#_Toc94828109)

[Tabella 16 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento versionNumber 25](#_Toc94828110)

[Tabella 17 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 27](#_Toc94828111)

[Tabella 18 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 28](#_Toc94828112)

[Tabella 19 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 29](#_Toc94828113)

[Tabella 20 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 29](#_Toc94828114)

[Tabella 21 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 30](#_Toc94828115)

[Tabella 22 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 31](#_Toc94828116)

[Tabella 23 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 31](#_Toc94828117)

[Tabella 24 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 32](#_Toc94828118)

[Tabella 25 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 32](#_Toc94828119)

[Tabella 24 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 33](#_Toc94828120)

[Tabella 25 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 33](#_Toc94828121)

[Tabella 26 Dettagli valorizzazione dei sotto elementi relativi all’elemento addr 35](#_Toc94828122)

[Tabella 27 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag patient 36](#_Toc94828123)

[Tabella 29 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 37](#_Toc94828124)

[Tabella 30 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento time 40](#_Toc94828125)

[Tabella 31 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 40](#_Toc94828126)

[Tabella 33 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag informationRecipitient 44](#_Toc94828127)

[Tabella 34 Dettagli valorizzazione attributo code relativo all’elemento signatureCode 45](#_Toc94828128)

[Tabella 35 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 45](#_Toc94828129)

[Tabella 41 Dettagli valorizzazione attributi elemento id 47](#_Toc94828130)

[Tabella 42 Dettagli valorizazione attributi elemento code 47](#_Toc94828131)

[Tabella 40 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag participant 48](#_Toc94828132)

[Tabella 40 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag participant 50](#_Toc94828133)

[Tabella 43 Valorizzazione priorityCode 52](#_Toc94828134)

[Tabella 44 Dettagli descrizioni codici dell’elemento documentationOf 52](#_Toc94828135)

[Tabella 45 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag documentationOf 53](#_Toc94828136)

[Tabella 47 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id 55](#_Toc94828137)

[Tabella 46 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag componentOf 57](#_Toc94828138)

[Tabella 48 Dettagli delle sezioni del Body del Referto di Radiologia 58](#_Toc94828139)

[Tabella 49 Dettagli della valorizzazione degli attributi relativi all’elemento Code 61](#_Toc94828140)

[Tabella 50 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code 64](#_Toc94828141)

[Tabella 51 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento observation 65](#_Toc94828142)

[Tabella 52 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code 65](#_Toc94828143)

[Tabella 53 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento value 65](#_Toc94828144)

[Tabella 54 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code 66](#_Toc94828145)

[Tabella 55 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code 68](#_Toc94828146)

[Tabella 56 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento relatedSubject 71](#_Toc94828147)

[Tabella 57 Dettagli valorizzazione pseudovariabili relative all’elemento observation 73](#_Toc94828148)

[Tabella 58 Unità di misura età 74](#_Toc94828149)

[Tabella 59 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code 74](#_Toc94828150)

[Tabella 60 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento organizer 76](#_Toc94828151)

[Tabella 61 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento observation 76](#_Toc94828152)

[Tabella 62 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation 77](#_Toc94828153)

[Tabella 63 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code 78](#_Toc94828154)

[Tabella 64 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento organizer 80](#_Toc94828155)

[Tabella 65 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento observation 81](#_Toc94828156)

[Tabella 66 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation 81](#_Toc94828157)

[Tabella 67 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento code 83](#_Toc94828158)

[Tabella 68 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative alle informazioni sulle intolleranze 85](#_Toc94828159)

[Tabella 69 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation 88](#_Toc94828160)

[Tabella 70 Dettaglio valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation 90](#_Toc94828161)

[Tabella 71 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation 93](#_Toc94828162)

[Tabella 72 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation 94](#_Toc94828163)

[Tabella 73 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation 95](#_Toc94828164)

[Tabella 74 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento reference 96](#_Toc94828165)

[Tabella 75 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento code 96](#_Toc94828166)

[Tabella 76 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento organizer 98](#_Toc94828167)

[Tabella 77 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento observation 98](#_Toc94828168)

[Tabella 78 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento code 99](#_Toc94828169)

[Tabella 79 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento value 99](#_Toc94828170)

[Tabella 80 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento effectiveTime 99](#_Toc94828171)

[Tabella 81 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative all’elemento code 100](#_Toc94828172)

[Tabella 82 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento code 101](#_Toc94828173)

[Tabella 83 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento organizer 102](#_Toc94828174)

[Tabella 84 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento act 103](#_Toc94828175)

[Tabella 85 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code 103](#_Toc94828176)

[Tabella 86 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento effectiveTime 103](#_Toc94828177)

[Tabella 87 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relativi all’elemento translation 104](#_Toc94828178)

[Tabella 88 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code 104](#_Toc94828179)

[Tabella 89 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code 106](#_Toc94828180)

[Tabella 90 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code 107](#_Toc94828181)

[Tabella 91 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code 108](#_Toc94828182)

[Tabella 92 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento organizer 110](#_Toc94828183)

[Tabella 93 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento observation 110](#_Toc94828184)

[Tabella 94 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento value 110](#_Toc94828185)

[Tabella 95 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento effectiveTime 111](#_Toc94828186)

[Tabella 96 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation 111](#_Toc94828187)

[Tabella 97 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code 112](#_Toc94828188)

[Tabella 98 Valori ammessi per ActStatus 114](#_Toc94828189)

[Tabella 99 Valori ammessi per UnknownAllergies 115](#_Toc94828190)

[Tabella 100 Valori ammessi per Observation/code (ObservationIntoleranceType) – HL7 116](#_Toc94828191)

[Tabella 101 Valori ammessi per Reazioni Intolleranza 119](#_Toc94828192)

[Tabella 102 Valori ammessi per reazioni allergiche 123](#_Toc94828193)

[Tabella 103 Valori ammessi per severity observation 124](#_Toc94828194)

[Tabella 104 Contenuto da codesystem: ObservationValue [2.16.840.1.113883.5.1063] 124](#_Toc94828195)

[Tabella 105 Valori Ammessi per Stato Clinico Problema 125](#_Toc94828196)

[Tabella 106 Valori ammessi per Età Insorgenza 125](#_Toc94828197)

[Tabella 107 Valori ammessi per Problem Observation 126](#_Toc94828198)

[Tabella 108 Valori ammessi per Administrative Gender 126](#_Toc94828199)

[Tabella 109 Anamnesi Familiare 127](#_Toc94828200)

# Introduzione

## Scopo del Documento

L’obiettivo del presente documento è definire, secondo lo standard HL7 CDA Rel 2.0, una guida all’implementazione per il CDA per i Referti di Radiologia che sia valida nel contesto italiano.

## Contesto di Riferimento

Il documento in oggetto è la localizzazione italiana delle specifiche per l’implementazione del documento clinico Referti di Radiologia secondo lo standard HL7 V3, CDA Rel. 2. Tale documento intende fornire un supporto alla creazione di un Header e di un Body CDA strutturato per la tipologia di documento clinico in oggetto al fine di facilitare lo scambio di informazioni fra i vari attori che concorrono ai percorsi di cura dei pazienti.

Il Referto di Radiologia è un documento che riassume i risultati di tutte le indagini afferenti alla specialità radiologica, attestando quanto effettuato per l’inquadramento diagnostico e terapeutico.

Il Referto di Radiologia può essere indirizzato sia allo Specialista sia al Medico di Medicina Generale. Può essere richiesto come accertamento diagnostico per un paziente non ricoverato, ma anche come consulenza interna tra specialisti.

## 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. 1, Rif. 8).

## Contributi

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

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

Il documento Referto di Radiologia rientra tra i documenti clinici oggetto del lavoro del Gruppo 1.

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

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

## 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. Identificazione OID HL7 Italia, Versione 2.0, 26/05/2009.
6. Dominio AMPRPA Person Topic: Specifica di Localizzazione Italiana V 1.0.
7. Dominio AMPRPA Patient 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. HL7 Standard for CDA® Release 2: Imaging Integration; Basic Imaging Reports in CDA and DICOM, Release 1, March 2009
10. DPCM-FSE Regolamento in materia di FSE DPCM 29.09.2015 n. 178” GU n.263 del 11/11/2015
11. DPCM 29 settembre 2015 n. 178
12. Legge di stabilità 2017 (del 11 dicembre 2016 n. 232)
13. Nota Garante 21 febbraio 2017
14. Link ambiente di lavoro HL7 italia
15. Art Decor value set: [HL7 Italy - Value Sets (art-decor.org)](https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.2)

# Specifiche CDA2

## Uso dei template

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

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

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

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

## Convenzioni

### Requisiti di conformità

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

**CONF-RAD-NNN:** Requisito di conformità numero NNN.

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

### 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-3). 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**”).

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

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

In linea generale, per tutto quanto non espressamente specificato nella guida, sarà sempre possibile far riferimento ai documenti più generali come “HL7 Clinical Document Architecture, Release 2- 4/21/2005.” e Linee Guida per la Localizzazione HL7 Header CDA Rel. 2 (IT Realm) V. 1.0.

### Esempi XML

Gli esempi xml saranno riportati nel documento in Courier New 10. Alcune porzioni degli xml di esempio potranno essere omesse per semplicità, in tal caso si utilizzerà la notazione seguente:

<ClinicalDocumentxmlns="urn:hl7-org:v3">

**…**

</ClinicalDocument>

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

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

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

<idroot="2.16.840.1.113883.2.9.[ANAG\_REG\_OPT]" extension="[CODICE\_REGIONALE]"/>

### 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.

# CDA HEADER

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

## Root del documento: <ClinicalDocument>

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

<ClinicalDocument xsi:schemaLocation="urn:hl7-org:v3 CDA.xsd"

xmlns="urn:hl7-org:v3"

xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema- instance">

…

</ClinicalDocument>

### Identificativo CDA2: <typeId>

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

1. La componente root dell’elemento *<ClinicalDocument>/<typeId>* **DEVE** assumere il valore costante 2.16.840.1.113883.1.3
2. La componente dell’elemento *<ClinicalDocument>/<typeId>* **DEVE** assumere il valore costante POCD\_HD000040.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| root | "2.16.840.1.113883.1.3" | Object Identifier di HL7 per i modelli registrati. |
| extension | "POCD\_HD000040" | Codifica identificativa del "CDA Release Two Hierarchical Description" che è lo schema che contiene la gerarchia delle classi di un documento CDA. |

Tabella 6 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento typeId

Esempio di implementazione:

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

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8

### Dominio: <realmCode>

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

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

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*.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "IT" | Definisce l'id di contesto per l'Italia. |

Tabella 5 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento realmCode

Segue codice XML corrispondente:

<realmCode code ="IT"/>

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

### Identificativo del template: <templateId>

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

L'elemento <templateId> (di tipo HL7 Instance Identifier) è composto da un attributo root che riporta un codice OID, un attributo extension che riporta un codice specifico.

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| root | 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.7.1 | Radice del template Referto di Radiologia nel contesto italiano. |
| extension | Versione del Template. | Identificativo del template descritto nel presente documento. |

Tabella 7 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento templateId

Esempio di implementazione:

<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.7.1" extension="1.1"/>

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. Il documento **DEVE** contenere almeno un elemento *ClinicalDocument*/*templateId.* Per l’aderenza a questa guida, l'attributo *@root* di almeno un elemento ClinicalDocument/templateId **DEVE** essere valorizzato con "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.7.1 " ed il relativo attributo @*extension* **DEVE** essere valorizzato con “1.1”.

Nel caso in cui ci sia l’esigenza di introdurre ulteriori vincoli al template definito precedentemente (template HL7 Italia), si **POSSONO** utilizzare ulteriori elementi *ClinicalDocument/templateId*. L’istanza di *ClinicalDocument/templateId* obbligatoria rappresenta il riferimento al template di HL7 Italia descritto nel presente documento ed avente valenza nazionale; ulteriori istanze di *ClinicalDocument/templateId* identifica i riferimenti ad eventuali template che rappresentano dei raffinamenti rispetto al template Referto di Radiologia HL7 Italia.

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8

### Identificativo del documento: <id>

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

L’identificativo del documento non è il numero del referto di radiologia.

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

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

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

1. Il documento **DEVE** contenere uno e non più di un elemento *<ClinicalDocument>/<id>.*
2. L'elemento *<ClinicalDocument>/<id>* **DEVE** riportare l'attributo @*root* valorizzato con un identificativo – riconosciuto pubblicamente – che **DEVE** garantire l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale, l'attributo @*extension* che contiene l'identificativo dell'*id* all'interno del dominio di identificazione.
3. L'elemento <ClinicalDocument>/<id> **DOVREBBE** riportare l'attributo *assigningAuthorityName* valorizzato con il nome dell’organizzazione responsabile per il dominio di identificazione dei documenti

Esempio di implementazione:

<id root="[OID\_STRUTTURA\_COMPETENZA]" extension="[EXTENSION\_ID]" assigningAuthorityName="[NOME\_STRUTTURA\_COMPETENZA]"/>

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| **r**oot | [OID\_STRUTTURA\_  COMPETENZA] | Identificativo univoco del dominio di identificazione dei documenti (ad es. può indicare l'ASL di competenza del documento). Tale identificativo – riconosciuto pubblicamente – garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale. |
| extension | [EXTENSION\_ID] | Identificativo univoco documento.  Generato dal client dell'autore secondo regole condivise, in modo da evitare collisioni all'interno del medesimo dominio di competenza (es. ASL/AO/Regione di competenza). |
| assigningAuthorityName | [NOME\_STRUTTURA\_  COMPETENZA] | Nome del dominio di identificazione dei documenti (es. ASL/AO/Regione di competenza). |

Tabella 8 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8

### Codice del documento: <code>

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

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

Il valore **DEVE** fare riferimento al sistema di codifica LOINC.

Nel seguito si farà esplicito riferimento al sistema di codifica LOINC. In particolare, si dovrà utilizzare il codice LOINC "68604-8 – Referto Radiologico” per identificare il documento clinico strutturato Referto di Radiologia (RAD).

1. L’elemento *ClinicalDocument/code* **DEVE** essere valorizzato come segue:

* *code* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere il valore costante *68604-8*;
* *codeSystem* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo UID (Unique Identifier Character String) rappresenta l’OID del sistema di codifica LOINC che **DEVE** assumere il valore costante *2.16.840.1.113883.6.1*;
* *codeSystemName* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere il valore costante *LOINC*;
* *codeSystemVersion* (**OPZIONALE**) Tale attributo di tipo ST (Character String) rappresenta la versione del vocabolario LOINC di riferimento (es. 2.19);
* *displayName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) viene valorizzato con la descrizione del codice del Referto Radiologico presentato agli utenti che, se presente, **PUÒ** assumere il valore "*Referto Radiologico*".

Esempio di implementazione:

<code code="68604-8" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="Referto Radiologico"/>

L'elemento <code> è composto dagli attributi seguenti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | “68604-8” | Codice relativo alla tipologia di documento trattata (Referto di Radiologia). |
| codeSystem | "2.16.840.1.113883.6.1" | OID del sistema di codifica dei codici di documento LOINC. |
| codeSystemName | "LOINC" | Nome del vocabolario. |
| codeSystemVersion | [Versione Loinc] | Versione del vocabolario. |
| displayName | "Referto Radiologico" | Nome o titolo descrittivo del codice con cui è visualizzato dal sistema all'utente. |

Tabella 9 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code

Per indirizzare le problematiche di mapping della codifica LOINC di *ClinicalDocument/code* in un altro sistema di codifica, ad esempio un sistema di codifica locale, si rimanda all’uso di *code/translation*.

<code code="68604-8" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="Referto Radiologico">

<translation code=”[CODICE\_LOCALE]” codeSystem=”[OID\_SISTEMA\_CODIFICA]” codeSystemName="[DESCRIZIONE\_SISTEMA\_CODIFICA]" displayName="Referto Radiologico"/>

<code/>

Il tag <translation> verrà valorizzato come segue:

| Attributo | Valore | Dettagli |
| --- | --- | --- |
| code | [CODICE\_LOCALE] | Codifica locale associata alla tipologia documentale |
| codeSystem | [OID\_SISTEMA\_CODIFICA] | OID associalo al sistema di codifica |
| displayName | [DESCRIZIONE\_SISTEMA\_CODIFICA] | Nome del sistema di codifica locale |

Tabella 10 Dettagli valorizzazione attributi relativo all’elemento translation

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8

### Titolo del documento: <title>

*ClinicalDocument/title* è un elemento **OPZIONALE** e rappresenta il titolo del documento CDA.

<title>REFERTO RADIOLOGICO</title>

### Data di creazione del documento: <effectiveTime>

Elemento **OBBLIGATORIO** che indica la data di creazione del documento CDA. L'elemento <effectiveTime> rappresenta un instante temporale (datatype Time Stamp (TS)).

1. Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *<ClinicalDocument>/<effectiveTime>.*
2. L'elemento *<ClinicalDocument>/<effectiveTime>* **DEVE** riportare l'attributo value valorizzato nel formato [YYYYMMDDHHMMSS+|-ZZZZ] ed una lunghezza uguale a 19.

Esempio di implementazione:

<effectiveTime value="20050729183023+0100"/>

Nel caso del Referto di Radiologia, l'elemento **DEVE** essere valorizzato tramite un tipo Time Stamp (TS) come presentato di seguito:

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

Tabella 11 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento effectiveTime

### Riservatezza del documento: <confidentialityCode>

*ClinicalDocument/confidentialityCode* è un elemento **OBBLIGATORIO** e rappresenta il livello di riservatezza del documento CDA.

1. Il documento **DEVE** contenere l’elemento *ClinicalDocument/confidentialityCode*
2. L’attributo ClinicalDocument/confidentialityCode/@codeSystem, individua l’OID del sistema di codifica e **DEVE** essere valorizzato con “2.16.840.1.113883.5.25”.
3. L’attributo ClinicalDocument/confidentialityCode/@code, indica il codice di riservatezza del documento. I **POSSIBILI** valori sono “N” Normal, “V” Very Restricted
4. L’attributo ClinicalDocument/confidentialityCode/@codeSystemName, indica il nome del sistema di codifica utilizzato. L’attributo, se presente, **DEVE** essere valorizzato con “HL7 Confidentiality

Il Value Set del *ConfidentialityCode*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Codice | Display Name | Descrizione Utilizzo |
| **N** | Normal | Questo livello di riservatezza può essere associato a documenti che contengono dati sanitari di varia natura. Solo individui autorizzati, possono accedere a questo documento. |
| **V** | Very restricted | Questo livello di riservatezza può essere associato a documenti che contengono dati sanitari fortemente confidenziali.  Ricadono in questa categoria tutti i documenti contenenti dati a maggior tutela dell’anonimato. Accesso molto ristretto. L'accesso al documento viene permesso solo all'individuo che legalmente detiene il record dell’assistito |

Tabella 12 Dettagli valorizzazione dei livelli di confidenzialità secondo lo standard CDA2

Esempio di implementazione:

<confidentialityCode code="N" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25" codeSystemName="HL7 Confidentiality" displayName="Normal"/>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | N oppure V | Regole di riservatezza. |
| codeSystem | 2.16.840.1.113883.5.25 | OID codifica. |
| codeSystemName | HL7 Confidentiality | Nome della codifica. |

Tabella 13 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento confidentialityCode

L’informazione riportata nel tag *confidentialityCode* non sarà estratta e utilizzata a livello di metadati.

Le impostazioni inerenti all’oscuramento e alla consultazione del documento verranno definite a livello di servizi.

### Lingua e dominio: <languageCode>

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

L'elemento <languageCode> rappresenta un codice conforme alle specifiche dell'***IETF (Internet Engineering Task Force) RFC 3066***  [IETF (Internet Engineering Task Force) RFC 3066](http://www.ietf.org/rfc/rfc3066.txt) (OID:2.16.840.1.113883.6.121).

