



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

TSE

Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica delle Regioni e delle Province Autonome

Specifiche tecniche per la creazione del "Profilo Sanitario Sintetico" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2

Versione 1.1
20/06/2011



Indice

1	Status del documento.....	5
2	Obiettivi e contesto di riferimento del documento	6
3	Convenzioni terminologiche	7
3.1	Sistemi di codifica	7
3.2	Note di lettura	7
3.3	Requisiti di conformità	8
3.4	Termini e acronimi	9
4	Definizione del Profilo Sanitario Sintetico	11
4.1	Obiettivi del Profilo Sanitario Sintetico.....	11
4.2	Principali casi d'uso	11
5	Profilo Sanitario Sintetico nel formato HL7-CDA Rel. 2.0	13
5.1	Root del documento: <Clinical Document>	16
5.2	Header CDA del documento di PSS.....	16
5.2.1	Dominio: <realmCode>	16
5.2.2	Identificativo CDA2: <typeId>	16
5.2.3	Identificativo CDA2: <templateId>.....	17
5.2.4	Identificativo documento: <id>.....	19
5.2.5	Versione del documento: <setId> e <versionNumber>.....	20
5.2.6	Codice Documento: <code>.....	22
5.2.6.1	Riservatezza del documento: <confidentialityCode>.....	24
5.2.7	Data di creazione documento: <effectiveTime>.....	24
5.2.8	Lingua e Dominio: <languageCode>	25
5.2.9	Destinatario: <recordTarget>.....	26
5.2.9.1	<patientRole>.....	26
5.2.9.1.1	Soggetti assicurati da istituzioni estere.....	27
5.2.9.1.2	Stranieri Temporaneamente Presenti (STP):.....	28
5.2.9.1.3	Cittadino Europeo non Iscritto al SSN.....	29
5.2.9.1.4	Cittadino italiano o straniero residente (iscritto SSN):.....	30
5.2.9.2	<patient>	31
5.2.10	Custode: <custodian>.....	32
5.2.10.1	<representedCustodianOrganization>.....	32
5.2.11	Autore e autenticatore: <author> e <legalAuthenticator>.....	34
5.2.11.1	Autore: <author>.....	34
5.2.11.2	Firmatario del documento: <legalAuthenticator>	35
5.2.11.3	Periodo di riferimento del PSS: <documentationOf> e <serviceEvent>	37
5.2.12	Destinatari di una copia del documento: <informationRecipient>.....	39
5.2.13	Contatti: <guardian> e <participant>.....	40
5.2.13.1	Tutore legale: <recordTarget>...<guardian>	41
5.2.13.2	Altri Contatti: <participant>	42

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

5.2.13.2.1	Parenti.....	43
5.2.13.2.2	Emergenza.....	44
5.2.13.2.3	Assistenza Malati ed Anziani.....	44
5.2.14	Body CDA del documento di PSS.....	46
5.2.14.1	Allergie e reazioni avverse.....	47
5.2.14.1.1	Rappresentazione della sostanza: <participant>	51
5.2.14.1.2	Rappresentazione della reazione: <entryRelationship><observation>	53
5.2.14.1.3	Rappresentazione dello stato: <entryRelationship><observation>	54
5.2.14.2	Terapie in corso (terapie farmacologiche croniche o attuali rilevanti)	58
5.2.14.3	Lista problemi ed organi mancanti	64
5.2.14.4	Accertamenti diagnostici rilevanti e gruppo sanguigno (esami di laboratorio e strumentali)	68
5.2.14.5	Controlli pianificati a percorsi concordati per patologie croniche o particolari	73
5.2.14.6	Vaccinazioni.....	76
5.2.14.7	Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e trials clinici	80
5.2.14.8	Visite	83
5.2.14.9	Parametri di monitoraggio (pressione, dati antropometrici, etc.)	85
5.2.14.10	Assenso/dissenso donazione d'organi.....	89
5.2.14.11	Stato corrente del paziente	91
5.2.14.12	Fattori di rischio(abitudini di vita)	95
5.2.14.13	Protesi, impianti e ausili	97
5.2.14.14	Gravidanza e Parto	99
5.2.14.15	Anamnesi Familiare	102
6	BIBLIOGRAFIA.....	109
	Appendice A - Elenco OID	110
	Appendice B - Composizione dello IUD	111
	B1 – Ricognizione delle modalità di creazione degli Identificativi Unici di Documento (IUD) in sistemi e progetti regionali	111
	B2 – Ipotesi di normalizzazione dello IUD	112
	Appendice C – Cenni sui meccanismi di Firma Digitale XML-Signature	113
	Appendice D - Clinical Document Architecture: Panoramica.....	114
	D.1 - Health Level 7 (HL7)	114
	D1.1 - HL7 Reference Information Model (RIM) e struttura dello standard	114
	D2 - Clinical Document Architecture: Release e Reference Information Model.....	119
	D2.1 - Principali componenti di un documento CDA	120
	D2.2 - CDA Header	123
	D2.3 - CDA Body	124