1. Il documento **DEVE** contenere uno e non più di un elemento <ClinicalDocument>/<languageCode>.
2. L'elemento <ClinicalDocument>/<languageCode> **DEVE** riportare l'attributo code valorizzato con "it-IT".

Nel caso del Referto di Radiologia, l'elemento **DEVE** essere così valorizzato:

<languageCode code="it-IT"/>

Composizione di <languageCode>:

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

Tabella 14 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento languageCode

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8

### Versione del documento <setId> e <versionNumber>

Elementi **OBBLIGATORI[[3]](#footnote-4)** che consentono di gestire le revisioni del documento, o di suoi eventuali addendum integrativi.

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

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

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

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

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

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

1. Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *<ClinicalDocument>/<setId>.*
2. L'elemento *<ClinicalDocument>/<setId>* **DEVE** riportare:

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

1. L'elemento *<ClinicalDocument>/<setId>* **DOVREBBE** riportare l'attributo assigningAuthorityName valorizzato con il nome dell’organizzazione responsabile per il dominio di identificazione dei documenti.
2. Se l'elemento *<ClinicalDocument>/<relatedDocument>* manca, l'elemento *<ClinicalDocument>/<setId>* **DEVE** riportare l'attributo root valorizzato come *<ClinicalDocument>/<id>/@root*, l'attributo extension valorizzato come *<ClinicalDocument>/<id>/@extensio],* l'attributo assigningAuthorityName valorizzato come *<ClinicalDocument>/<id>/@assigningAuthorityName.*
3. Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *<ClinicalDocument>/<versionNumber>* valorizzato con un intero positivo a partire dal numero 1. La progressione delle versioni incrementerà il numero di versione di 1 (sequenza delle versioni densa).

Di seguito viene riportata la struttura dei tag <setId> e <versionNumber>:

<setId root="[OID\_STRUTTURA\_COMPETENZA]" extension="[EXTENSION\_ID]" displayable="true" assigningAuthorityName="[NOME\_STRUTTURA\_COMPETENZA]"/>

<versionNumber value="[VERSIONE\_DOCUMENTO]"/>

Nella seguente tabella sono definiti gli attributi del tag <setId>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Attributo** | **Valore** | **Dettagli** |
| root | [OID\_STRUTTURA\_  COMPETENZA] | Identificativo univoco del dominio di identificazione dei documenti (ad es. può indicare l'ASL di competenza del documento). Tale identificativo – riconosciuto pubblicamente – garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale. |
| extension | [EXTENSION\_ID] | Identificativo univoco documento.  Generato dal client dell'autore secondo regole condivise, in modo da evitare collisioni all'interno del medesimo dominio di competenza (es. ASL/AO/Regione di competenza). |
| assigningAuthorityName | [NOME\_STRUTTURA\_  COMPETENZA] | Nome del dominio di identificazione dei documenti (es. ASL/AO/Regione di competenza). |

Tabella 15 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento setId

Nella seguente tabella sono definiti gli attributi del tag <versionNumber>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| Value | [VERSIONE\_DOCUMENTO] | Ad ogni successiva versione del documento, in caso di sostituzione, tale numero deve essere incrementato di una unità (partendo da 1). |

Tabella 16 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento versionNumber

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8

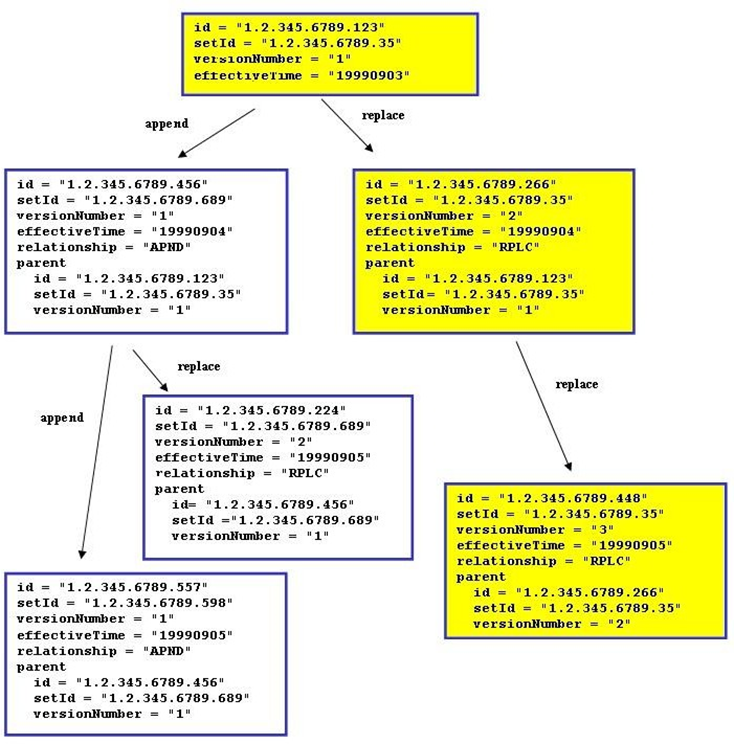


Figura 1 Versionamento del documento usando le funzioni Replace e Append

### Paziente del documento: <recordTarget>

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

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

1. Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento <ClinicalDocument>/<recordTarget>.

Per il Referto di Radiologia l'elemento deve pertanto essere strutturato come mostrato di seguito.

<recordTarget>

<patientRole>

<patient>

…

</patient>

</patientRole>

</recordTarget>

#### Paziente soggetto del referto: <patientRole>

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

1. <ClinicalDocument>/<recordTarget> **DEVE** contenere uno ed un solo elemento patientRole.

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

* Cittadino italiano o straniero residente, iscritto SSN (Codice Fiscale)
* Soggetti assicurati da istituzioni estere (TEAM);
* Europei non iscritti al SSN (ENI)
* Stranieri Temporaneamente Presenti (STP);
* Codice ANA [[4]](#footnote-5)

**Cittadino italiano o straniero residente, iscritto SSN (Codice Fiscale)**

<patientRole> **DEVE** riportare un elemento di tipo <id> contenente il Codice Fiscale (**OBBLIGATORIO**) e un ulteriore elemento <id> (**OBBLIGATORIO**) contenente il numero di identificazione dell’assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini (come indicato tra le premesse il null flavour è ammesso ove l’informazione non sia disponibile).

**Primo** <id>

Codice fiscale del paziente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| root | "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" | OID del Ministero dell'Economia e delle Finanze. |
| extension | [CODICE\_FISCALE] | Codice fiscale del paziente. |
| assigningAuthorityName | "Ministero Economia e Finanze" | Ministero dell'Economia e delle Finanze. |

Tabella 17 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

Esempio di implementazione primo <*id*>:

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.4.3.2" extension="[CODICE\_FISCALE]"

assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>

**Secondo** <id>:

Numero di identificazione dell’assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini associate al referto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| root | [OID\_SPAZIO\_IDENTIFICAZIONE  \_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS] | OID dello spazio di identificazione usato nell’Azienza che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini. |
| extension | [NUMERO\_IDENTIFICATIVO  \_PERSONALE] | Il numero di identificazione dell’assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini. |
| assigningAuthorityName | [NOME\_SPAZIO\_IDENTIFICAZIONE  \_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS] | Nome dello spazio di identificazione usato nell’Azienza che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini. |

Tabella 18 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

Esempio di implementazione secondo *<id>:*

<id root="[OID\_SPAZIO\_IDENTIFICAZIONE\_\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"

extension="[NUMERO\_IDENTIFICATIVO\_\_PERSONALE]"

assigningAuthorityName="[NOME\_SPAZIO\_IDENTIFICAZIONE\_

AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"/>

Esempio di implementazione che include i due *<id>:*

<recordTarget>

<patientRole>

id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.4.3.2"

extension="[CODICE\_FISCALE]"

assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>

<id root="[OID\_SPAZIO\_IDENTIFICAZIONE\_\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"

extension="[NUMERO\_IDENTIFICATIVO\_\_PERSONALE]"

assigningAuthorityName="[NOME\_SPAZIO\_IDENTIFICAZIONE\_

AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"/>

</patientRole>

</recordTarget>

**Soggetti assicurati da istituzioni estere (TEAM)**

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

* Il numero di identificazione della Tessera TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia).
* Il numero di identificazione Personale TEAM;
* Il numero di identificazione dell’assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini.

**Primo** <id>:

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

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

Tabella 19 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

Esempio di implementazione primo *<id>:*

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.7"

extension="NLD.096074309.80528070070000000001"

assigningAuthorityName="[ISTITUZIONE\_ESTERA]"/>

**Secondo** <id>:

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

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

Tabella 20 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

Esempio di implementazione secondo *<id>:*

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.3"

extension="NLD.4637465980125364"

assigningAuthorityName="[ISTITUZIONE\_ESTERA]"/>

**Terzo** <id>:

Numero di identificazione dell’assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini associate al referto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| root | [OID\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS] | OID dell’azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini. |
| extension | [NUMERO\_IDENTIFICATIVO  \_PERSONALE] | Il numero di identificazione dell’assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini. |
| assigningAuthorityName | [NOME\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS] | Nome dell’azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini. |

Tabella 21 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

Esempio di implementazione terzo <id>:

<id root="[OID\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"

extension="[NUMERO\_IDENTIFICATIVO\_\_PERSONALE]"

assigningAuthorityName="[NOME\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"/>

Esempio di implementazione che include i tre *<id>:*

<recordTarget>

<patientRole>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.7"

extension="NLD.096074309.80528070070000000001"

assigningAuthorityName="[ISTITUZIONE\_ESTERA]"/>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.3"

extension="NLD.4637465980125364"

assigningAuthorityName="[ISTITUZIONE\_ESTERA]"/>

<id root="[OID\_SPAZIO\_IDENTIFICAZIONE\_\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"

extension="[NUMERO\_IDENTIFICATIVO\_\_PERSONALE]"

assigningAuthorityName="[NOME\_SPAZIO\_IDENTIFICAZIONE\_

AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"/>

</patientRole>

</recordTarget>

**Europei non iscritti al SSN (ENI)**

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

<patientRole> **DEVE** riportare un elemento di tipo <id> contenente il codice identificativo ENI (**OBBLIGATORIO**) e un ulteriore elemento <id> (**OBBLIGATORIO**) contenente il numero di identificazione dell’assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini.

**Primo** <id>

1. Nel caso in cui il codice ENI venga assegnato a livello nazionale, il tag patientRole/id/@root **DEVE** essere valorizzato con il seguente codice [2.16.840.1.113883.2.9.4.3.18]
2. Nel caso in cui il codice ENI venga assegnato a livello regionale, il tag patientRole/id/@root **DEVE** essere valorizzato con l’OID locale dell’organizzazione che ha rilasciato il codice identificativo

Codice identificativo ENI.

| Attributo | Valore | Dettagli |
| --- | --- | --- |
| root | [OID\_ENI] | L’OID identificato per rappresentare l’informazione dell’ENI |
| extension | [CODICE\_IDENTIFICATIVO\_  ENI\_ASSEGNATO] | Valore cifrato secondo le specifiche MEF. Codice ENI di 16 caratteri assegnato al cittadino europeo non iscritto al SSN e non provvisto di TEAM. Deve iniziare con la stringa "ENI". |
| assigningAuthorityName | [NOME\_ORGANIZZAZIONE] | Nome dell’organizzazione che ha rilasciato il codice identificativo |

Tabella 22 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

Esempio di implementazione primo <id>:

<id root="[OID\_ENI]”

extension="[CODICE\_IDENTIFICATIVO\_ENI\_ASSEGNATO]"

assigningAuthorityName="[NOME\_ORGANIZZAZIONE]"/>

**Secondo** <id>:

Numero di identificazione nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini associate al referto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| root | [OID\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS] | OID dell’azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini. |
| extension | [NUMERO\_  IDENTIFICATIVO\_PERSONALE] | Il numero di identificazione dell’assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini. |
| assigningAuthorityName | [NOME\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS] | Nome dell’azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini. |

Tabella 23 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

Esempio di implementazione secondo <id>:

<id root="[OID\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"

extension="[NUMERO\_IDENTIFICATIVO\_\_PERSONALE]"

assigningAuthorityName="[NOME\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"/>

Esempio di implementazione che include i due *<id>:*

<recordTarget>

<patientRole>

<id root="[OID\_ENI]” extension="[CODICE\_IDENTIFICATIVO\_ENI\_ASSEGNATO "

assigningAuthorityName="[NOME\_ORGANIZZAZIONE]"/>

<id root="[OID\_SPAZIO\_IDENTIFICAZIONE\_\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"

extension="[NUMERO\_IDENTIFICATIVO\_\_PERSONALE]"

assigningAuthorityName="[NOME\_SPAZIO\_IDENTIFICAZIONE\_

AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"/>

</patientRole>

</recordTarget>

**Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)**

<patientRole> **DEVE** riportare un elemento di tipo <id> contenente il codice identificativo STP (**OBBLIGATORIO**) e un ulteriore elemento <id> (**OBBLIGATORIO**) contenente il numero di identificazione dell’assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini.

**Primo** <id>:

1. Nel caso in cui il codice **STP** venga assegnato a livello nazionale, il tag patientRole/id/@root **DEVE** essere valorizzato con il seguente codice [2.16.840.1.113883.2.9.4.3.17]
2. Nel caso in cui il codice **STP** venga assegnato a livello regionale, il tag patientRole/id/@root **DEVE** essere valorizzato con l’OID locale dell’organizzazione che ha rilasciato il codice identificativo

Codice identificativo STP.

| Attributo | Valore | Dettagli |
| --- | --- | --- |
| root | [OID\_STP] | L’OID identificato per rappresentare l’informazione dell’STP |
| extension | [CODICE\_IDENTIFICATIVO  \_STP\_ASSEGNATO] | Codice STP di 16 caratteri assegnato allo straniero temporaneamente presente. Deve iniziare con la stringa "STP". |
| assigningAuthorityName | [NOME\_ORGANIZZAZIONE] | Nome dell’organizzazione che ha rilasciato il codice identificativo |

Tabella 24 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

Esempio di implementazione primo <id>:

<id root="[OID\_STP]"

extension="[CODICE\_IDENTIFICATIVO\_STP\_ASSEGNATO]

assigningAuthorityName="[NOME\_ORGANIZZAZIONE]"/>

**Secondo** <id>:

Numero di identificazione nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini associate al referto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| root | [OID\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS] | OID dell’azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini. |
| extension | [NUMERO\_IDENTIFICATIVO\_  PERSONALE] | Il numero di identificazione dell’assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini. |
| assigningAuthorityName | [NOME\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS] | Nome dell’azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini. |

Tabella 25 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

Esempio di implementazione secondo <id>:

<id root="[OID\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]" extension="[NUMERO\_IDENTIFICATIVO\_PERSONALE]" assigningAuthorityName="[NOME\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"/>

Esempio di implementazione che include i due *<id>:*

<recordTarget>

<patientRole>

<id root="[OID\_STP]"

extension="[CODICE\_IDENTIFICATIVO\_STP\_ASSEGNATO]

assigningAuthorityName="[NOME\_ORGANIZZAZIONE]"/>

<id root="[OID\_SPAZIO\_IDENTIFICAZIONE\_\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"

extension="[NUMERO\_IDENTIFICATIVO\_\_PERSONALE]"

assigningAuthorityName="[NOME\_SPAZIO\_IDENTIFICAZIONE\_

AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"/>

</patientRole>

</recordTarget>

**Codice Anagrafica Nazionale degli Assistiti (ANA)**

<patientRole> **DEVE** riportare un elemento di tipo <id> contenente il codice identificativo ANA (**OBBLIGATORIO**) e un ulteriore elemento <id> (**OBBLIGATORIO**) contenente il numero di identificazione dell’assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini.

**Primo** <id>:

1. Il tag patientRole/id/@root che identifica il codice ANA, DEVE essere valorizzato con il seguente OID [2.16.840.1.113883.2.9.4.3.15]

Codice identificativo ANA.

| Attributo | Valore | Dettagli |
| --- | --- | --- |
| root | [OID\_ANA] | L’OID identificato per rappresentare l’informazione dell’ANA |
| extension | [CODICE\_ANA\_ASSEGNATO] | Codice ANA |
| assigningAuthorityName | [NOME\_ORGANIZZAZIONE] | Nome dell’organizzazione che ha rilasciato il codice identificativo |

Tabella 24 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

Esempio di implementazione:

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.17”

extension=" CODICE\_ANA\_ASSEGNATO "

assigningAuthorityName="[NOME\_ORGANIZZAZIONE]"/>

**Secondo** <id>:

Numero di identificazione nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini associate al referto.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| root | [OID\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS] | OID dell’azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini. |
| extension | [NUMERO\_  IDENTIFICATIVO\_PERSONALE] | Il numero di identificazione dell’assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini. |
| assigningAuthorityName | [NOME\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS] | Nome dell’azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini. |

Tabella 25 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

Esempio di implementazione:

<id root="[OID\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]" extension="[NUMERO\_IDENTIFICATIVO\_PERSONALE]" assigningAuthorityName="[NOME\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"/>

Esempio di implementazione che include i due *<id>:*

<recordTarget>

<patientRole>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.17”

extension=" CODICE\_ANA\_ASSEGNATO "

assigningAuthorityName="[NOME\_ORGANIZZAZIONE]"/>

<id root="[OID\_SPAZIO\_IDENTIFICAZIONE\_\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"

extension="[NUMERO\_IDENTIFICATIVO\_\_PERSONALE]"

assigningAuthorityName="[NOME\_SPAZIO\_IDENTIFICAZIONE\_

AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"/>

</patientRole>

</recordTarget>

Il tag <addr> è **OPZIONALE** ed è utilizzato per codificare l’indirizzo del paziente. Se presente all’interno del seguente tag **PUÒ** essere inserito l’indirizzo di residenza, domicilio o l’indirizzo a cui spedire il Referto Radiologico.

Si osserva che, nell’elemento *addr*, l’attributo *@use* **DEVE** essere valorizzato con i valori seguenti:

* per indicare l’indirizzo di domicilio: @use =”HP” (primary home);
* per indicare l’indirizzo di residenza: @use =”H” (home);
* per indicare un indirizzo temporaneo: @use =”TMP” (temporary address).

La struttura del tag <addr> prevede:

* un tag <country> identifica il codice dello stato di residenza o domicilio o indirizzo temporaneo del paziente. L’elemento è **OBBLIGATORIO**.
* un tag <state> identifica il codice della regione; di residenza o domicilio o indirizzo temporaneo del paziente. L’elemento è **OPZIONALE.**
* un tag <county> identifica la sigla della provincia; di residenza o domicilio o indirizzo temporaneo del paziente**.** L’elemento è **OPZIONALE.**
* un tag <city> identifica la descrizione del comune di residenza o domicilio o indirizzo temporaneo del paziente. L’elemento è **OBBLIGATORIO**.
* un tag <censusTract> identifica il codice ISTAT del comune di residenza o domicilio o indirizzo temporaneo del paziente. L’elemento è **OPZIONALE**
* un tag <postalCode> identifica il CAP di residenza o domicilio o indirizzo temporaneo del paziente. L’elemento è **OPZIONALE**
* un tag <streetAddressLine> identifica l’indirizzo di residenza o domicilio o indirizzo temporaneo del paziente. L’elemento è **OBBLIGATORIO**.

Esempio di implementazione:

<patientRole classCode="PAT">

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="[CF\_PAZIENTE]" displayable="true" assigningAuthorityName="MEF"/>

<id root="[OID\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]" extension="[NUMERO\_IDENTIFICATIVO\_PERSONALE]" assigningAuthorityName="[NOME\_AZIENDA\_CUSTODE\_PACS]"/>

<addr use="H">

<country>[COD\_STATO\_RECAPITO\_PAZIENTE]</country>

<state>[COD\_REGIONE\_RECAPITO\_PAZIENTE]</state>

<county>[COD\_PROVINCIA\_RECAPITO\_PAZIENTE]</county>

<city>[DESC\_COMUNE\_RECAPITO\_PAZIENTE]</city>

<censusTract>[COD\_COMUNE\_RECAPITO\_PAZIENTE]</censusTract>

<postalCode>[COD\_CAP\_RECAPITO\_PAZIENTE]</postalCode>

<streetAddressLine>[DESC\_INDIRIZZO\_RECAPITO\_PAZIENTE]

</streetAddressLine>

</addr>

<addr use="HP">

...

</addr>

<addr use="TMP">

...

</addr>

...

<patient>

</patient>

</patientRole>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Valore | Variabile | Dettagli |
| Country | [COD\_STATO\_RECAPITO\_PAZIENTE] | Codifica dello stato |
| State | [COD\_REGIONE\_RECAPITO\_PAZIENTE] | Codice identificativo della regione |
| County | [COD\_PROVINCIA\_RECAPITO\_PAZIENTE] | Sigla della provincia di residenza o domicilio  Stringa 2 caratteri. |
| City | [DESC\_COMUNE\_RECAPITO\_PAZIENTE] | Descrizione Comune di residenza o domicilio |
| CensusTract | [COD\_COMUNE\_RECAPITO\_PAZIENTE] | Codice ISTAT Comune di residenza o domicilio Rif:(http://www.istat.it/strumenti/definizioni/). |
| PostalCode | [COD\_CAP\_RECAPITO\_PAZIENTE] | CAP di residenza o domicilio |
| streetAddressLine | [DESC\_INDIRIZZO\_RECAPITO\_PAZIENTE] | Descrizione indirizzo di residenza o domicilio |

Tabella 26 Dettagli valorizzazione dei sotto elementi relativi all’elemento addr

Il tag <telecom> **OPZIONALE**, riporta il numero di telefono del paziente, il suo indirizzo e-mail, 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/e-mail Casa; *“WP”* Telefono/e-mail Ufficio; *“MC”* Cellulare (contatto mobile).

Esempi di implementazione:

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

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

L’indirizzo di PEC è trattato come una comune e-mail.

L’entità *recordTarget/patientRole/patient* è un elemento **OBBLIGATORIO** che contiene i dati anagrafici del soggetto della prestazione.

1. Il documento **DEVE** contenere l’elemento *recordTarget/patientRole/patient.*

Al suo interno **DEVE** essere presente un elemento **OBBLIGATORIO** <*name*> contenente nome e cognome del paziente identificati rispettivamente dai tag **OBBLIGATORI** <*given*> e <*family*>. Non **PUÒ** essere utilizzato il *nullFlavor* per indicare l’indisponibilità del dato.

1. L’elemento *patientRole/patient* **DEVE** contenere l’elemento *patient/administrativeGenderCode* (sesso).

L’elemento **OBBLIGATORIO** *patient/administrativeGenderCode* contiene al suo interno gli attributi:

* *@code*: che identifica il sesso dichiarato del paziente;
* *@codeSystem*: che riporta l’OID fisso “*2.16.840.1.113883.5.1*”;
* *@codeSystemName*: che riporta la stringa fissa “*HL7 AdministrativeGender*”

L’elemento *patientRole/patient* **OBBLIGATORIO** contenere l’elemento *patient/birthTime* (data di nascita).

L’elemento **OBBLIGATORIO** *<birthTime>* identifica la data di nascita del paziente.

1. L’elemento *patientRole/patient* **PUÒ** contenere l’elemento *patient/birthPlace/place/addr* che riporta del luogo di nascita dell’assistito.
2. **SE** il paziente è nato in italia ED è presente l’elemento *<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<birthPlace*> (luogo di nascita) **ALLORA** tale elemento **DEVE** includere l’elemento *censusTract*, per il codice del comune di nascita, e l’elemento city, per il nome del comune di nascita.

<patient>

<name>

<family>[COGNOME\_PAZIENTE]</family>

<given>[NOME\_PAZIENTE]</given>

</name>

<administrativeGenderCode code="F" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1" codeSystemName="HL7 AdministrativeGender" displayName="FEMMINA"/>

<birthTime value="[DATA\_NASCITA\_PAZIENTE]"/>

<birthplace>

**...**

</birthplace>

</patient>

Nella seguente tabella viene riportata la definizione delle pseudo variabili utilizzate

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Valore | Tipo | Dettagli |
| [COGNOME\_PAZIENTE] | ST | Cognome del paziente |
| [NOME\_PAZIENTE] | ST | Nome del paziente |
| [DATA\_NASCITA\_PAZIENTE] | TS | Data di nascita del paziente |

Tabella 27 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag patient

Nel caso di assistito minore, l’entità *recordTarget/patientRole/patient* **PUÒ** contenere anche l’elemento *<guardian>* che definisce colui che rappresenta il soggetto della prestazione (es. il tutore/genitore che rappresenta il minore).

Si rimanda a Rif 8 per i dettagli relativi all’elemento *guardian* e p*roviderOrganization*.

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8

### Autore: <author>

Il tag *author* è un elemento **OBBLIGATORIO** che identifica il creatore del documento. **DEVE** essere presente almeno un elemento *author*.

Le diverse section del Referto Radiologico possono essere create da soggetti diversi, pertanto, *author* è un elemento che **PUÒ** essere istanziato più volte.

1. **DEVE** essere presente almeno un elemento *author*.
2. Il tag <time> è **OBBLIGATORIO** e **DEVE** riportare l'attributo *@value* valorizzato secondo il seguente formato YYYYMMddhhmmss.

Il tag <assignedAuthor> è **obbligatorio** e deve contenere al suo interno:

* un tag <id> (**OBBLIGATORIO**) che identifica univocamente l’ autore del documento tramite il suo codice fiscale;
* un tag <assignedPerson> (**OBBLIGATORIO**) che definisce il nome e cognome dell’autore del documento;
* un tag <representedOrganization> (**OBBLIGATORIO**) che prevede al suo interno un tag <id> che identifica univocamente la struttura di appartenenza dell’autore;

1. 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 l’autore.

Nella seguente tabella sono definiti gli attributi del tag <author><assignedAuthor><id>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| root | 2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2 | OID Ministero dell’Economia e Finanze – CF |
| extension | [CF\_AUTORE\_DOCUMENTO] | Da valorizzare con il codice fiscale dell’autore del documento |
| assigningAuthorityName | MEF | Ministero dell’Economia e delle Finanze |

Tabella 29 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

L’elemento *author/assignedAuthor/addr* è **OPZIONALE** e rappresenta l’indirizzo dell’autore si **PUÒ** far riferimento alle obbligatorietà riportate nel tag *addr* associato al paziente.

L’elemento *author/assignedAuthor/telecom* è **OBBLIGATORIO** e riporta i recapiti dell’*autor*.

1. L’elemento *author/assignedAuthor* **DEVE** contenere almeno tre elementi *telecom* in cui sono riportati i riferimenti (e-mail; PEC; telefono) necessari per contattare l’autore.

Esempi di implementazione:

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

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

L’indirizzo di PEC è trattato come una comune e-mail.

1. Nel tag *author* **DEVE** essere presente un elemento *author/assignedAuthor/assignedPerson/name* contenente nome e cognome.

<assignedPerson>

<name>

<family>[COGNOME\_AUTORE]</family>

<given>[NOME\_AUTORE]</given>

</name>

</assignedPerson>

L’elemento *author/assignedAuthor/representedOrganization* **OBBLIGATORIO** permette di tracciare gli identificativi delle entità come Azienda Sanitaria, Dipartimento, Presidio, Unità Operativa che fanno giocare il “ruolo” di assistito alla persona, accettando la richiesta di esecuzione di prestazioni.

L’elemento *id* può caratterizzare l’Azienda Sanitaria, il Dipartimento, il Presidio o l’Unità Operativa associata all’author.

1. Per riportare gli identificativi delle Aziende Sanitarie, è possibile utilizzare la codifica ministeriale FLS11, e in tal caso l’attributo *@root* **DEVE** essere valorizzato con l’OID “2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1”.

Esempio di implementazione:

<representedOrganization>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1" extension="[COD\_ENTE]"

assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

</representedOrganization>

1. Per riportare gli identificativi del Presidio è possibile utilizzare le codifiche HSP11 e STS11 e in tal caso l’attributo *@root* **DEVE** essere valorizzato o con 2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2 per *HSP11* o con 2.16.840.1.113883.2.9.4.1.3 per *STS11.*

Esempio di implementazione HSP11:

<representedOrganization>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2" extension="[COD\_PRESIDIO]" assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

</representedOrganization>

Esempio di implementazione STS11:

<representedOrganization>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.3" extension="[COD\_PRESIDIO]"

assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

</representedOrganization>

1. Per riportare gli identificativi dell’Unità Operativa l’attributo @*root* deve essere valorizzato 2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6

Esempio di implementazione:

<representedOrganization>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6" extension="[COD\_REPARTO]" assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

</representedOrganization>

Per la valorizzazione dei tag **OPZIONALI** <telecom> e <addr> fare riferimento al paragrafo precedente.

Esempio di implementazione dell’intero tag *author*:

<author>

<time value=”202201191543”/>

<assignedAuthor classCode="ASSIGNED">

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"

extension="[CF\_AUTORE\_DOCUMENTO]" displayable="true"

assigningAuthorityName="MEF"/>

<assignedPerson>

<name>

<family>[COGNOME\_AUTORE\_DOCUMENTO]</family>

<given>[NOME\_AUTORE\_DOCUMENTO]</given>

<prefix>[TITOLO\_AUTORE\_DOCUMENTO]</prefix>

</name>

</assignedPerson>

<representedOrganization>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1"

extension="[COD\_ENTE\_AUTORE\_DOCUMENTO]"

assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

<id root="[OID\_DOMINIO\_PRESIDIO]"

extension="[COD\_PRESIDIO\_AUTORE\_DOCUMENTO]"

assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

</representedOrganization>

</assignedAuthor>

</author>

Si rimanda a Rif 8 per i dettagli relativi all’elemento *author/time* e agli aspetti legati al tipo di autore di un documento, sistema software vs. persona.

### Trascrittore del documento: <dataEnterer>

Il tag *dataEnterer* è un elemento **OPZIONALE** che identifica una persona coinvolta nel processo di elaborazione dati.

Se i dati registrati del Referto di Radiologia in formato elettronico vengono digitati da una persona diversa dell'autore è opportuno registrare questa informazione e occorre dunque indicare il trascrittore in questo campo.

Il trascrittore potrebbe essere una persona della struttura opportunamente formata e autorizzata al trattamento informatico dei dati, ad esempio un Medico Specializzando

1. La data e orario in cui è stato trascritto il documento **DEVE** essere riportato nell’elemento *dataEnterer/time* valorizzato secondo il seguente formato YYYYMMddhhmmss È possibile usare il nullFlavor in caso di assenza del dato

Composizione di <time>:

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

Tabella 30 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento time

1. *<ClinicalDocument>/<dataEnterer>/<assignedEntity>* **DEVE** contenere almeno uno elemento id.
2. *<ClinicalDocument>/<dataEnterer>/<assignedEntity>* **DEVE** contenere un elemento *<id>* con valore dell'attributo root uguale a "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2".
3. L'attributo extension dell'elemento *<ClinicalDocument>/<dataEnterer>/<assignedEntity>/<id>* **DEVE** essere valorizzato con un codice fiscale e **DEVE** essere composto da una stringa lunga 16 caratteri.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| root | "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" | OID del Ministero dell'Economia e delle Finanze. |
| extension | [CF\_COMPILATORE] | Codice fiscale del trascrittore del documento. |
| assignedAuthorityName | MEF | Ministero dell’Economia e delle Finanze |

Tabella 31 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

1. Nel tag dataEnterer **DEVE** essere presente un elemento ClinicalDocument/dataEnterer/assignedEntity/*assignedPerson/name* contenente il cognome <family> e il nome <given>.

<assignedPerson>

<name>

<family>[COGNOME\_COMPILATORE]</family>

<given>[NOME\_COMPILATORE]</given>

</name>

</assignedPerson>

Esempio di implementazione dell’intero tag *dataEnterer*:

<dataEnterer typeCode="ENT">

<time value=“202201191544”/>

<assignedEntity>

<id root=”2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2

extension="[CF\_COMPILATORE]" assignedAuthorityName="MEF">

<assignedPerson>

<name>

<family>[COGNOME\_COMPILATORE]</family>

<given>[NOME\_COMPILATORE]</given>

</name>

</assignedPerson>

</assignedEntity>

</dataEnterer>

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8.

### Conservazione del documento <custodian>

Il tag *custodian* è un elemento **OBBLIGATORIO** che rappresenta l’organizzazione incaricata della custodia del documento originale (es. la struttura che ha prodotto il Referto Radiologico).

1. Il documento **DEVE** contenere un elemento *<ClinicalDocument>/<custodian>.*
2. L'elemento *<ClinicalDocument>/<custodian>* **DEVE** contenere un elemento *<assignedCustodian>.*
3. L'elemento *<ClinicalDocument>/<custodian>/<assignedCustodian>* **DEVE** contenere un elemento *<representedCustodianOrganization>.*

Il tag <representedCustodianOrganization> è **OBBLIGATORIO** e contiene al suo interno un tag <id> e un tag <name> (**OBBLIGATORIO**) che riporta l'identificativo della struttura a cui fa capo il documento.

L'elemento <representedCustodianOrganization> **DEVE** contenere al suo interno un elemento <id> che riporta l'identificativo della struttura che ha la responsabilità della conservazione del documento. Il <id>, caratterizzante l’Azienda Sanitaria o la struttura che genera il referto, può essere valorizzato in uno dei modi seguenti.

1. Per riportare gli identificativi delle Aziende Sanitarie, è possibile utilizzare la codifica ministeriale FLS11, e in tal caso l’attributo *@root* **DEVE** essere valorizzato con l’OID “2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1”.

Esempio di implementazione:

<representedCustodianOrganization>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1" extension="[COD\_ENTE]" assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

</representedCustodianOrganization>

1. Per riportare gli identificativi della struttura è possibile utilizzare le codifiche HSP11 e STS11 e in tal caso l’attributo *@root* **DEVE** essere valorizzato o con 2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2 per *HSP11* o con 2.16.840.1.113883.2.9.4.1.3 per *STS11.*

Esempio di implementazione HSP11:

<representedCustodianOrganization>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2" extension="[COD\_STRUTTURA]" assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

</representedCustodianOrganization>

Esempio di implementazione STS11:

<representedCustodianOrganization>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.3" extension="[COD\_STRUTTURA]" assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

</representedCustodianOrganization>

Indirizzo e recapiti telefonici **POSSONO** essere riportati nell’elemento *assignedCustodian/representedCustodianOrganization* facendo riferimento alle obbligatorietà dei tag <addr> e <telecom> recordTarget/patientRole/addr e recordTarget/patientRole/telecom.

Esempio di implementazione:

<custodian>

<assignedCustodian>

<representedCustodianOrganization>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"

extension="[COD\_ENTE\_CUSTODEDOCUMENTO]"

assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

<name>

…

</name>

</representedCustodianOrganization>

</assignedCustodian>

</custodian>

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8

### Destinatari di una copia del documento: <informationRecipient>

L’elemento *informationRecipient* ,**OPZIONALE,** identifica la persona (e.g. medico di base) a cui sarà destinato il documento oppure l’organizzazione o un indirizzo indicato dal paziente presso il quale verrà inviato il referto.

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8.

### Firmatario del documento: <legalAuthenticator>

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

1. Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *ClinicalDocument/legalAuthenticator.*
2. Il tag *legalAuthenticator* è un elemento **OBBLIGATORIO** che identifica il soggetto che ha legalmente autenticato il documento (firmatario del documento).
3. *<ClinicalDocument>/<legalAuthenticator>* **DEVE** contenere un elemento time.
4. L'elemento *<ClinicalDocument>/<legalAuthenticator>/<time>* **DEVE** riportare l'attributo value valorizzato nel formato [YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz] e la sua lunghezza **DEVE** essere uguale a 14 caratteri.

Il tag <signatureCode> è **OBBLIGATORIO** e indica che il documento è stato firmato digitalmente.

1. Nell’elemento *legalAuthenticator/signatureCode* **DEVE** essere riporto il **codice fisso** richiesto *S* (*signed*) per sapere se il documento locale è stato firmato elettronicamente o manualmente.

Il tag ha un solo attributo valorizzato come segue:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | S | Codice che indica che il documento è firmato digitalmente o manualmente |

Tabella 34 Dettagli valorizzazione attributo code relativo all’elemento signatureCode

1. *<ClinicalDocument>/<legalAuthenticator>* **DEVE** contenere un elemento *<assignedEntity>.*
2. *<ClinicalDocument>/<legalAuthenticator>/<assignedEntity>* **DEVE** contenere un elemento *<id>* con valore dell'attributo root uguale a "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2".

L'attributo extension dell'elemento <ClinicalDocument>/<legalAuthenticator>/<assignedEntity>/<id> **DEVE** essere valorizzato con un codice fiscale e **DEVE** essere composto da una stringa lunga 16 caratteri.

Nella seguente tabella sono definiti gli attributi del tag <id>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| root | 2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2 | OID Ministero economia e finanze – CF |
| extension | [CF\_FIRMATARIO] | Da valorizzare con il codice fiscale del firmatario |
| assigningAuthorityName | MEF | Ministero dell’Economia e delle Finanze |

Tabella 35 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

1. L’indirizzo e i recapiti telefonici possono essere riportati nell’elemento *assignedEntity*, mentre il nome **DEVE** essere riportato nell’elemento *assignedEntity/assignedPerson* tramite il tag *name* all’interno del quale **DEVONO** essere presenti i sotto elementi *given* e *family*.

L’organizzazione a cui il firmatario appartiene **DEVE** essere mappata in *legalAuthenticator/assignedEntity/representedOrganization*. Per l’obbligatorietà degli elementi presenti in tale tag si rimanda alla *representedOrganization* riportato nel tag *author*.

Esempio di implementazione dell’intero tag legalAuthenticator:

<legalAuthenticator>

<time value="202201191546"/>

<signatureCode code="S"/>

<assignedEntity>

<!-- Codice identificativo di chi firma il documento-->

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="[CF\_FIRMATARIO]" assigningAuthorityName="MEF"/>

<addr>

<state>[COD\_STATO]</state>

<country>[COD\_REGIONE]</country>

<county>[COD\_PROVINCIA]</county>

<city>[DESC\_COMUNE]</city>

<censusTract>[COD\_COMUNE]</censusTract>

<postalCode>[cod\_cap]</postalCode>

<streetAddressLine>[DESC\_INDIRIZZO]</streetAddressLine>

</addr>

<telecom value="mailto:[MAIL\_FIRMATARIO]"/>

<telecom value="tel:[NUM\_TEL\_FIRMATARIO]"/>

<assignedPerson>

<name>

<prefix>[TITOLO\_FIRMATARIO]</prefix>

<family>[COGNOME\_FIRMATARIO]</family>

<given>[NOME\_FIRMATARIO]</given>

</name>

</assignedPerson>

<representedOrganization>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1"

extension="[COD\_ENTE]"

assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

<id root="[oid\_dominio\_presidio]"

extension="[COD\_PRESIDIO]"

assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6"

extension="[COD\_REPARTO]"

assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

<telecom value="mailto:[MAIL\_ENTE]"/>

<telecom value="tel:[NUM\_TEL\_ENTE]"/>

<addr>

<state>[COD\_STATO]</state>

<country>[COD\_REGIONE]</country>

<county>[COD\_PROVINCIA]</county>

<city>[DESC\_COMUNE]</city>

<censusTract>[COD\_COMUNE]</censusTract>

<postalCode>[COD\_CAP]</postalCode>

<streetAddressLine>[DESC\_INDIRIZZO]

</streetAddressLine>

</addr>

</representedOrganization>

</assignedEntity>

</legalAuthenticator>

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8

### Validatore: <authenticator>

Il tag *authenticator* è un elemento **OPZIONALE** che identifica il soggetto che effettua la validazione clinica del Referto Radiologico, ossia il validatore.