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

Indice delle figure

Figura 1 - Struttura del body	46
Figura 2 – HL7 Normative Class: FoundationClasses Subject Area	116
Figura 3 – Processo di generazione dei messaggi/documenti HL7v3.....	118
Figura 4 – Modello R-MIM (Refined Message Information Model) completo del CDA Rel. 2.0	122

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

1 Status del documento

Storia delle principali revisioni:

Versione	Status	Data	Descrizione Modifica
1.1	RC2	20/06/2011	Nuova versione che recepisce le linee guida sul Fascicolo Sanitario Elettronico del Ministero della Salute e le osservazioni delle Regioni Emilia-Romagna e Lombardia
1.0	RC1	04/11/2010	Integrazioni e correzioni
0.8	BOZZA	17/06/2010	Integrazioni e correzioni
0.7	BOZZA	19/02/2009	Integrazioni e correzioni
0.6	BOZZA	08/07/2008	Integrazioni relative all'ambito pediatrico suggerite dal dott. Sassi
0.5	BOZZA	03/08/2007	Strutturazione dell'header in CCD e inizio definizione body (sezione "Allergie e reazioni avverse")
0.4	BOZZA	24/07/2007	Prime ipotesi di mapping classi informative per casi d'uso e prime ipotesi di strutturazione in CCD di alcune classi informative
0.3	BOZZA	06/07/2007	Prima ipotesi di concetti e contenuti PS
0.2	BOZZA	25/06/2007	Revisioni minori
0.1	BOZZA	07/06/2007	Prima versione BOZZA rilasciata in discussione

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

2 Obiettivi e contesto di riferimento del documento

Obiettivo del documento è descrivere le modalità di creazione del documento informatico di "**Profilo Sanitario Sintetico (PSS)**", anche noto come Patient Summary, secondo lo standard HL7 - CDA Rel 2.0, scelto come riferimento per la conservazione e lo scambio tra gli attori del dominio sanitario di documenti clinici/amministrativi. Una descrizione dettagliata dello standard HL7-CDA Rel. 2.0 è fornita in Appendice D.

Il documento Profilo Sanitario Sintetico è creato al momento del primo contatto dell'assistito con il medico e viene aggiornato e mantenuto dal medico stesso fino a quando ha in cura l'assistito. Lo scopo del Profilo Sanitario Sintetico è quello di favorire la continuità di cura permettendo un rapido inquadramento del paziente. Attraverso il Profilo Sanitario Sintetico, il MMG/PLS fornisce una presentazione del paziente sintetizzando tutti e soli i dati rilevanti.

Nel presente documento è presentata la strutturazione del documento di "Profilo Sanitario Sintetico" nel rispetto delle previsioni dello standard HL7 v.3 - CDA Rel. 2 opportunamente localizzato, secondo le specifiche di estensibilità previste dallo standard medesimo, per il dominio sanitario italiano. In particolare, il documento definisce la struttura del documento del Profilo Sanitario Sintetico a partire dalle specifiche CCD (Continuity of Care Document).

Nella definizione del presente documento, si sono tenuti in considerazione:

- i contributi ricevuti dalle Amministrazioni Regionali;
- il contesto normativo di riferimento per la collocazione del documento;
- le buone pratiche internazionali;
- gli standard tecnici di strutturazione documentale.

Il Profilo Sanitario Sintetico contiene un sottoinsieme informativo derivante dalla Scheda Sanitaria Individuale del paziente prevista negli Accordi Collettivi Nazionali tra i MMG/PLS ed il Sistema Sanitario Nazionale.

Le classi informative sono derivate dall'insieme strutturato di informazioni contenute in una Scheda Sanitaria Individuale.



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

3 Convenzioni terminologiche

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

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

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

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

Per quanto riguarda la descrizione del valore degli attributi degli elementi, è utilizzata la notazione **[..]** o la notazione **[MNEMONIC]** (ad es. **[ANAG.REG.OPT]**), per indicare valori o parti di valori che devono essere ancora definiti al momento della stesura del presente documento, ma che assumeranno un valore ben definito nel futuro. Ad esempio, di seguito **[ANAG.REG.OPT]** è utilizzato per indicare una porzione del codice **OID** che identifica l'anagrafica regionale degli operatori a cui il codice riportato nell'attributo **extension** si riferisce:

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

3.1 Sistemi di codifica

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

3.2 Note di lettura

Nella definizione dei requisiti, delle specifiche e delle regole descritte nel presente documento sono utilizzate le parole chiave DEVE, NON DEVE, OBBLIGATORIO, VIETATO, DOVREBBE, CONSIGLIATO, NON DOVREBBE, SCONSIGLIATO, POTREBBE, OPZIONALE che devono essere interpretate in conformità con RFC21191.

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

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

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 o derogare alla consegna, ma le implicazioni correlate alla scelta devono essere esaminate e valutate con attenzione.
- **NON DOVREBBE, SCONSIGLIATO** (*SHOULD NOT, NOT RECOMMENDED*) significano che in particolari circostanze possono esistere validi motivi per cui un elemento di specifica è accettabile o persino utile, ma, prima di implementarlo, le implicazioni correlate dovrebbero essere esaminate e valutate con attenzione.
- **PUÒ, OPZIONALE** (*MAY, OPTIONAL*) significano che l'implementazione di un elemento della specifica è facoltativa.