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8

### Soggetti partecipanti: <participant>

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

1. Il documento **PUÒ** contenere uno o più elementi *<ClinicalDocument>/<participant>.*
2. *<ClinicalDocument>/<participant>* **DEVE** contenere un elemento *<associatedEntity>*
3. L'identificazione dei partecipanti **DEVE** essere riportata all'interno dell'elemento <associatedEntity>/<id>.

Composizione di <id>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| root | [OID DOMINIO DI IDENTIFICAZIONE] | OID dominio di identificazione |
| extension | [CODICE\_IDENTIFICATIVO] | Codice identificativo della persona o dell’organizzazione all’interno del dominio |
| assigningAuthorityName | MEF | Ministero dell’Economia e delle Finanze |

Tabella 41 Dettagli valorizzazione attributi elemento id

Il tag <associatedEntity> **PUÒ** contenere un elemento <associatedPerson>.

Se presente<associatedPerson> **DEVE** contenere un elemento *name*, che contiene gli elementi necessari per mappare il nome del partecipante al documento.

Nel caso del Referto di Radiologia la sezione **PUÒ** essere utilizzata per inserire i dati relativi al Tecnico di Radiologia o al Medico Prescrittore.

#### Tecnico di Radiologia

I dati del tecnico di radiologia sono riportati nell’elemento *participant* che **DEVE** avere i seguenti attributi così valorizzati:

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

L’elemento **DEVE** inoltre contenere l’elemento <participant>/<associatedEntity>/<code> valorizzato come segue:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "3211" | Codice ISCO-08. |
| codeSystem | "2.16.840.1.113883.2.9.6.2.7" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | "ISCO-08" | Nome del vocabolario utilizzato: ISCO-08. |
| displayName | Tecnici di imaging medicale e apparecchiature terapeutiche | Descrizione ISCO-08. |

Tabella 42 Dettagli valorizazione attributi elemento code

I dati del tecnico di radiologia devono essere esplicitati come indicato di seguito:

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

Esempio di implementazione:

<participant typeCode="SPRF" contextControlCode="OP">

<functionCode code="PRE" codeSystem= "2.16.840.1.113883.2.9.5.1.88"/>

<time value=“[DATA\_ORARIO]”/>

<associatedEntity classCode="PROV">

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"

extension=“[CF\_PARTICIPANT]” assigningAuthorityName="MEF"/>

<code code="3211" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.2.7"

codeSystemName="ISCO-08"

displayName="Tecnici di imaging medicale e apparecchiature terapeutiche"

<addr>

…

</addr>

<telecom value=mailto:[MAIL\_PARTICIPANT]/>

<associatedPerson>

<name>

<prefix>[TITOLO\_PARTICIPANT]</prefix>

<family>[COGNOME\_PARTICIPANT]</family>

<given>[NOME\_PARTICIPANT]</given>

</name>

</associatedPerson>

<!—struttura che ha effettuato la prenotazione-->

<scopingOrganization>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1"

extension="[COD\_STRUTTURA]"

assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

<name>[NOME\_STRUTTURA]</name>

<telecom>…</telecom>

<addr>…</addr>

</scopingOrganization>

</associatedEntity>

</participant>

Di seguito la tabella delle pseudo variabili:

|  |  |
| --- | --- |
| Valore | Definizione |
| [DATA\_ORARIO] | Data e orario (YYYYMMddhhmmss) |
| [CF\_PARTICIPANT] | Code fiscale del participant che ha effettuato la prenotazione della richiesta |
| [MAIL\_PARTICIPANT] | Indirizzo mail del participant |
| [TITOLO\_PARTICIPANT] | Titolo del participant richiedente |
| [COGNOME\_PARTICIPANT] | Cognome del participant richiedente |
| [NOME\_PARTICIPANT] | Nome del participant richiedente |
| [COD\_STRUTTURA] | Codice della struttura |

Tabella 40 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag participant

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8

#### Medico Prescrittore

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

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

In particolare:

* il codice fiscale DEVE essere riportato nell’elemento <associatedEntity>/<id>;
* il nome **PUÒ** essere riportato nell’elemento <associatedEntity>/<associatedPerson>/<name>. L’informazione sulla prescrizione è contenuta nell’elemento <inFulfillmentOf>.

1. In caso si stia descrivendo un medico prescrittore l’attributo *<participant>/@typeCode* **DEVE** essere valorizzato con la stringa “REF” e l’attributo *<participant>/<associatedEntity>/@classCode* con la stringa “PROV”.

Esempio di implementazione:

<participant typeCode="REF" contextControlCode="OP">

<functionCode code="PRE" codeSystem= "2.16.840.1.113883.2.9.5.1.88"/>

<time value=“[DATA\_ORARIO]”/>

<associatedEntity classCode="QUAL">

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension=“[CF\_PARTICIPANT]” assigningAuthorityName="MEF"/>

<addr>

…

</addr>

<telecom value=mailto:[MAIL\_PARTICIPANT]/>

<associatedPerson>

<name>

<prefix>[TITOLO\_PARTICIPANT]</prefix>

<family>[COGNOME\_PARTICIPANT]</family>

<given>[NOME\_PARTICIPANT]</given>

</name>

</associatedPerson>

<!—struttura che ha effettuato la prenotazione-->

<scopingOrganization>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1"

extension="[COD\_STRUTTURA]"

assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

<name>[NOME\_STRUTTURA]</name>

<telecom>…</telecom>

<addr>…</addr>

</scopingOrganization>

</associatedEntity>

</participant>

Di seguito la tabella delle pseudo variabili:

|  |  |
| --- | --- |
| Valore | Definizione e dettagli |
| [DATA\_ORARIO] | Data e orario (YYYYMMddhhmmss) |
| [CF\_PARTICIPANT] | Code fiscale del participant che ha effettuato la prenotazione della richiesta  Dominio di riferimento 2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2 |
| [MAIL\_PARTICIPANT] | Indirizzo mail del participant |
| [TITOLO\_PARTICIPANT] | Titolo del participant richiedente |
| [COGNOME\_PARTICIPANT] | Cognome del participant richiedente |
| [NOME\_PARTICIPANT] | Nome del participant richiedente |

Tabella 40 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag participant

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8

### Richieste e ordini: <inFulfillmentOf>

Elemento **OBBLIGATORIO** che identifica la richiesta che ha determinato la produzione del documento di Referto di Radiologia od ogni altro tipo di ordine ad esso relativo (e.g. numero di ordine assegnato dal sistema informativo di radiologia od ospedaliero). Ciascun documento **DEVE** presentare una o più occorrenze dell’elemento <inFulfillmentOf>/<order>, le quali **POSSONO** descrivere un differente tipo di ordine, identificato dall’elemento <id> .

Esempi di ordini che possono essere descritti sono:

* l’accession number ;
* identificativo della prescrizione;
* identificativo CUP;
* Identificativo dell’ordine interno;
* l’ordine assegnato a livello di sistema informativo ospedaliero o dipartimentale (HIS, RIS , eccetera), che può corrispondere agli elementi order placer and order filler numbers dei messaggi HL7 V2;
* il Requested Procedure ID definiti dallo standard DICOM.

1. Il documento **DEVE** contenere almeno un elemento *<ClinicalDocument>/<inFulfillmentOf>.*
2. *<ClinicalDocument>/<inFulfillmentOf>* **DEVE** contenere un elemento *<order>* riportante, all’interno dell’elemento *<id>,* l’identificativo dell’accession number.
3. *<ClinicalDocument>/<inFulfillmentOf>* **DOVREBBE** contenere un elemento <order> riportante, all’interno dell’elemento *<id>,* l’identificativo della prescrizione.
4. *<ClinicalDocument>/<inFulfillmentOf>* **PUÒ** contenere un elemento *<order>* riportante, all’interno dell’elemento *<id>,* l’identificativo CUP.
5. *<ClinicalDocument>/<inFulfillmentOf>* **PUÒ** contenere un elemento *<order>* riportante, all’interno dell’elemento *<id>,* l’identificativo dell’ordine.

#### Esempio di implementazione: Accession Number

L’elemento <inFulfillmentOf> **DEVE** essere utilizzato per documentare l’identificativo assegnato dal RIS per l’ordine per questo studio (accession number).

Esempio di implementazione:

<inFulfillmentOf >

<order>

<id extension="[ACCESSION\_NUMBER]"

root="[OID\_ACCESSION\_NUMBER]"/>

<priorityCode code="R" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.7" codeSystemName="HL7 ActPriority" displayName="Normale"/>

</order>

</inFulfillmentOf>

#### Esempio di implementazione: Identificativo della prescrizione

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

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

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

Esempio di utilizzo con le ricette elettroniche:

<inFulfillmentOf>

<order classCode="ACT" moodCode="RQO">

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.8"

extension="[NRE]" assigningAuthorityName="Ministero delle Finanze"**/>**

<priorityCode code="R" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.7

codeSystemName="HL7 ActPriority" displayName="Normale"/>

</order>

</inFulfillmentOf>

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

Esempio di utilizzo con le ricette rosse cartacee:

<inFulfillmentOf>

<order classCode="ACT" moodCode="RQO">

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.4"

extension="[CONCATENAZIONE BAR1 BAR2]"

assigningAuthorityName="Ministero delle Finanze"**/>**

<priorityCode code="R" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.7"

codeSystemName="HL7 ActPriority" displayName="Normale"/>

</order>

</inFulfillmentOf>

Si osserva che in *order/priorityCode* viene gestita la tipologia di priorità associata alla richiesta. *order/priorityCode* è un data type di tipo CE le cui componenti **DEVONO** essere valorizzate come segue:

* *code* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere uno dei valori del vocabolario *HL7 ActPriority*;
* *codeSystem* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo **DEVE** assumere il valore costante *2.16.840.1.113883.5.7*;
* *codeSystemName* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere il valore costante *HL7 ActPriority*;
* *codeSystemVersion* (**OPZIONALE**) Tale attributo di tipo ST (Character String) rappresenta la versione del vocabolario;
* *displayName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) viene valorizzato con la descrizione (Print Name) del codice nel vocabolario *HL7 ActPriority.*

Di seguito riportiamo la tabella con un estratto del vocabolario *HL7 ActPriority* con i valori di priorityCode di maggiore interesse.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Priorità** | **Code** | **Print Name** |
| Normale | *R* | routine |
| Preoperatoria | *P* | preop |
| Urgente | *UR* | urgent |
| Emergenza | *EM* | emergency |

Tabella 43 Valorizzazione priorityCode

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8

### Identificativi del documento: <documentationOf>

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Codice (code) | DisplayName | Descrizione |
| PROG | Accesso Programmato | Servizio con Accesso Programmato |
| DIR | Accesso Diretto | Servizio con Accesso Diretto |
| RAD\_PROG | Accesso Programmato (Radiologia) | Servizio Radiologico con Accesso Programmato (Radiologia) |
| RAD\_DIR | Accesso Diretto (Radiologia) | Servizio Radiologico con Accesso Diretto |

Tabella 44 Dettagli descrizioni codici dell’elemento documentationOf

Esempio di implementazione:

<docuementationOf>

<serviceEvent>

<code code="RAD\_PROG" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.5.1.4" codeSystemName="ActCode"

displayName=“Accesso Programmato (Radiologia)”/>

<effectiveTime value="[DT\_RICHIESTA]"/>

</serviceEvent>

</docuementationOf>

Segue la tabella delle pseudo variabili:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Valore | Definizione | Dettagli |
| [DT\_RICHIESTA] | Data e orario in cui è avvenuto l’atto documentato |  |

Tabella 45 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag documentationOf

Per ulteriori dettagli dell’elemento in oggetto si rimanda a Rif 8

### Relazione con documenti preesistenti: <relatedDocument>

Il tag *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.

L’attributo *relatedDocument/@typeCode* **PUÒ** essere valorizzato come segue:

* *APND* (append): deve essere usato in caso di documenti CDA ottenuti aggiungendo al documento “sorgente”;
* *RPLC* (replace): deve essere usato in caso di documenti CDA ottenuti sostituendo il documento “sorgente”;
* *XFRM* (transform): deve essere usato in caso di documenti CDA ottenuti come trasformazione di altri documenti “sorgente” (e.g. DICOM SR).

1. Il documento **PUO'** contenere al massimo due elementi

<ClinicalDocument>/*<relatedDocument>*.

1. In caso di integrativo o sostitutivo, il documento **DEVE** contenere un elemento *<ClinicalDocument>/<relatedDocument>* con l’attributo *typeCode* valorizzato con "***RPLC***", o con “***APND***”.

Il documento **PUÒ** contenere un elemento *<ClinicalDocument>/<relatedDocument>* con l’attributo *typeCode* valorizzato con "***XFRM***".

1. <ClinicalDocument>/<relatedDocument> **DEVE** contenere un elemento <parentDocument>.
2. In caso di integrativo o sostitutivo, l'elemento *<parentDocument>* **DEVE** contenere un elemento *<id>* con valore degli attributi *root* e *extension* pari ai codici del documento di cui si fa il replace o l’append.
3. Nel caso di utilizzo dell’attributo XFRM per esplicitare la corrispondenza con il documento all’interno del sistema RIS, l'elemento *<parentDocument>* **DEVE** contenere un elemento *<id>* con valore degli attributi *root* e *extension* contenenti i riferimenti del documento nel sistema RIS.

Si rimanda a Rif 8 per i dettagli relativi agli elementi *relatedDocument/@typeCode*, *relatedDocument*, *parentDocument/id*, *parentDocument/setId* e *parentDocument/versionNumber*.

### Incontro di riferimento: <componentOf>

L’elemento *componentOf* è **OPZIONALE,** ma diventa **OBBLIGATORIO** nel caso in cui l’incontro tra paziente e struttura avviene nell’ambito del ricovero. Se presente, tale tag **DEVE** essere uno ed uno solo e deve contenere l’elemento *componentOf/encompassingEncounter.* Quest’ultimo descrive l’incontro tra soggetto della prestazione e la struttura sanitaria durante il quale è stato richiesto il servizio che ha fornito come risultato la generazione del Referto Radiologico. L’incontro tra soggetto e la struttura può avvenire per esempio nell’ambito di un ricovero.

1. Il tag *encompassingEncounter/id* è un elemento **OPZIONALE,** ma diventa **OBBLIGATORIO** nel caso di ricoveroed in generale rappresenta il numero nosologico.
2. Il tag *encompassingEncounter/code* **PUÒ** essere utilizzato per definire la provenienza del soggetto che effettua la prestazione.

Tale tag, *encompassingEncounter/code*, **PUÒ** assumere per esempio i seguenti valori:

* *IMP* (inpatient encounter),in casi di ricovero e introduce il numero nosologico,
* *AMB* (ambulatory) per rappresentare l’identificativo di un incontro avvenuto in una struttura ambulatoriale.
* EMER (emergency) – in caso di ingresso tramite pronto soccorso;

Tali valori fanno riferimento al vocabolario HL7 ActEncounterCode caratterizzati dall’OID 2.16.840.1.113883.1.11.13955

1. Il tag *effectiveTime* è **OBBLIGATORIO** e rappresenta la data e orario in cui è avvenuto *l'encounter*. Si osserva che il tag *effectiveTime* **PUÒ** anche non essere valorizzato, in questo caso deve essere inserito un *NullFlavor.*

La persona responsabile della struttura dove avviene l’incontro con il soggetto che effettua la prestazione (ad esempio il reparto ospedaliero o il punto prelievi) viene gestita nell’elemento *encompassingEncounter/responsibleParty* in cui in *responsibleParty/assignedEntity/id* viene riportato l’identificativo del responsabile.

Nella seguente tabella sono definiti gli attributi del tag <id>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| root | 2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2 | OID Ministero economia e finanze – CF |
| extension | [CF\_RESP\_INCONTRO] | Da valorizzare con il codice fiscale del responsabile |
| assigningAuthorityName | MEF | Ministero dell’Economia e delle Finanze |

Tabella 47 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento id

1. Si osserva che encompassingEncounter/responsibleParty/assignedEntity/code **PUÒ** essere valorizzato con RESPRSN (responsible party).

Se l’elemento è presente, l’indirizzo e i recapiti telefonici possono essere riportati nell’elemento *assignedEntity*.

1. Il nome **DEVE** essere riportato nell’elemento *assignedEntity/assignedPerson* tramite il tag *name* all’interno del quale devono essere presenti i sotto elementi *given* e *family.*

L’elemento *location* è **OPZIONALE** e rappresenta il luogo in cui si è svolto l'incontro tra il soggetto e la struttura sanitaria; ad esempio, nel caso in cui l'incontro sia un ricovero ospedaliero, il tag *location/healthCareFacility* può rappresentare il reparto.

1. L’identificativo del reparto **DEVE** essere riportato in *location/healthCareFacility/id*
2. L’identificativo del presidio **DEVE** essere riportato *heathCareFacility/serviceProviderOrganization/id.*

Il Nome del presidio **PUÒ** essere riportato nell’elemento: *heathCareFacility/serviceProviderOrganization/name.*

I recapiti telefonico e e-mail della segreteria del presidio **POSSONO** essere riportati nell’elemento: *heathCareFacility/serviceProviderOrganization/telecom.*

1. L’identificativo dell’Azienda Sanitaria di cui il presidio fa parte **DEVE** essere riportato in: *healthCareFacility/serviceProviderOrganization/asOrganizationPartOf/id*.

Esempio di implementazione dell’intero tag *componentOf*:

<componentOf>

<encompassingEncounter>

<id root="[OID\_NUM\_NOSOLOGICO]”extension=“[COD\_NOSOLOGICO]” assigningAuthorityName="[STRUTTURA\_RICOVERO]”/>

<effectiveTime value=”[DT\_ENCOUNTER]”/>

<responsibleParty>

<assignedEntity>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"

extension=“[CF\_RESP\_INCONTRO]”

assigningAuthorityName="MEF"/>

<assignedPerson>

<name>

<family>[COGNOME\_RESP\_INCONTRO]”

</family>

<given>[NOME\_RESP\_INCONTRO]”</given>

</name>

</assignedPerson>

</assignedEntity>

</responsibleParty>

<location>

<healthCareFacility>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6"

extension="[COD\_REPARTO]"

assigningAuthorityName="Ministero dellaSalute"/>

<location>

<name>[NOME\_UO]</name>

<addr>

…

</addr>

</location>

<serviceProviderOrganization>

<id root="[OID\_DOMINIO\_PRESIDIO]"

extension="[COD\_PRESIDIO]"

assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

<name>[NOME\_PRESIDIO]</name>

<telecom value="tel:[NUM\_TEL\_PRESIDIO]"/>

<asOrganizationPartOf>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1" extension="[COD\_ENTE]"

assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>

</asOrganizationPartOf>

</serviceProviderOrganization>

</healthCareFacility>

</location>

</encompassingEncounter>

<componentOf>

Nella seguente tabella vengono riportate le pseudo variabili:

|  |  |
| --- | --- |
| Valore | Definizione |
| [OID\_NUM\_NOSOLOGICO] | OID che identifica il numero nosologico |
| [COD\_NOSOLOGICO] | Codice che identifica il numero nosologico del ricovero |
| [STRUTTURA\_RICOVERO] | Struttura di ricovero che ha assegnato il numero nosologico |
| [DT\_ENCOUNTER] | La data e orario in cui è avvenuto l’*encounter* |
| [CF\_RESP\_INCONTRO] | Codice fiscale del responsabile della struttura dove avviene l’incontro con il soggetto che effettua la prestazione |
| [COGNOME\_RESP\_INCONTRO] | Cognome del responsabile della struttura dove avviene l’incontro con il soggetto che effettua la prestazione |
| [NOME\_RESP\_INCONTRO] | Nome del responsabile della struttura dove avviene l’incontro con il soggetto che effettua la prestazione |
| [NOME\_LUOGO\_INCONTRO] | Nome della località in cui avviene l’incontro con il soggetto che effettua la prestazione |

Tabella 46 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag componentOf

Si rimanda a Rif 8 per i dettagli relativi agli elementi *encompassingEncounter/effectiveTime* (istante temporale, o l’intervallo di tempo in cui l’incontro stesso ha avuto luogo), *encompassingEncounter/location/healthCareFacility* (luogo in cui si è svolto l'incontro tra il soggetto che effettua la prestazione e la struttura sanitaria).

# CDA BODY

1. Lo standard CDA prevede che il corpo di un documento possa essere formato in modo strutturato *(<structuredBody>)* o in modo destrutturato *(<nonXMLBody>).*

Nel seguito del documento sarà dettagliato il BODY strutturato del documento di referto di radiologia.

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

1. Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *<component>/<structuredBody>*

Un referto di radiologia è organizzato in una serie di sezioni autoconsistenti, definiti dall’elemento *<section>.*

Di seguito si elencano le sezioni previste, indicandone la codifica associata e l'obbligatorietà.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sezioni | Codici Section | Descrizioni ShortName | Sistema di Codifica | Obbligatorietà |
| **DICOM Object Catalog** | 121181 | *DICOM Object Catalog* | DICOM | OPZIONALE |
| **Quesito diagnostico** | 18785-6 | *Radiology Reason for study* | LOINC | OPZIONALE |
| **Storia Clinica** | 11329-0 | *History General* | LOINC | OPZIONALE |
| Anamnesi Familiare | 10157-6 | *History of family member diseases* | LOINC | OPZIONALE |
| Anamnesi Patologica Remota | 11348-0 | *History of Past illness* | LOINC | OPZIONALE |
| Anamnesi Patologica Prossima | [10164-2](javascript:;) | *History of Present illness* | LOINC | OPZIONALE |
| Allergie | 48765-2 | *Allergies* | LOINC | OPZIONALE |
| **Precedenti esami eseguiti** | 55114-3 | *Prior imaging procedure descriptions Document* | LOINC | OPZIONALE |
| **Esame eseguito** | 55111-9 | *Current imaging procedure descriptions Document* | LOINC | **OBBLIGATORIO** |
| **Referto** (Refertazione) | 18782-3 | *Radiology Study observation* | LOINC | **OBBLIGATORIO** |
| **Conclusioni** | 55110-1 | *Conclusions* | LOINC | OPZIONALE |
| **Informazioni aggiuntive** | 55107-7 | *Addendum* | LOINC | OPZIONALE |
| **Complicanze** | 55109-3 | *Complications* | LOINC | OPZIONALE |
| **Suggerimenti per il medico prescrittore** | 18783-1 | *Radiology study - Recommendation* | LOINC | OPZIONALE |

Tabella 48 Dettagli delle sezioni del Body del Referto di Radiologia

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

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

* La sezione “**DICOM Object Catalog**” è **OPZIONALE**. Ha la finalità di raccogliere i riferimenti agli studi, alle serie, agli oggetti e ad altri attributi DICOM necessari per il recupero degli oggetti. Non è destinata alla visualizzazione.
* La sezione “**Quesito diagnostico**” – È **OPZIONALE**, rappresenta la diagnosi già accertata o sospettata oppure il sintomo prevalente. Serve allo specialista per conoscere il motivo della richiesta dell’esame allo scopo di formulare delle risposte clinicamente precise al paziente o al medico che ha prescritto l’accertamento.
* La sezione “**Storia Clinica**” è **OPZIONALE**. Ha la finalità di dare un inquadramento generale dello stato di salute del paziente, della sua storia clinica e della motivazione che ha scaturito l’esigenza di sottoporre il paziente all’esame diagnostico

Contiene inoltre la sottosezione di dettaglio:

* + “**Anamnesi Familiare**” – Sezione **OPZIONALE** 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).
  + “**Anamnesi Patologica Remota**” – Sezione **OPZIONALE** che riporta tutte le informazioni riguardanti le malattie, interventi e disturbi sofferti dal paziente nel passato.
  + “**Anamnesi Patologica Prossima**” – Sezione **OPZIONALE** che riporta tutte le informazioni riguardanti il disturbo per cui il paziente consulta il medico.
  + **“Allergie”** – Sezione **OPZIONALE** che raccoglie tutte le informazioni riguardanti le allergie comunicate dal paziente che il medico ritiene utili evidenziare ai fini della formulazione del referto (es. principi attivi, agenti allergenici e intolleranze rilevati sul paziente).
* La sezione “**Precedenti esami eseguiti**” è **OPZIONALE** ed è dedicata a descrivere esami e prestazioni specialistiche effettuati precedentemente e dei quali si ritiene opportuno tenerne traccia ai fini della formulazione del referto.
* La sezione “**Esame eseguito**” è **OBBLIGATORIA** e descrive l’esame radiologico oggetto del referto. È caratterizzato dalla data di esecuzione, dalla modalità di esecuzione e dalla dose assorbita (qualora l’esame preveda l’esposizione del paziente a radiazioni ionizzanti).
* La sezione “**Referto**” è **OBBLIGATORIA**. Rappresenta l’elemento centrale e riportata al proprio interno una descrizione delle valutazioni del medico refertante relativamente agli elementi rilevati nel corso dell’esame.
* La sezione “**Conclusioni**” è **OPZIONALE** e rappresenta una valutazione conclusiva del medico refertante, con una eventuale formulazione dell'orientamento diagnostico.
* La sezione “**Informazioni aggiuntive**” è **OPZIONALE** e riporta eventuali informazioni integrative e/o una appendice aggiuntiva al contenuto del documento originale.
* La sezione “**Complicanze**” è **OPZIONALE** e contiene eventuali complicazioni che il medico refertante rileva durante l'esame.
* La sezione “**Suggerimenti per il medico prescrittore**” è **OPZIONALE** e contiene una parte testuale con la descrizione di quanto il medico specialista ritiene opportuno comunicare al medico prescrittore.

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

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

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

La referenziazione nella parte narrativa **PUÒ** avvenire sia tramite l’elemento textche attraverso l’elemento <value>/<OriginalText>.

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

1. Ogni sezione, non contenente altre sottosezioni, **DEVE** contenere un CDA Narrative Block [parte narrativa di sezione] *<ClinicalDocument>/<component>/<structuredBody>/<component>/<section>/<text>*. Fa eccezione la sezione “DICOM Object Catalog” in quanto non destinata alla visualizzazione.
2. Ogni sezione **DEVE** contenere un codice che ne definisce il tipo *<ClinicalDocument>/<component>/<structuredBody>/<component>/<sectio n>/<code>.*
3. Ogni sezione **DEVE** contenere un titolo *<ClinicalDocument>/<component>/<structuredBody>/<component>/<sectio n>/<title>.*

Esempio di implementazione:

<component>

<structuredBody moodCode="EVN" classCode="DOCBODY">

<component typeCode="COMP">

<section ID="ID\_Section1">

<code .../>

<title>...</title>

<text>...</text>

<entry>

…

</entry>

</section>

</component>

<component typeCode="COMP">

<section ID="ID\_Section2">

<code .../>

<title>...</title>

<text>...</text>

<entry>

<observation>...</observation>

</entry>

</section>

</component>

</structuredBody>

</component>

## Sezione DICOM Object Catalog

Elemento **OPZIONALE** atto a raccogliere i riferimenti agli studi, alle serie, agli oggetti e ad altri attributi DICOM necessari per il recupero degli oggetti.

1. Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “DICOM Object Catalog”

### section/code

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

1. La sezione DICOM Object Catalog **DEVE** avere un elemento <code> valorizzato con l’attributo code pari a "121181" e codesystem pari a "1.2.840.10008.2.16.4"

Composizione di <code>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "121181" | Codice DCM. |
| codeSystem | "1.2.840.10008.2.16.4" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | "DCM" | Nome del vocabolario utilizzato: DICOM. |
| displayName | DICOM Object Catalog | Nome della section. |

Tabella 49 Dettagli della valorizzazione degli attributi relativi all’elemento Code

Esempio di utilizzo

<codecode="121181"

codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4"

codeSystemName="DCM"

displayName="DICOM Object Catalog"/>

Per indirizzare le problematiche di mapping della codifica DCM di *section/code* in un altro schema di codifica, ad esempio uno schema di codifica locale, si rimanda all’uso di *code/translation.*

### section/title

Elemento **OPZIONALE** che rappresenta il titolo della sezione.

Esempio di utilizzo

<title> DICOM Object Catalog </title>

### section/entry/act

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere lo studio DICOM e i suoi sotto-elementi.

La struttura principale mediante la quale è possibile veicolare le informazioni prevede una serie di ClinicalStatement annidati tra loro, nel dettaglio:

* una o più <entry>/<act>, atte ad identificare lo Studio DICOM (Study Act);
* una o più <entryRelationship>/<act>, atte ad identificare le Serie (Series Act);
* una o più <entryRelationship>/<observation>, atte a identificare le istanze SOP (SOP Instance) e a contenere i riferimenti alle immagini DICOM.

All’interno del documento “Referto di Radiologia” la sezione può essere utilizzata per veicolare le informazioni relative a:

* Identificativo dello Studio DICOM, tramite l’elemento <id> della Study Act;
* Identificativi delle immagini presenti nel sistema PACS tramite l’elemento <id> della SOP Instance;

Per una definizione più dettagliata sui metodi di implementazione della sezione si può far riferimento al Rif. 9.

1. La sezione DICOM Object Catalog **DEVE** contenere un elemento *<entry>/<act>* il quale **DEVE** a sua volta avere la seguente struttura: una o più *<entry>/<act>,* atte ad identificare lo Studio DICOM (Study Act); una o più *<entryRelationship>/<act>,* atte ad identificare le Serie (Series Act); una o più *<entryRelationship>/<observation>,* atte a identificare le istanze SOP (SOP Instance) e a contenere i riferimenti alle immagini DICOM.

Esempio di implementazione:

<section ID="Dicom\_#">

<code code="121181" codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4" codeSystemName="DCM"

displayName="DICOM Object Catalog"/>

<title> DICOM Object Catalog </title>

<entry>

<!-- \*\*\*\* Study Act \*\*\*\* -->

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

<!-- \*\*\*\* Identificativo dello Studio DICOM \*\*\*\* -->

<id root="1.2.840.113619.2.62.994044785528.114289542805"/>

<code code="113014" codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4"

codeSystemName="DCM" displayName="Study"/>

<!-- \*\*\*\* Series Act \*\*\*\*-->

<entryRelationship typeCode="COMP">

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

<id root=

"1.2.840.113619.2.62.994044785528.20060823223142485051"/>

<code code="113015"

codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4"

codeSystemName="DCM" displayName="Series">

...

</code>

<!-- \*\*\*\* SOP Instance UID \*\*\* -->

<entryRelationship typeCode="COMP">

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

<!-- \*\*\*\* Identificativo dell’immagine nel sistema PACS \*\*\* -->

<id root=

"1.2.840.113619.2.62.994044785528.20060823.3"/>

...

</observation>

</entryRelationship>

</act>

</entryRelationship>

</act>

</entry>

</section>

## Sezione Quesito Diagnostico

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

Identificativo della tipologia della sezione: <code>

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

1. Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Quesito Diagnostico”***.***

### section/code

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

1. La sezione Quesito Diagnostico **DEVE** avere un elemento <code> valorizzato con l’attributo code pari a “18785-6" e codesystem pari a "2.16.840.1.113883.6.1".

Composizione di <code>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "18785-6" | Codice LOINC. |
| codeSystem | "2.16.840.1.113883.6.1" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | "LOINC" | Nome del vocabolario utilizzato: LOINC. |
| codeSystemVersion | [VERSIONE] | Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19). |
| displayName | Motivo per lo studio - Radiologia | Nome della section. |

Tabella 50 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code

Esempio di utilizzo

<code code="18785-6"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

codeSystemName="LOINC"

codeSystemVersion="2.19"

displayName="Motivo per lo studio - Radiologia"/>

### section/title

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

Esempio di implementazione:

<title> Quesito diagnostico </title>

### section/text

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

1. La sezione Quesito Diagnostico **DEVE** avere un elemento *<text>* contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("*human- readable*").

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

<text>

<paragraph>

Il paziente presenta un Trauma Toracico

</paragraph>

</text>

Esempio di utilizzo (parte testuale strutturata):

<text>

<list>

<item>

<content ID="DIAG">Trauma toracico</content>

</item>

</list>

</text>

### section/entry

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

#### entry/observation

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

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

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

Composizione di <observation>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| moodCode | EVN | Event |
| classCode | OBS | Observation |

Tabella 51 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento observation

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

Composizione di <observation>/<code>:

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

Tabella 52 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code

Composizione di <observation>/<value>:

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

Tabella 53 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento value

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

Esempio di implementazione:

<entry>

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

<code code="29308-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

codeSystemName="LOINC" displayName="Diagnosi"/>

<value xsi:type="CD" code="875"codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103"

codeSystemName="ICD9CM" displayName="Trauma toracico"/>

</observation>

</entry>

## Sezione Storia Clinica

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

Contiene inoltre le sottosezioni di dettaglio:

* “**Anamnesi Familiare**”
* “**Anamnesi Patologica Remota**”
* “**Anamnesi Patologica Prossima**”
* “**Allergie**”

Esempio di implementazione:

* <component>
* <structuredBody>
* <component>
* <section ID=STORIA\_CLINICA>

<code code="11329-0" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

* codeSystemName="LOINC" codeSystemVersion="2.19"
* displayName="Storia Generale"/>
* <title> Storia Clinica </title>
* <text>
* <paragraph>
* …
* </paragraph>
* </text>
* <component>
* <section ID=ANAMNESI\_FAMILIARE>
* ……
* </section>

<section ID=ANAMNESI\_PATOLOGICA\_REMOTA>

……

</section>

<section ID=ANAMNESI\_PATOLOGICA\_PROSSIMA>

……

</section>

<section ID=ALLERGIA\_INTOLLERANZA>

……

</section>

* </component>
* </section>
* </component>
* </structuredBody>
* </component>

### section/code

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

Composizione di <code>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "11329-0" | Codice LOINC. |
| codeSystem | "2.16.840.1.113883.6.1" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | "LOINC" | Nome del vocabolario utilizzato: LOINC. |
| displayName | Storia Generale | Nome della section. |

Tabella 54 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code

Esempio di utilizzo

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

### section/title

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

Esempio di implementazione:

<title> Storia Clinica </title>

### section/text

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

Esempio di implementazione:

<text>

<paragraph>

Anamnesi Familiare: Il padre all’età di 55 anni è stato colpito da angina pectoris. Il nonno materno era diabetico.

Anamnesi Fisiologica: all’età di 16 anni si è manifestata l’allergia al glutine.

Anamnesi Patologica Remota: Nell’anno 1988 ha subito appendicectomia.

Anamnesi Patologica Prossima: Ne mese di marzo 2016 è stata colpita da sindrome influenzale nonostante la vaccinazione antinfluenzale.

</paragraph>

</text>

### Sezione Anamnesi Familiare

La sezione **OPZIONALE** 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.

In Appendice 5.3.1) è riportata la tabella di sintesi di questa sezione.

Esempio di implementazione:

<component>

<section ID=ANAMNESI\_FAMILIARE>

<code code="10157-6" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"

displayName="Storia di malattie di membri familiari"/>

<title> Anamnesi Familiare</title>

<text>

<!--contenuto testuale della sezione-->

</text>

<entry>

<!— Organizer delle entry codificate-->

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

<!—Familiarità [1..N]-->

…

<component>

<!—contenuto codificato anamnesi familiare--> </component>

</organizer>

</entry>

</section>

</component>

#### section/code

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

Composizione di <code>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "10157-6" | Codice LOINC. |
| codeSystem | "2.16.840.1.113883.6.1" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | "LOINC" | Nome del vocabolario utilizzato: LOINC. |
| displayName | Storia di malattie di membri familiari | Nome della *section*. |

Tabella 55 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code

Esempio di utilizzo

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

#### section/title

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

Esempio di implementazione:

<title> Anamnesi familiare </title>

1. La sezione Anamnesi Familiare (“*LOINC Code 10157-6*”) **PUÒ** avere un *section/title* possibilmente valorizzato con “*Anamnesi Familiare*”.

#### section/text

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

Esempio di implementazione:

<text>

<table>

<tbody>

<tr>

<td ID="Fam\_str\_1">Familiarità per <content ID="fam\_1">K \_SISTEMA NERVOSO (129.9) </content></td>

</tr>

<tr>

<td ID=" Fam\_str\_2">Familiarità per <content ID="fam\_2">DEFICIT VISIVI (369.2)</content> : padre, nonna paterna, zio</td>

</tr>

<tr>

<td ID="Fam\_str\_3">Familiarità per <content ID="fam\_3">IMA PRECOCE</content> : padre morto prima dei 51 anni di IMA</td>

</tr>

<tr>

<td ID="Fam\_str\_4">Familiarità per <content ID="fam\_4">Diabete</content>: padre insorgenza a 15 anni.</td>

</tr>

<tr>

<td ID="Fam\_str\_5">Familiarità per

<content ID="fam\_5">Diabete </content>: Nonna paterna NON DIABETICA</td>

</tr>

<tr>

<td ID="Fam\_str\_6">paziente non ricorda casi di diabete in famiglia, ma sa che qualcuno ha avuto problemi di ipertensione</td>

</tr>

</tbody>

</table>

<text>

#### section/entry

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

1. La sezione “Anamnesi Familiare” (“10157-6”) **PUÒ** contenere una o più elementi di tipo *entry/organizer.*

##### entry/organizer

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. Il valore dell’attributo *organizer/@classCode* **DEVE** essere “*CLUSTER*”.
2. L’elemento *entry/organizer* **DEVE** includere almeno un elemento *component/observation* (“Dettaglio Anamnesi Familiare”).

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

1. Il *relatedSubject* **DEVE** avere un attributo *@classCode* valorizzato a “*PRS*” - *personal relationship*.
2. Il *relatedSubject* **DEVE** inoltre contenere il *code*, 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.

Esempio di implementazione:

<entry>

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

<statusCode code="[STATUS]"/>

<!— Familiarità [1..N]-->

<subject typeCode="SBJ">

<relatedSubject classCode="PRS">

<code code="[COD\_PARENTELA]" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.111" codeSystemName="RoleCode" displayName="[DESC\_PARENTELA]"/>

<subject>

<administrativeGenderCode code="[COD\_SESSO]" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1" codeSystemName="HL7 AdministrativeGender" codeSystemVersion="1.0" displayName="[DESC\_SESSO]"/>

</subject>

</relatedSubject>

</subject>

<component>

<!--Dettaglio Anamnesi Familiare relativo al parente in oggetto.-->

</component>

</organizer>

</entry>

Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Valore | Definizione | Dominio/Vincoli |
| [STATUS] | Stato |  |
| [COD\_PARENTELA] | Codice che identifica la relazione di parentela | Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.5.111 (*RoleCode*) |
| [DESC\_PARENTELA] | Descrizione che identifica la relazione di parentela | Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.5.111 (*RoleCode*) |
| [COD\_SESSO] | Codice che identifica il sesso del parente in oggetto. | Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.5.1 (*HL7 AdministrativeGender)* |
| [DESC\_SESSO] | Descrizione che identifica il sesso del parente in oggetto. | Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.5.1 (*HL7 AdministrativeGender)* |

Tabella 56 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento relatedSubject

Il valore dell’elemento *relatedSubject/code* che identifica il grado di parentela del familiare in oggetto, può essere descritto tramite il value set *RoleCode* (5.1.1.11).

Per i possibili valori dell’elemento *administrativeGenderCode* si faccia riferimento al value set riportato nel appendice 5.1.1.12.

##### observation

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

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 5.1.1.11 per i possibili valori.

Per fornire informazioni circa l’età di insorgenza o morte del soggetto, l’elemento *component/observation* conterrà una *entryRelationship*.

1. L’elemento *component/observation* **PUÒ** includere un elemento “Età Insorgenza”.
2. L’età Insorgenza **DEVE** essere rappresentata attraverso una *entryRelationship/observation*.
3. Il valore di *entryRelationship/@typeCode* in una relazione fra una *observation* “Dettaglio Anamnesi Familiare” e 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/@moodCode* valorizzato 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”).
6. **DEVE** essere presente un unico *observation/statusCode* il cui valore **DEVE** essere derivato dal value set *2.16.840.1.113883.5.14* *ActStatus STATIC*.
7. **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>

<code code="[OBS\_type]" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="[DESC\_OBS\_TYPE]"/>

<text>

<reference value="#[REF\_OBS]">

</text>

<statusCode code="[STATO]"/>

<effectiveTime value="[DT\_OBS]" |

nullFlavor="UNK"/>

<value xsi:type="CD" code="[COD\_OBS]"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103"

codeSystemName="ICD-9-CM"

displayName="[DESC\_OBS]"/>

<!—Età di insorgenza(opzionale)à

<entryRelationship typeCode=”SUBJ”

inversionInd=”true”>

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

<code code=”35267-4”

codeSystem=”2.16.840.1.113883.6.1”

codeSystemName=”LOINC”

displayName=”Età diagnosi patologia”/>

<!—Indicazione precisa età insorgenza-->

<value xsi:type=”PQ” value=”@V\_ETA@”

unit=”[ETA\_UNIT]”/>

</observation>

</entryRelationship>

<entryRelationship typeCode=”SUBJ”

inversionInd=”true”>

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

<code code=” 39016-1”

codeSystem=”2.16.840.1.113883.6.1”

codeSystemName=”LOINC”

displayName=”Età\_decesso”/>

<!—Indicazione decesso-->

<value xsi:type=”PQ” value=”[V\_ETA]”

unit=”[ETA\_UNIT]”/>

</observation>

</entryRelationship>

</observation>

L’elemento <observation>/<value> che riporta l’età di insorgenza o morte del familiare in oggetto, può essere strutturato nei seguenti modi:

* Composizione di <observation>/< value >/@value che riporta un’indicazione precisa dell’età:

<value xsi:type=”PQ” value=”[V\_ETA]” unit=”[ETA\_UNIT]”/>

* Composizione di <observation>/<value>/<low>/@value e <observation>/<value>/<high>/@value (intervallo temporale):

<!—indicazione non precisa dell’età: e.g. dopo i…; prima dei …; fra I ed I-->

<value xsi:type=”IVL\_PQ”>

<!— ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presenteà

<low value=”[L\_ETA]” unit=”[ETA\_UNIT]”/>

<high value=”[H\_ETA]” unit=”[ETA\_UNIT]”/>

</value>

Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili:

|  |  |
| --- | --- |
| Valore | Definizione e dettagli |
| [OBS\_TYPE] | Codice tipologia osservazione. |
| [DESC\_OBS\_TYPE] | Descrizione tipologia osservazione. |
| #[REF\_OBS] | Riferimento incrociato alla descrizione della familiarità nella parte narrativa |
| [STATO] | Indica lo stato del problema  Dominio di riferimento: *2.16.840.1.113883.5.14* (*ActStatus STATIC)* |
| [DT\_OBS] | Data a cui l’osservazione si riferisce (YYYYMMDD) |
| [COD\_OBS] | Codice della osservazione secondo la codifica ICD-9-CM.  Campo code del dizionario ICD-9-CM |
| [DESC\_OBS] | Descrizione della osservazione secondo la codifica ICD-9-CM.  Campo value del dizionario ICD-9-CM |
| [L\_ETA] | Età di insorgenza o morte del soggetto (limite inferiore) |
| [H\_ETA] | Età di insorgenza o morte del soggetto (limite superiore). |
| [V\_ETA] | Età di insorgenza o morte del soggetto. |
| [ETA\_UNIT] | Unità di misura usata per l’indicazione dell’età  Campo code della tabella Unità di misura età |

Tabella 57 Dettagli valorizzazione pseudovariabili relative all’elemento observation

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”>.*

La seguente tabella riporta le unità di misura dell’età:

|  |  |
| --- | --- |
| **Codice** | **Designazione** |
| a | Anni |
| mo | Mesi |
| wk | Settimane |
| d | Giorni |
| h | Ore |

Tabella 58 Unità di misura età

### Sezione Anamnesi Patologica Remota

La sezione **OPZIONALE** Anamnesi Patologica Remota è individuata dal codice LOINC “[11348-0](javascript:;)” (“History of Past illness”). Qui vengono riportate informazioni mediche relative alle malattie e interventi passati, disturbi noti ecc.

Esempio di implementazione:

<component>

<section ID="ANAMNESI\_PATOLOGICA\_REMOTA">

<code code="[11348-0](javascript:;)" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

codeSystemName="LOINC" displayName="History of Past illness"/>

<title> Anamnesi Patologica Remota</title>

<text>

<!--contenuto testuale della sezione-->

</text>

<entry>

<!— Organizer delle entry codificate-->

<organizer classCode="BATTERY" moodCode="EVN">

<statusCode code="[STATUS]"/>

<component>

<observation>

<!—contenuto codificato anamnesi patologica remota-->

</observation>

</component>

</organizer>

</entry>

</section>

</component>

#### section/code

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

Composizione di <code>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "[11348-0](javascript:;)" | Codice LOINC. |
| codeSystem | "2.16.840.1.113883.6.1" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | "LOINC" | Nome del vocabolario utilizzato: LOINC. |
| displayName | History of Past illness | Nome della *section*. |

Tabella 59 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code

Esempio di utilizzo

<code code="11348-0" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName=" History of Past illness "/>

#### section/title

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

Esempio di implementazione:

<title> Anamnesi Patologica Remota </title>

#### section/text

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

Esempio di implementazione:

<text>

<paragraph>

Nell’anno 1988 ha subito appendicectomia.

</paragraph>

</text>

#### section/entry

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

##### entry/organizer

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a riportare le informazioni dettagliate sull’anamnesi patologica remota.

Le entry codificate sono rappresentate da elementi *component/observation* “Dettaglio Anamnesi Patologica Remota” che devono essere strutturati entro appositi “*organizer*”; gli *organizer* servono a raggruppare le osservazioni cliniche del paziente.

L'attributo <organizer>/@moodCode**OBBLIGATORIO DEVE** assumere valore costante **"EVN"**; l'attributo <organizer>/@classCode**PUÒ** assumere i valori “BATTERY" o “CLUSTER”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| moodCode | EVN | Event |
| classCode | BATTERY o CLUSTER | Battery o Cluster |

Tabella 60 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento organizer

L'elemento <organizer> **DEVE** contenere un elemento <statusCode>.

1. La sezione Anamnesi Patologica Remota **DEVE** contenere un elemento *<entry>/<organizer>* il quale **DEVE** a sua volta contenere uno o più elementi *<component>/<observation>*.

Esempio di implementazione:

<entry>

<organizer moodCode="EVN" classCode="BATTERY">

<statusCode code="[STATUS]"/>

<component>

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

... <!—dettaglio malattie o interventi passati-->

</observation>

</component>

</organizer>

</entry>

##### observation

Elemento **OBBLIGATORIO** cheriporta tutte le informazioni relative alle malattie o interventi passati del paziente.

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

Composizione di <observation>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| moodCode | EVN | Event |
| classCode | OBS | Observation |

Tabella 61 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento observation

1. L’elemento *<observation>* **DEVE** contenere un <*code*> che specifica la diagnosi. Tale tag **PUÒ** essere valorizzato con il sistema di codifica ICD9-CM.
2. **PUÒ** inoltre contenere un elemento <*effectiveTime*> per definire la data in cui si è verificato l’evento.

Esempio di implementazione:

<entry>

<organizer moodCode="EVN" classCode="BATTERY">

<statusCode code="[STATUS]"/>

<component>

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

<code code="[COD\_DIAGNOSI]" codeSystem="[oid\_codesystem]" codeSystemName="[NOME\_CODESYSTEM]" displayName="[DESC\_DIAGNOSI]"/>

<statusCode code="[STATUS\_PATOLOGIA] "/>

<effectiveTime>

<low value="[DT\_PRIMA\_INSORG]"/>

<high value="[DT\_ULTIMA\_INSORG]"/>

<effectiveTime/>

<value xsi:type="CD">

<originalText>

<reference value="#[REF\_APR]"/>

</originalText>

</value>

</observation>

</component>

</organizer>

</entry>

Segue la tabella delle pseudo variabili:

|  |  |
| --- | --- |
| Valore | Definizione |
| [STATUS] | Stato |
| [COD\_DIAGNOSI] | Codice della diagnosi |
| [OID\_CODESYSTEM] | OID del sistema di codifica |
| [NOME\_CODESYSTEM] | Descrizione del sistema di codifica |
| [DESC\_DIAGNOSI] | Descrizione della diagnosi |
| [STATUS\_PATOLOGIA] | Stato della patologia |
| [DT\_PRIMA\_INSORG] | Data di prima insorgenza [YYYYMMDD] |
| [DT\_ULTIMA\_INSORG] | Data di ultima insorgenza [YYYYMMDD] |
| #[REF\_APR] | riferimento incrociato alla descrizione dell’elemento nella parte narrativa della sezione |

Tabella 62 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation

L’elemento <observation>/<effectiveTime> può essere strutturato in maniera differente a seconda che si voglia descrivere un preciso istante (point in time) o un intervallo temporale.

La composizione di <observation>/<effectiveTime>/@value (point in time) è riportata nell’esempio a seguire:

<component>

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

<code code="[COD\_DIAGNOSI]" codeSystem="[OID\_CODESYSTEM]" codeSystemName="[NOME\_CODESYSTEM]" displayName="[DESC\_DIAGNOSI]"/>

<statusCode code="[STATUS\_PATOLOGIA]"/>

<effectiveTime value="20170101"/>

</observation>

</component>

La composizione di <observation>/<effectiveTime>/<low>/@value e <observation>/<effectiveTime>/<high>/@value (intervallo temporale) è riportata nell’esempio seguente.

Esempio di implementazione:

<component>

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

<code code="[COD\_DIAGNOSI]" codeSystem="[OID\_CODESYSTEM]" codeSystemName="[NOME\_CODESYSTEM]" displayname="[DESC\_DIAGNOSI]"/>

<statusCode code="[STATUS\_PATOLOGIA]"/>

<effectivetime>

<low value="20170101"/>

<high value="20170601"/>

</effectiveTime>

</observation>

</component>

### Sezione Anamnesi Patologica Prossima

La sezione **OPZIONALE** Anamnesi Patologica Prossima è individuata dal codice LOINC “[10164-2](javascript:;)” (“History of Present illness”). Qui vengono riportate informazioni mediche riguardanti il disturbo per cui il paziente consulta il medico.

Esempio di implementazione:

<component>

<section ID="ANAMNESI\_PATOLOGICA\_PROSSIMA">

<code code="[10164-2](javascript:;)" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="History of Present illness"/>

<title> Anamnesi Patologica Prossima</title>

<text>

<!--contenuto testuale della sezione-->

</text>

<entry>

<!— Organizer delle entry codificate-->

<organizer classCode="BATTERY" moodCode="EVN">

<statusCode code="[STATUS]"/>

<component>

<observation>

<!—contenuto codificato anamnesi patologica prossima-->

</observation>

</component>

</organizer>

</entry>

</section>

</component>

#### section/code

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

Composizione di <code>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "[10164-2](javascript:;)" | Codice LOINC. |
| codeSystem | "2.16.840.1.113883.6.1" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | "LOINC" | Nome del vocabolario utilizzato: LOINC. |
| displayName | History of Present illness | Nome della *section*. |

Tabella 63 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code

Esempio di utilizzo

<code code="10164-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName=" History of Present illness"/>

#### section/title

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

Esempio di implementazione:

<title> Anamnesi Patologica Prossima </title>

#### section/text

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

Esempio di implementazione:

<text>

<paragraph>

Nel mese di marzo 2016 è stata colpita da sindrome influenzale nonostante la vaccinazione antinfluenzale.

</paragraph>

</text>

#### section/entry

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

##### entry/organizer

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a riportare le informazioni dettagliate sull’anamnesi patologica prossima.

Le entry codificate sono rappresentate da elementi *component/observation* “Dettaglio Anamnesi Patologica Prossima” che devono essere strutturati entro appositi “*organizer*”; gli *organizer* servono a raggruppare le osservazioni cliniche del paziente.

L'attributo <organizer>/@moodCode**OBBLIGATORIO DEVE** assumere valore costante **"EVN"**; l'attributo <organizer>/@classCode**PUÒ** assumere i valori “BATTERY" o “CLUSTER”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| moodCode | EVN | Event |
| classCode | BATTERY o CLUSTER | Battery o Cluster |

Tabella 64 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento organizer

L'elemento <organizer> **DEVE** contenere un elemento <statusCode>

1. La sezione Anamnesi Patologica Remota **DEVE** contenere un elemento *<entry>/<organizer>* il quale **DEVE** a sua volta contenere uno o più elementi *<component>/<observation>*.

Esempio di implementazione:

<entry>

<organizer moodCode="EVN" classCode="BATTERY">

<statusCode code="[STATUS]"/>

<component>

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

... <!—dettaglio malattie o interventi attuali-->

</observation>

</component>

</organizer>

</entry>

##### observation

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere le malattie attuali del paziente.

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

Composizione di <observation>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| moodCode | EVN | Event |
| classCode | OBS | Observation |

Tabella 65 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento observation

1. l’elemento *<observation>* **DEVE** contenere un <*code*> che specifica la diagnosi. Tale tag **PUÒ** essere valorizzato con il sistema di codifica ICD9-CM.
2. **PUÒ** inoltre contenere un elemento <*effectiveTime*> per definire la data in cui si è verificato l’evento.

Esempio di implementazione:

<entry>

<organizer moodCode="EVN" classCode="BATTERY">

<statusCode code="[STATUS]"/>

<component>

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

<code code="[COD\_DIAGNOSI]" codeSystem="[OID\_CODESYSTEM]" codeSystemName="[NOME\_CODESYSTEM]" displayName="[DESC\_DIAGNOSI]"/>

<statusCode code="[STATUS\_PATOLOGIA]"/>

<effectiveTime>

<low value="[DT\_PRIMA\_INSORG]"/>

<high value="[DT\_ULTIMA\_INSORG]"/>

<effectiveTime/>

<value xsi:type="CD">

<originalText>

<reference value="#[REF\_APP]"/>

</originalText>

</value>

</observation>

</component>

</organizer>

</entry>

Segue la tabella delle pseudo variabili:

|  |  |
| --- | --- |
| Valore | Definizione |
| [STATUS] | Stato |
| [COD\_DIAGNOSI] | Codice della diagnosi |
| [OID\_CODESYSTEM] | OID del sistema di codifica |
| [NOME\_CODESYSTEM] | Descrizione del sistema di codifica |
| [DESC\_DIAGNOSI] | Descrizione della diagnosi |
| [STATUS\_PATOLOGIA] | Stato della patologia |
| [DT\_PRIMA\_INSORG] | Data di prima insorgenza [YYYYMMDD] |
| [DT\_ULTIMA\_INSORG] | Data di fine insorgenza [YYYYMMDD] |
| #[REF\_APP] | riferimento incrociato alla descrizione dell’elemento nella parte narrativa della sezione |

Tabella 66 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation

L’elemento <observation>/<effectiveTime> può essere strutturato in maniera differente a seconda che si voglia descrivere un preciso istante (point in time) o un intervallo temporale.

La composizione di <observation>/<effectiveTime>/@value (point in time) è riportata nell’esempio a seguire:

<component>

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

<code code="[COD\_DIAGNOSI]" codeSystem="[OID\_CODESYSTEM]" codeSystemName="[NOME\_CODESYSTEM]" displayName="[DESC\_DIAGNOSI]"/>

<statusCode code="[STATUS\_PATOLOGIA]"/>

<effectiveTime value="20220108"/>

</observation>

</component>

La composizione di <observation>/<effectiveTime>/<low>/@value e <observation>/<effectiveTime>/<high>/@value (intervallo temporale) è riportata nell’esempio seguente.

Esempio di implementazione:

<component>

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

<code code="[COD\_DIAGNOSI]" codeSystem="[OID\_CODESYSTEM]" codeSystemName="[NOME\_CODESYSTEM]" displayName="[DESC\_DIAGNOSI]"/>

<statusCode code="[STATUS\_PATOLOGIA]"/>

<effectiveTime>

<low value="202131121"/>

<high value="20220105"/>

</effectiveTime>

</observation>

</component>

### Sezione Allergie

Elemento **OPZIONALE** atto a raccogliere tutte le informazioni relative alle allergie ed intolleranze, alle reazioni avverse e ad eventuali condizioni di allarme comunicate dal paziente che il medico ritiene utili evidenziare ai fini della formulazione del referto (es. principi attivi, agenti allergenici e intolleranze rilevati sul paziente).

1. La sezione Storia Clinica **PUÒ** contenere una ed una sola sottosezione “Allergie”

Esempio di implementazione:

<component>

<section ID=ALLERGIA\_INTOLLERANZA>

<code code="48765-2"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"

codeSystemVersion="2.19"

displayName="Allergie"/>

<title> Allergie </title>

<text>

<paragraph>

…

</paragraph>

</text>

<entry>

<!—Descrizione dettagliata dell’allergia-->

</entry>

</section>

</component>

#### section/code

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

1. la sezione Allergie **DEVE** avere un elemento *<code>* valorizzato con l’attributo @*code* pari a “***48765-2 "*** e @*codesystem* pari a ***"2.16.840.1.113883.6.1"***

Composizione di <code>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "48765-2" | Codice LOINC. |
| codeSystem | "2.16.840.1.113883.6.1" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | "LOINC" | Nome del vocabolario utilizzato: LOINC. |
| displayName | Allergie | Nome della section. |

Tabella 67 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento code

Esempio di implementazione:

<code code="48765-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="Allergie"/>

#### section/title

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

Esempio di implementazione:

<title> Allergie </title>

1. La sezione Allergie **PUÒ** avere un elemento *<title>* valorizzato con ***" Allergie "***

#### section/text

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

Esempio di implementazione:

<text>

<paragraph>

Allergico a Cefalosporine; Allergia a contatto per lattice; Allergia a

contatto ed inalazione per polvere comune.

</paragraph>

</text>

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

#### section/entry

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

1. La sezione Allergie **PUÒ** contenere almeno una *entry* di tipo “Allergia o Intolleranza”.

##### entry/act

Le informazioni su un’allergia o un’intolleranza sono fornite attraverso un elemento *entry/act*.

1. Un elemento *entry/act* di tipo “Allergia o Intolleranza” **DEVE** includere uno ed un solo elemento *entry/act/entryRelationship/observation*.

Una “Osservazione Allergia o Intolleranza” **PUÒ** riguardare dati relativi ad intolleranze, allergie o reazioni avverse.

Il valore per l’elemento *act/statusCode* **DEVE** essere derivato dal ValueSet *X\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted* *STATIC* (5.1.1.1):

Esempio di implementazione:

<entry>

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

<code nullFlavor="NA"/>

<statusCode code="[STATO\_ACT]"/>

<effectiveTime>

<low value="[DT\_INIZIO\_TRACC]" | nullFlavor="UNK"/>

<high value="[DT\_FINE\_TRACC]"/>

</effectiveTime>

<!—una sola entryRelationship-->

<entryRelationship typeCode="SUBJ">

<!—@osservazioni Allergie o Intolleranze@-->

</entryRelationship>

</act>

</entry>

Di seguito la tabella delle pseudo variabili:

|  |  |
| --- | --- |
| Valore | Definizione e dettagli |
| [STATO\_ACT] | Stato dell’atto  Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.5.14 (*X\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted* *STATIC)* |
| [DT\_INIZIO\_TRACC] | Data di inizio tracciamento del problema [YYYYMMDD] |
| [DT\_FINE\_TRACC] | Data di fine tracciamento del problema [YYYYMMDD] |

Tabella 68 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative alle informazioni sulle intolleranze

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.

##### entryRelationship/observation

Le informazioni di dettaglio relative ad un’allergia od intolleranza sono passate attraverso un elemento di tipo *Observation*.

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”.*

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

###### Presenza Allergia o Intolleranza

In caso di indicazione di un allarme relativo ad una intolleranza od un’allergia questa sarà descritta attraverso un *observation*.

1. L’osservazione Intolleranza od Allergia **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una act/*entryRelationship/observation*.
2. Il valore dell’elemento *observation/code* **PUÒ** esserevalorizzatoattraverso una codifica **LOINC** *@code “52473-6” e @codeSystem “*2.16.840.1.113883.6.1”
3. Il valore dell’elemento *observation/value* **PUÒ** essere derivato dal Value Set *ObservationIntoleranceType DYNAMIC (5.1.1.3)*, e in tal caso *observation/code/@codeSystem* **DEVE** essere valorizzato con “*2.16.840.1.113883.5.4*”.

L’osservazione Intolleranza od Allergia **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una *entryRelationship/observation.*

Esempio di implementazione con *value* codificato:

<entryRelationship typeCode="SUBJ">

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

<code code="52473-6"codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="Allergia o causa della reazione"/>

<statusCode code="[STATO\_ALLERGIA]"/>

<text>

<reference value="#[REF\_NOTA1]"/>

</text>

<effectiveTime>

<low value="[DT\_PRIMA\_MANIF]"/>

<high value="[DT\_ULTIMA\_MANIF]"/>

</effectiveTime>

<value xsi:type="CD" code="[COD\_TIPOALLERGIA]"

codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"

codeSystemName="ObservationIntoleranceType"

displayName="[DESC\_TIPOALLERGIA]"/>

<participant>

<!-- Descrizione agente [0..N]-->

</participant>

<entryRelationship>

<!-- Descrizione delle reazioni [0..N]-->

</entryRelationship>

<entryRelationship>

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

</entryRelationship>

<entryRelationship>

<!— Stato dell’Allergia [0..1]-->

</entryRelationship>

<entryRelationship>

<!-- Descrizione Commenti e Note [0..1]--->

</entryRelationship>

</observation>

</entryRelationship>

Esempio di implementazione con *value* non codificato:

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

<entryRelationship typeCode="SUBJ">

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

<code code="52473-6"codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="Allergia o causa della reazione"/>

<statusCode code="[STATO\_ALLERGIA]"/>

<text>

<reference value="#[REF\_NOTA1]"/>

</text>

<effectiveTime>

<low value="[DT\_PRIMA\_MANIF]"/>

<high value="[DT\_ULTIMA\_MANIF]"/>

</effectiveTime>

<value xsi:type="CD">

<originalText>

<reference value="#[REF\_NOTA1]"/>

</originalText>

</value>

<participant>

<!-- Descrizione agente [0..N]-->

</participant>

<entryRelationship>

<!-- Descrizione delle reazioni [0..N]-->

</entryRelationship>

<entryRelationship>

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

</entryRelationship>

<entryRelationship>

<!— Stato dell’Allergia [0..1]-->

</entryRelationship>

<entryRelationship>

<!-- Descrizione Commenti e Note [0..1]--->

</entryRelationship>

</observation>

</entryRelationship>

</act>

Nella seguente tabella vengono riportate le pseudo variabili utilizzate:

|  |  |
| --- | --- |
| Valore | Dettagli |
| [COD\_TIPOALLERGIA] | Indica il tipo di reazione avversa che si sta descrivendo: intolleranza generica, intolleranza non allergica, allergia…  Dominio di riferimento: *2.16.840.1.113883.5.4 (ObservationIntoleranceType)* |
| [STATO\_ALLERGIA] | Indicazione dello stato clinico dell’Allergia.  Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.5.14 (*X\_ActStatus ActiveSuspendedAbortedCompleted* *STATIC)* |
| #[REF\_NOTA] | Riferimento incrociato alla descrizione dell’elemento nella parte narrativa della sezione |
| [DT\_PRIMA\_MANIF] | Data di prima insorgenza dell’Allergia [YYYYDDMM] |
| [DT\_ULTIMA\_MANIF] | Data di risoluzione dell’Allergia [YYYYDDMM] |

Tabella 69 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation

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.

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 rappresentata dall’elemento Osservazione Reazione Avversa, che potrà essere in forma codificata o non codificata.

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.

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).

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.

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 – **POTREBBE** essere selezionato dal value set AllergenNoDrugs\_PSSIT DYNAMIC (5.1.1.4).

Esempio di implementazione:

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

. . .

<!—Descrizione codificata dell’agente-->

<participant typeCode="CSM">

<participantRole classCode="MANU">

<playingEntity classCode="MMAT">

<code code="[COD\_AGENTE]" codeSystem="[OID\_CODESYSTEM]" codeSystemName="[NOME\_CODESYSTEM]" displayName="[DESC\_AGENTE]">

<originalText>

<reference value="#[REF\_AGENT]"/>

</originalText>

</code>

</playingEntity>

</participantRole>

</participant>

</observation>

Nella seguente tabella vengono riportate le pseudo variabili utilizzate:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Valore | Tipo | Dettagli |
| [COD\_AGENTE] | CS | Codice che identifica l’agente scatenante. |
| [OID\_CODESYSTEM] | OID | OID del sistema di codifica utilizzato per individuare gli agenti. |
| [NOME\_CODESYSTEM] | ST | Nome del sistema di codifica utilizzato per individuare gli agenti. |
| [DESC\_AGENTE] | ST | Descrizione dell’agente scatenante. |
| #[REF\_AGENT] | URI | Riferimento incrociato alla descrizione dell’agente nella parte narrativa. |

Tabella 70 Dettaglio valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation

* *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*, l’indicazione esplicita dell’agente è passata attraverso un riferimento alla descrizione testuale nel narrative block.

Segue un esempio di implementazione:

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

. . .

<!—Descrizione non codificata dell’agente-->

<participant typeCode="CSM">

<participantRole classCode="MANU">

<playingEntity classCode="MMAT">

<code nullFlavor="NI">

<originalText>

<reference value="#[REF\_AGENT]"/>

</originalText>

</code>

</playingEntity>

</participantRole>

</participant>

</observation>

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*.

1. Il valore di *observation/code* **DEVE** essere *@code=“75321-0”,* *@displayName*=“*Obiettività Clinica*”, *@codeSystem*=“*2.16.840.1.113883.6.1*”.

* *Descrizione Reazioni Codificata*

1. Il valore di *observation/value* **POTREBBE** essere derivato dal sistema di codifica ICD9-CM (“*2.16.840.1.113883.6.103*”), in particolare dal Value Set *ReazioniIntolleranza\_PSSIT DYNAMIC* (5.1.1.5) per le reazioni da intolleranza, o dal Value Set *ReazioniAllergiche\_PSSIT DYNAMIC* (5.1.1.6) per le reazioni allergiche, entrambi derivati da ICD9-CM.

Esempio di implementazione:

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

. . .

<!—Descrizione codificata delle reazioni-->

<entryRelationship typeCode="MFST" >

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

<code code="75321-0" displayName= "Obiettività Clinica" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>

<text>

<reference value='#[REF\_TXT\_OBS]'/>

</text>

<statusCode code="[STATO\_REAZIONE]"/>

<effectiveTime>

<low value="[DT\_PRIMA\_MANIF]"/>

<high value="[DT\_ULTIMA\_MANIF]"/>

</effectiveTime>

<value xsi:type="CD" code="[COD\_REAZ]"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" displayName="[DESC\_REAZ]"

codeSystemName="ICD-9CM"> <originalText>

<reference value="#[REF\_REAZ]"/>

</originalText>

</value>

</observation>

</entryRelationship>

</observation>

* *Descrizione Reazioni Non Codificata*

Esempio di implementazione:

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

. . .

<!—Descrizione non codificata delle reazioni-->

<entryRelationship typeCode="MFST" >

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

<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="[STATO\_REAZIONE]"/>

<effectiveTime>

<low value="[DT\_PRIMA\_MANIF]"/>

<high value="[DT\_ULTIMA\_MANIF]"/> </effectiveTime>

<value xsi:type="CD"> <originalText>

<reference value="#[REF\_OBS]"/>

</originalText>

</value>

</observation>

</entryRelationship>

</observation>

Nella seguente tabella vengono riportate le pseudo variabili utilizzate:

|  |  |
| --- | --- |
| Valore | Definizione e dettagli |
| #[REF\_TXT\_OBS] | Riferimento incrociato alla descrizione dell’elemento nella parte narrativa. |
| [STATO\_REAZIONE] | Stato della reazione.  Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.5.14 (X\_ActStatus ActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC) |
| [DT\_PRIMA\_MANIF] | Data di insorgenza del problema [YYYYMMDDHHMMSS+|-ZZZZ] |
| [DT\_ULTIMA\_MANIF] | Data di risoluzione del problema. [YYYYMMDDHHMMSS+|-ZZZZ] |
| #[REF\_OBS] | Riferimento incrociato alla descrizione della reazione nella parte narrativa. |

Tabella 71 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation

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”.*

Se il problema è ancora attivo, l’elemento *act/effectiveTime/high* deveessere omesso.

Criticità dell’Allergia o Intolleranza

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

1. Il valore *observation/code* **DEVE** essere valorizzato con il ValueSet ActCode con OID “2.16.840.1.113883.5.4”
2. Il valore di observation/value **PUÒ** essere derivato dal ValueSet CriticalityObservation 2.16.840.1.113883.5.1063 DYNAMIC (5.1.1.8).

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.

Esempio di implementazione:

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

. . .

<!—Descrizione Criticità-->

<entryRelationship typeCode="SUBJ" >

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

<code code="SEV" displayName="Criticality"

codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4" codeSystemName="ActCode"/>

<text>

<reference value="#[ref\_txt\_crit]'/>

</text>

<statusCode code="[STATO\_CRITIC]"/>

<value xsi:type="CD" code="[COD\_CRITIC]"

codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1063"

codeSystemName="ObservationValue" displayName="[DESC\_CRITIC]"/>

</observation>

</entryRelationship>

</observation>

Nella seguente tabella vengono riportate le pseudo variabili utilizzate:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Valore | Dettagli | Dominio / Vincoli |
| #[REF\_TXT\_CRIT] | riferimento incrociato alla descrizione della criticità dell’allergia o intolleranza nella parte narrativa. | URI |
| [STATO\_CRITIC] | Stato della criticità. | Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.5.14 (*X\_ActStatus ActiveSuspendedAbortedCompleted* *STATIC)* |
| [COD\_CRITIC] | Codice associato alla criticità. | Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.5.1063 (*CriticalityObservation)* |
| [DESC\_CRITIC] | Descrizione associata alla criticità. | Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.5.1063 (*CriticalityObservation)* |

Tabella 72 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation

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. Il valore dell’*observation/code* **DEVE** essere “33999-4” “Stato” “2.16.840.1.113883.6.1” LOINC STATIC.
2. I possibili stati clinici di un problema (*observation/value/@code*) **POSSONO** essere selezionati dal Value Set *StatoClinicoProblema\_PSSIT DYNAMIC* derivato dal LOINC *(@codeSystem “2.16.840.1.113883.6.1”*).
3. L’elemento observation/value/@code che esprime lo stato clinico di un problema **PUÒ** essere selezionato dal Value Set StatoClinicoProblema\_PSSIT DYNAMIC (5.1.1.9) (@codeSystem “2.16.840.1.113883.6.1”) derivato dal LOINC.

Esempio di implementazione:

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

. . .

<!— Stato dell’Allergia -->

<entryRelationship typeCode="REFR" >

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

<code code="33999-4" displayName="Stato" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

codeSystemName="LOINC"/>

<text>

<reference value="#[REF\_STATO]"/>

</text>

<statusCode code="[STATO]"/>

<value xsi:type="CD" code="[COD\_STATO]"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

displayName="[desc\_stato]"/>

</observation>

</entryRelationship>

</observation>

Tabella delle pseudo variabili

|  |  |
| --- | --- |
| Valore | Definizione e dettagli |
| #[REF\_STATO] | Riferimento incrociato alla descrizione dello stato nella parte narrativa. |
| [COD\_STATO] | Codice associato allo stato clinico. |
| [STATO] | Stato clinico di un problema o di una allergia.  Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.5.14 (*X\_ActStatus ActiveSuspendedAbortedCompleted* |
| [DESC\_STATO] | Descrizione dello stato clinico. |

Tabella 73 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation

Commenti

1. I commenti o le informazioni testuali aggiuntive relative ad un problema o ad un allarme **DEVONO** essere rappresentati attraverso un *act*.

Esempio di implementazione:

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

. . .

<!— Descrizione Commenti -->

<entryRelationship typeCode="SUBJ" >

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

<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="[STATO]"/>

</act>

</entryRelationship>

</observation>

Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Valore | Dettagli | Dominio / Vincoli |
| #[REF\_COMMENTI] | Riferimento incrociato alla descrizione dello stato nella parte narrativa. | URI |
| [STATO] | Stato clinico di un problema o di una allergia. | Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.5.14 (*X\_ActStatus ActiveSuspendedAbortedCompleted* *STATIC)* |

Tabella 74 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento reference

## Sezione Precedenti Esami Eseguiti

Elemento **OPZIONALE** atto a descrivere esami e prestazioni specialistiche effettuati precedentemente e dei quali si ritiene opportuno tenerne traccia ai fini della formulazione del referto.

1. Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Precedenti Esami Eseguiti”

### section/code

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

1. la sezione Precedenti Esami Eseguiti **DEVE** avere un elemento <*code*> valorizzato con l’attributo *@code* pari a "55114-3" e *@codeSystem* pari a "2.16.840.1.113883.6.1"

Composizione di <code>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "55114-3" | Codice LOINC. |
| codeSystem | "2.16.840.1.113883.6.1" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | "LOINC" | Nome del vocabolario utilizzato: LOINC. |
| displayName | Precedente procedura di imaging, descrizioni | Nome della *section*. |

Tabella 75 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento code

Esempio di implementazione:

<code code="55114-3"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

codeSystemName="LOINC"

displayName="Precedente procedura di imaging, descrizioni"/>

### section/title

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

1. la sezione Precedenti Esami Eseguiti **PUÒ** avere un elemento <*title*> valorizzato con " Precedenti Esami Eseguiti "

Esempio di implementazione:

<title> Precedenti Esami Eseguiti </title>

### section/text

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

1. La sezione Precedenti Esami Eseguiti **DEVE** avere un elemento <*text*> contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("human-readable").

Esempio di utilizzo (sezione non strutturata – Testo Libero):

<text>

<paragraph>

In data 3 febbraio 2014 h 9:22 l’assistito si è sottoposto a un esame

Radiografico al torace dal quale non è emersa la presenza di alcun trauma.

</paragraph>

</text>

Esempio di utilizzo (sezione strutturata):

<text>

<table>

<thead>

<tr>

<th>Precedente Esame Eseguito</th>

<th>Data Esame</th>

<th>Esito</th>

</tr>

</thead>

<tbody>

<tr>

<td>Radiografia del torace</td>

<td>(03 Feb 2014 09:22)</td>

<td>Nessun trauma riscontrato</td>

</tr>

</tbody>

</table>

</text>

### section/entry

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

#### organizer

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a riportare l’insieme degli esami eseguiti in precedenza dal soggetto che ha effettuato la prestazione.

L'attributo <organizer>/@moodCode**OBBLIGATORIO DEVE** assumere valore costante **"EVN"**; l'attributo <organizer>/@classCode**PUÒ** assumere i valori “BATTERY" o “CLUSTER”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| moodCode | EVN | Event |
| classCode | BATTERY o CLUSTER | Battery o Cluster |

Tabella 76 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento organizer

L'elemento <organizer> **DEVE** contenere un elemento <statusCode>/@code che assume il valore costante “**completed**”.

1. la sezione Precedenti Esami Eseguiti **DEVE** contenere un elemento *<entry>/<organizer>* il quale **DEVE** a sua volta contenere uno o più elementi *<component>/<observation>*.

Esempio di implementazione:

<entry>

<organizer moodCode="EVN" classCode="BATTERY">

<statusCode code="completed"/>

<component>

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

...

</observation>

</component>

</organizer>

</entry>

#### observation

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere l’esame.

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

Composizione di <observation>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| moodCode | EVN | Event |
| classCode | OBS | OBSERVATION |

Tabella 77 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento observation

1. L’elemento *<observation>* **DEVE** contenere un elemento <*code*> che specifica l’esame eseguito. **PUÒ** inoltre contenere un elemento <*effectiveTime*> ed un elemento <*value*> per definire rispettivamente la data e l’esito dell’esame.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | [CODICE \_ESAME] | Codice dell’esame. |
| codeSystem | [OID\_SISTEMA\_CODIFICA] | OID del Sistema di codifica. |
| codeSystemName | [NOME\_SISTEMA\_CODIFICA] | Descrizione del sistema di codifica. |
| displayName | [DESCRIZIONE\_ESAME] | Descrizione dell’esame. |

Tabella 78 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento code

Per la codifica possono essere utilizzati i sistemi di codifica (LOINC, ICD9-CM) e possono essere inserite eventuali altre codifiche derivanti da Nomenclatura Ministeriale e/o Regionale mediante l’elemento <translation>. Gli attributi da valorizzare sono gli stessi dell'elemento <code> riportato in precedenza.

L’elemento <observation>/<effectiveTime> può essere strutturato in maniera differente a seconda che si voglia descrivere un preciso istante (point in time) o un intervallo temporale.

Composizione di <observation>/<effectiveTime>/@value (point in time):

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

Tabella 79 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento value

Esempio di implementazione:

<component>

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

<code code="[COD\_ESAME]"

codeSystem="[OID\_CODESYSTEM]" codeSystemName="[NOME\_CODESYSTEM]"

displayName="[DESC\_ESAME]"/>

<effectiveTime value="20170101090000+0200"/>

<value>Nessun trauma riscontrato</value>

</observation>

</component>

Composizione di <observation>/<effectiveTime>/<low>/@value e <observation>/<effectiveTime>/<high>/@value (intervallo temporale):

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

Tabella 80 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento effectiveTime

Esempio di implementazione:

<component>

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

<code code="[COD\_ESAME]"

codeSystem="[OID\_CODESYSTEM]"

codeSystemName="[NOME\_CODESYSTEM]"

displayName="[DESC\_ESAME]"/>

<effectiveTime>

<low value="20170101090000+0200"/>

<high value="20170101103000+0200"/>

</effectiveTime>

<value>Nessun trauma riscontrato</value>

</observation>

</component>

Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Valore | Tipo | Dettagli |
| [COD\_ESAME] | CS | Codice associato all’esame eseguito. |
| [OID\_CODESYSTEM] | OID | OID del sistema di codifica. |
| [NOME\_CODESYSTEM] | ST | Nome del sistema di codifica. |
| [DESC\_ESAME] | ST | Descrizione dell’esame eseguito. |

Tabella 81 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative all’elemento code

## Sezione Esame Eseguito

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere gli esami radiologici oggetto del referto. È caratterizzato dalla data di esecuzione, dalla modalità di esecuzione e dalla dose assorbita (indicatore di esposizione).

1. Il documento **DEVE** contenere una ed una sola sezione “Esame Eseguito”

### section/code

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

1. La sezione Esame Eseguito **DEVE** avere un elemento *<code>* valorizzato con l’attributo @*code* pari a ***"55111-9"*** e @*codeSystem* pari a ***"2.16.840.1.113883.6.1"***

Composizione di <code>:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Attributo | Tipo | Valore | Dettagli |
| code | ST | "55111-9" | Codice LOINC. |
| codeSystem | OID | "2.16.840.1.113883.6.1" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | ST | "LOINC" | Nome del vocabolario utilizzato: LOINC. |
| codeSystemVersion | ST | [VERSIONE] | Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19). |
| displayName | ST | Descrizioni attuale procedure di imaging | Nome della section. |

Tabella 82 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento code

Esempio di implementazione:

<code code="55111-9"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

codeSystemName="LOINC"

codeSystemVersion="2.19"

displayName="Descrizioni attuale procedure di imaging"/>

### section/title

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

1. La sezione Esame Eseguito **PUÒ** avere un elemento <title> valorizzato con ***"Esame Eseguito"***

Esempio di implementazione:

<title> Esame Eseguito </title>

### section/text

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

1. La sezione Esame Eseguito **DEVE** avere un elemento *<text>* contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("*human-readable*").

Esempio di implementazione:

<text>

<table>

<thead>

<tr>

<th>Descrizione Esame Eseguito</th>

<th>Data Esame Eseguito</th>

<th>Modalità Esame Eseguito</th>

<th>Dose Assorbita</th>

</tr>

</thead>

<tbody>

<tr ID="Esame1">

<td ID="EsameDesc1">Radiografia del torace</td>

<td>(03 Feb 2014 09:22)</td>

<td>Procedura radiografica del torace</td>

<td>0,001mSv</td>

</tr>

</tbody>

</table>

</text>

### section/entry

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

#### organizer

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a riportare l’insieme degli esami radiologici oggetto del referto.

L'attributo <organizer>/@moodCode**OBBLIGATORIO DEVE** assumere valore costante **"EVN"**; l'attributo <organizer>/@classCode **PUÒ** assumere i valori “BATTERY" o “CLUSTER”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| moodCode | EVN | Event |
| classCode | BATTERY o CLUSTER | Battery o Cluster |

Tabella 83 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento organizer

Esempio di implementazione:

<entry>

<organizer moodCode="EVN" classCode="BATTERY">

<component>

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

...

</act>

</component>

</organizer>

</entry>

#### component/act

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere l’esame eseguito mediante un codice e una descrizione e la data nella quale è stato effettuato l’esame.

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

1. L’elemento *entry/organizer* **DEVE** avere uno o più elementi *<component>/<act>* per descrivere più esami radiologici oggetti del referto.

Composizione di <act>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| moodCode | EVN | Event |
| classCode | ACT | Act |

Tabella 84 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento act

L'elemento <act> **DEVE** contenere un elemento <code> che definisce l’atto ed un elemento <effectiveTime> che specifica la data in cui è stato eseguito l’esame.

1. L’elemento *component/act* **DEVE** contenere un elemento *<code>* riportante il codice dell’esame eseguito e **DEVE** contenere un elemento *<effectiveTime*> che indica la data di esecuzione dell’esame

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Attributo | Tipo | Valore | Dettagli |
| code | ST | [CODICE PROCEDURA/ESAME] | Codice dell'esame eseguito |
| codeSystem | OID | [OID CODIFICA] | OID codifica di riferimento. |
| codeSystemName | ST | [NOME SISTEMA DI CODIFICA] | Descrizione del sistema di codifica. |
| displayName | ST | [DESCRIZIONE PROCEDURA/ESAME] | Descrizione dell'esame eseguito |

Tabella 85 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code

Per la codifica possono essere utilizzati i sistemi di codifica (LOINC, ICD9-CM) e possono essere inserite eventuali altre codifiche derivanti da Nomenclatura Ministeriale e/o Regionale mediante l’elemento <translation>. Gli attributi da valorizzare sono gli stessi dell'elemento <code> riportato in precedenza.

1. L’elemento <act>/<statusCode> **DEVE** essere sempre presente nel tag act che identifica l’esame.
2. L’elemento <act>/<effectiveTime> **DEVE** essere sempre presente nel tag *act* che identifica l’esame.

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

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

Tabella 86 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento effectiveTime

L’elemento <statusCode>

Esempio di implementazione:

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

<code code="87.3" displayName="Soft tissue x-ray of thorax" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD-9-CM">

<originalText>

<reference value="#EsameDesc1"/>

</originalText>

<translation codeSystem="[OID\_CODIFICA\_LOCALE]" codeSystemName="[CODIFICA\_LOCALE]"

code="[COD\_LOCALE]"

displayName="Rx Torace" />

</code>

<text>

<reference value="#Esame1"/>

</text>

<statusCode code="[STATUS\_ESAME]"/>

<effectiveTime value="20180203092205+0200"/>

</act>

Segue la tabella delle pseudo variabili:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Valore | Tipo | Dettagli |
| [OID\_CODIFICA\_LOCALE] | OID | OID del sistema di codifica locale utilizzato. |
| [CODIFICA\_LOCALE] | ST | Nome del sistema di codifica locale utilizzato. |
| [COD\_LOCALE] | CD | Codice locale associato all’esame. |

Tabella 87 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relativi all’elemento translation

## Sezione Referto

Elemento **OBBLIGATORIO** atto riportare al proprio interno una descrizione testuale delle valutazioni ed osservazioni del medico refertante relativamente agli elementi rilevati nel corso dell’esame.

1. Il documento **DEVE** contenere una ed una sola sezione “Referto”

### section/code

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

1. La sezione Referto **DEVE** avere un elemento *<code>* valorizzato con l’attributo @*code* pari a ***"18782-3"*** e @*codesystem* pari a ***"2.16.840.1.113883.6.1"***

Composizione di <code>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "18782-3" | Codice LOINC. |
| codeSystem | "2.16.840.1.113883.6.1" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | "LOINC" | Nome del vocabolario utilizzato: LOINC. |
| displayName | Rilievo - Radiologia | Nome della *section*. |

Tabella 88 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code

Esempio di utilizzo

<code code="18782-3"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

codeSystemName="LOINC"

displayName="Rilievo - Radiologia"/>

### section/title

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

1. La sezione Referto **PUÒ** avere un elemento *<title>* valorizzato con ***"Referto"***

Esempio di implementazione:

<title> Referto </title>

### section/text

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

1. La sezione Referto **DEVE** avere un elemento *<text>* contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("*human-readable*").

Esempio di implementazione:

<text>

<paragraph>

Al controllo odierno non sono evidenti significative curvature scoliotiche. Non si riscontrano lesioni ossee. Nel tratto dorsale e lombare non sono evidenti discopatie. Lieve sopraelevazione della cresta iliaca destra.

</paragraph>

</text>

## Sezione Conclusioni

Elemento **OPZIONALE** che riporta le considerazioni conclusive del medico refertante, con una eventuale formulazione dell'orientamento diagnostico.

1. Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Conclusioni”.

### section/code

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

1. La sezione Conclusioni **DEVE** avere un elemento *<code>* valorizzato con l’attributo @*code* pari a “***55110-1 "*** e @*codeSystem* pari a ***"2.16.840.1.113883.6.1"***

Composizione di <code>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "55110-1" | Codice LOINC. |
| codeSystem | "2.16.840.1.113883.6.1" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | "LOINC" | Nome del vocabolario utilizzato: LOINC. |
| displayName | Conclusioni | Nome della section. |

Tabella 89 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code

Esempio di implementazione:

<code code="55110-1"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

codeSystemName="LOINC"

displayName="Conclusioni"/>

### section/title

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

1. la sezione Conclusioni **PUÒ** avere un elemento *<title>* valorizzato con ***"* Conclusioni *"***

Esempio di implementazione:

<title> Conclusioni </title>

### section/text

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

1. La sezione Conclusioni **DEVE** avere un elemento *<text>* contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("*human-readable*").

Esempio di implementazione:

<text>

<paragraph>

Quadro radiologico complessivamente nella norma ed invariato rispetto al precedente.

</paragraph>

</text>

## Sezione Informazioni aggiuntive

Elemento **OPZIONALE** che riporta eventuali informazioni integrative e/o una appendice aggiuntiva al contenuto del documento originale. In questa sezione possono essere riportati suggerimenti relativi ad ulteriori specifici controlli o visite specialistiche. Questa sezione **PUÒ** essere sempre compilata ogniqualvolta il medico ritenga opportuno comunicare al paziente informazioni che non è possibile fare rientrare all’interno delle altre sezioni.

1. Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Informazioni Aggiuntive”

### section/code

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

1. La sezione Informazioni Aggiuntive **DEVE** avere un elemento *<code>* valorizzato con l’attributo @*code* pari a “***55107-7"*** e @*codeSystem* pari a ***"2.16.840.1.113883.6.1"***

Composizione di <code>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "55107-7" | Codice LOINC. |
| codeSystem | "2.16.840.1.113883.6.1" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | "LOINC" | Nome del vocabolario utilizzato: LOINC. |
| displayName | Appendice | Nome della section. |

Tabella 90 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code

Esempio di implementazione:

<code code="55107-7"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

codeSystemName="LOINC"

displayName="Appendice"/>

### section/title

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

1. la sezione Informazioni Aggiuntive **PUÒ** avere un elemento <title> valorizzato con ***"* Informazioni Aggiuntive *"***

Esempio di implementazione:

<title> Informazioni aggiuntive </title>

### section/text

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

1. La sezione Informazioni Aggiuntive **DEVE** avere un elemento *<text>* contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("*human-readable*").

Esempio di implementazione:

<text>

<paragraph>

Si consiglia di rimuovere la medicazione entro 3 giorni e di non sottoporre l’arto a sforzo.

</paragraph>

</text>

## Sezione Complicanze

Elemento **OPZIONALE** che riporta eventuali complicazioni che il medico rileva durante l'esame.

1. Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Complicanze”

Questa sezione **PUÒ** essere sempre compilata ogniqualvolta il medico ritenga opportuno evidenziare la presenza di complicanze / effetti indesiderati emersi nel corso dell’indagine strumentale.

### section/code

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

1. La sezione Complicanze **DEVE** avere un elemento *<code>* valorizzato con l’attributo *@code* pari a “***55109-3"*** e @*codeSystem* pari a ***"2.16.840.1.113883.6.1"***

Composizione di <code>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "55109-3" | Codice LOINC. |
| codeSystem | "2.16.840.1.113883.6.1" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | "LOINC" | Nome del vocabolario utilizzato: LOINC. |
| displayName | Complicazioni | Nome della section. |

Tabella 91 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code

Esempio di implementazione:

<code code="55109-3"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

codeSystemName="LOINC"

displayName="Complicazioni"/>

### section/title

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

1. La sezione Complicanze **PUÒ** avere un elemento <title> valorizzato con ***"* Complicanze *"***

Esempio di implementazione:

<title> Complicanze </title>

### section/text

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

1. La sezione Complicanze **DEVE** avere un elemento *<text>* contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("*human-readable*").

Esempio di implementazione:

<text>

<paragraph>

Dopo la somministrazione del mezzo di contrasto, il paziente ha manifestato una evidente reazione allergica.

</paragraph>

</text>

### section/entry

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

#### organizer

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a riportare l’insieme o la singola complicanza

L'attributo <organizer>/@moodCode**OBBLIGATORIO DEVE** assumere valore costante **"EVN"**; l'attributo <organizer>/@classCode**PUÒ** assumere i valori “*BATTERY*" o “*CLUSTER*”.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Attributo | Tipo | Valore | Dettagli |
| moodCode |  | EVN | Event |
| classCode |  | BATTERY o CLUSTER | Battery o Cluster |

Tabella 92 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento organizer

1. La sezione Complicanze **DEVE** contenere un elemento *<entry>/<organizer>* il quale **DEVE** a sua volta contenere uno o più elementi *<component>/<observation>*.

Esempio di implementazione:

<entry>

<organizer moodCode="EVN" classCode="BATTERY">

<statusCode code="[STATUS]"/>

<component>

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

...

</observation>

</component>

</organizer>

</entry>

#### observation

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere le complicanze.

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

Composizione di <observation>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| moodCode | EVN | Event |
| classCode | OBS | Observation |

Tabella 93 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento observation

1. L’elemento *<observation>* **DEVE** contenere un elemento <*code*> che specifica la complicanza.
2. **PUÒ** inoltre contenere un elemento <*effectiveTime*> per definire la data in cui si è verificato l’evento.

L’elemento <observation>/<effectiveTime> può essere strutturato in maniera differente a seconda che si voglia descrivere un preciso istante (point in time) o un intervallo temporale.

Composizione di <observation>/<effectiveTime>/@value (point in time):

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

Tabella 94 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento value

Esempio di implementazione:

<component>

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

<code code="[COD\_COMPLICANZE]" codeSystem="[OID\_CODESYSTEM]" codeSystemName="[NOME\_CODESYSTEM]"

displayName="[DESC\_COMPLICANZE]"/>

<effectiveTime value="20170101090000+0200"/>

</observation>

</component>

Composizione di <observation>/<effectiveTime>/<low>/@value e <observation>/<effectiveTime>/<high>/@value (intervallo temporale):

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

Tabella 95 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all’elemento effectiveTime

Esempio di implementazione:

<component>

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

<code code="[COD\_COMPLICANZE]"

codeSystem="[OID\_CODESYSTEM]"

codeSystemName="[NOME\_CODESYSTEM]"

displayName="[DESC\_COMPLICANZE]"/>

<effectiveTime>

<low value="20170101090000+0200"/>

<high value="20170101103000+0200"/>

</effectiveTime>

</observation>

</component>

Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili:

|  |  |
| --- | --- |
| Valore | Dettagli |
| [COD\_COMPLICANZE] | Codice associato alla complicanza |
| [OID\_CODESYSTEM] | OID del sistema di codifica utilizzato. |
| [NOME\_CODESYSTEM] | Nome del sistema di codifica utilizzato. |
| [DESC\_COMPLICANZE] | Descrizione della complicanza. |

Tabella 96 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative all’elemento observation

## Sezione Suggerimenti per il medico prescrittore

Elemento **OPZIONALE** che contiene una parte testuale con la descrizione di quanto il medico specialista ritiene opportuno comunicare al medico prescrittore.

Questa sezione **PUÒ** essere sempre compilata ogniqualvolta il medico refertante ritenga opportuno dare al medico prescrittore, che ha richiesto la prestazione, ulteriori suggerimenti o indicazioni generiche riguardanti il percorso di diagnosi o cura del paziente.

1. Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Suggerimenti per il medico prescrittore”

### section/code

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

1. la sezione Suggerimenti per il medico prescrittore **DEVE** avere un elemento *<code>* valorizzato con l’attributo *code* pari a “***18783-1"*** e *codeSystem* pari a ***"2.16.840.1.113883.6.1"***

Composizione di <code>:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Attributo | Valore | Dettagli |
| code | "18783-1" | Codice LOINC. |
| codeSystem | "2.16.840.1.113883.6.1" | OID del vocabolario utilizzato. |
| codeSystemName | "LOINC" | Nome del vocabolario utilizzato: LOINC. |
| displayName | Raccomandazione studio - Radiologia | Nome della section. |

Tabella 97 Dettagli valorizzazione attributi relativi all’elemento code

Esempio di implementazione:

<code code="18783-1"

codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"

codeSystemName="LOINC"

displayName="Raccomandazione studio - Radiologia"/>

### section/title

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

1. la sezione Suggerimenti per il medico prescrittore **PUÒ** avere un elemento *<title>* valorizzato con ***"* Suggerimenti per il medico prescrittore *"***

Esempio di implementazione:

<title> Suggerimenti per il medico prescrittore </title>

### section/text

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

1. la sezione Suggerimenti per il medico prescrittore **DEVE** avere un elemento *<text>* contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo (human -readable)

Esempio di implementazione:

<text>

<paragraph>

Si consiglia un approfondimento istologico al fine di

definire la natura della lesione.

</paragraph>

</text>

# Allegati

## APPENDICE 1: Vocabolari

### Value Set

#### x\_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted

Contenuto da codesystem: ActStatus [2.16.840.1.113883.5.14]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primary Reference | Informazioni addizionali |
| 0 | content | ActStatus | 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 | 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. |

Tabella 98 Valori ammessi per ActStatus

#### UnknownAllergies

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 |  |  |

Tabella 99 Valori ammessi per UnknownAllergies

#### ObservationIntoleranceType DINAMIC

Da Vocabolario di HL7 ObservationIntoleranceType [2.16.840.1.113883.1.11.19700] Contenuto da codesystem: ActCode [2.16.840.1.113883.5.4]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Codice | Designazione | Designazione (originale) | Descrizione |
| OINT | Allergia o Intolleranza | Allergia o Intolleranza | 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 immunologica 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 NonAllergy 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 | l 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 100 Valori ammessi per Observation/code (ObservationIntoleranceType) – HL7

#### AllergenNoDrugs

Link Art Decor value set:

[HL7 Italy - Value Sets (art-decor.org)](https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.2)

#### ReazioniIntolleranza

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 | della |
| 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 |  |
| 1 | combinedContent |  | 796.2 | REPERTO OCCASIONALE DI IPERTENSIONE | Aumento della pressione |  |
| 1 | combinedContent |  | 782.0 | DISTURBI DELLA SENSIBILITÀ CUTANEA | Bruciore 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 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 |  | 477.1 | 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 |  | 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 |  |  |

Tabella 101 Valori ammessi per Reazioni Intolleranza

#### ReazioniAllergiche

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 | CONGIUNTIVITEDA INCLUSI |  |  |
| 1 | combinedContent |  | 691.8 | ALTREDERMATITI 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 OFORFORA 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 NON PRURIGINOSE 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 |  |  |

Tabella 102 Valori ammessi per reazioni allergiche

#### SeverityObservation

Contenuto da codesystem: ObservationValue [2.16.840.1.113883.5.1063]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primry Reference | Display Name | Designazione originale |
| 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 consequences but is unlikely to be life-threatening or cause permanent injury. |

Tabella 103 Valori ammessi per severity observation

#### CriticalityObservation

Contenuto da codesystem: ObservationValue [2.16.840.1.113883.5.1063]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primry Reference | Display Name | Designazione originale |
| 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 consequences but is unlikely to be life-threatening or cause permanent injury. |

Tabella 104 Contenuto da codesystem: ObservationValue [2.16.840.1.113883.5.1063]

#### StatoClinicoProblema

Contenuto da codesystem: LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lvl | Content Type | Code System | Primry Reference | Display Name | Designazione originale |
| 0 | content | StatoClinicoProblema\_PSSIT |  |  | 2.16.840.1.113883.6.1 |
| 1 | combinedContent |  | LA 16666-2 | Active |  |
| 1 | combinedContent |  | LA 18632-2 | Inactive |  |

Tabella 105 Valori Ammessi per Stato Clinico Problema

#### EtàInsorgenza

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. |  |

Tabella 106 Valori ammessi per Età Insorgenza

#### ProblemObservation

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 |  |

Tabella 107 Valori ammessi per Problem Observation

#### RoleCode

Link FHIR value set:

[RoleCode - FHIR v4.0.1 (hl7.org)](https://www.hl7.org/fhir/v3/RoleCode/cs.html#v3-RoleCode-_PersonalRelationshipRoleType)

#### AdministrativeGender

Contenuto da codesystem: HL7 AdministrativeGender [2.16.840.1.113883.5.1]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Code | Display | Definition | InternaleId | status |
| F | Female | Female | 10174 | active |
| M | Male | Male | 10173 | active |
| UN | Undifferentiated | En: The gender of a person could not be uniquely defined as male or female, such as intersex. Nl: Het geslacht van een persoon kan niet uniek worden gedefinieerd als man of vrouw, zoals een intersekse-conditie. \*Open Issue:\* This is a short-term stopgap solution to the definition issue, full solutions are being worked out by the Gender Harmony project launched in 2019. | 17718 | active |

Tabella 108 Valori ammessi per Administrative Gender

## APPENDICE 2: TABELLA DI SINTESI DEGLI ELEMENTI DEFINITI NEL TEMPLATE

### 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 Insorgenza |

Tabella 109 Anamnesi Familiare

1. I metadati del documento sono conformi allo standard Dublin Core 1.1 (ISO 15836:2003) [↑](#footnote-ref-2)
2. Vedi: http://www.ietf.org/rfc/rfc2119.txt [↑](#footnote-ref-3)
3. <setId> e <versionNumber> sono, secondo lo standard CDA, elementi opzionali, o meglio, condizionalmente obbligatori. [↑](#footnote-ref-4)
4. Maggiori dettagli relativi al Codice ANA verranno descritti in una Release successiva. [↑](#footnote-ref-5)