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

3.3 Requisiti di conformità

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

CONF-NNN: Requisito di conformità numero NNN

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

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

3.4 Termini e acronimi

Acronimo	Termine	Descrizione
ANSI	American National Standards Institute	Organizzazione che promuove standard per gli Stati Uniti.
ASL	Azienda Sanitaria Locale	Ente regionale che gestisce le prestazioni sanitarie.
CCD	Continuity of Care Document	Specifiche CDA per la definizione del patient summary.
CCR	Continuity of Care Record	Specifiche per la creazione di documenti contenenti i dati rilevanti dei pazienti.
CDA	Clinical Document Architecture	Standard specificato da HL7 che specifica come strutturare un documento clinico.
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico	Infrastruttura software in corso di sviluppo a livello nazionale atta a rendere disponibili informazioni cliniche rilevanti su ogni individuo.
HL7	Health Level 7	Organizzazione internazionale impegnata nello sviluppo di standard internazionali nel settore sanitario, allo scopo di consentire la condivisione e l'integrazione di informazioni cliniche.
ISO	International Organization for Standardization	Organizzazione internazionale per la definizione di norme tecniche.
IUD	Identificativo Unico di Documento	Identificatore utilizzato per individuare univocamente un documento.
LOINC	Logical Observation Identifiers Names and Codes	Standard per la nomenclatura e codifica di indagini di laboratorio ed osservazioni cliniche.
MDA	Model Driven Architecture	Metodologia definita da OMG atta a semplificare lo sviluppo dei sistemi software mediante la realizzazione di modelli.
MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze	Ministero dell'Economia e delle Finanze.
OID	Object Identifier	Identificatore utilizzato per etichettare univocamente un oggetto. Strutturalmente, gli OID sono associati tra di loro in maniera tale da formare un albero all'interno di un namespace.



**Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica**

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

RIM HL7	Reference Information Model HL7	Modello Informativo della versione 3 di HL7 che specifica il contenuto dei dati necessari in specifici contesti clinici o amministrativi.
SSN	Servizio Sanitario Nazionale	Servizio pubblico che assicura la tutela della salute e l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini italiani e stranieri.
STP	Straniero Temporaneamente Presente	Codice identificativo di un cittadino straniero rilasciato da qualsiasi Azienda Sanitaria.
XML	eXtensible Markup Language	Metalinguaggio di markup, sviluppato da W3C, costituito da elementi, o tag, bilanciati e organizzati in maniera gerarchica, contenenti eventualmente del testo. Ogni elemento può comprendere degli attributi, i quali forniscono informazioni aggiuntive sugli elementi stessi.
XSD	XML Schema Definition	Linguaggio di descrizione del contenuto di un file XML gestito da W3C.



4 Definizione del Profilo Sanitario Sintetico

Nell'ambito dell'UE, il Patient summary è così definito²:

A patient summary is defined as a clinical document that is digitally stored in repositories with cumulative indexing systems and secure access by authorised people. It is based on full electronic health record. In order to achieve maximum benefit from this instrument, the structured content of patient summaries should be agreed at an international level, starting from a few generic summaries and gradually developing a series of summaries specific for each clinical context.

Un Profilo Sanitario Sintetico è qui definito come:

"un documento informatico sanitario, firmato digitalmente e contenuto nel Fascicolo Sanitario, che riassume la storia del paziente e la situazione corrente. Esso è creato ed aggiornato dal MMG/PLS ogni qualvolta intervengono cambiamenti da lui ritenuti rilevanti ai fini della storia del paziente. Contiene un set predefinito di dati clinici significativi per l'emergenza (emergency data set)".

4.1 Obiettivi del Profilo Sanitario Sintetico

Gli obiettivi primari del Profilo Sanitario Sintetico sono:

1. rendere le informazioni disponibili per i contatti inattesi (emergenza/pronto soccorso);
2. facilitare una cura cronica prevista e un controllo clinico;
3. consentire una continuità di cura nelle vie cliniche comuni;
4. agevolare il lavoro dei medici legali;
5. favorire la medicina di gruppo.

4.2 Principali casi d'uso

I principali casi d'uso possono essere sintetizzati in:

- situazioni di emergenza nelle quali il paziente non può presentare esaustivamente la propria storia (problemi, allergie e farmaci correnti, etc.);
- situazioni di necessità di continuità informativa, all'interno di gruppi di MMG/PLS, in orari in cui il proprio medico non è disponibile;
- pazienti gestiti da più professionisti nell'ambito di patologie croniche o anziani in regime di assistenza domiciliare o residenziale;
- supporto al processo diagnostico in corso di consulenza specialistica, teleconsulto;

² Tale definizione è stata formulata da DG INFISO sulla base della letteratura e condivisa nell'ambito del gruppo di lavoro eHealth ad hoc group.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

- continuità informativa tra MMG/PLS ed ospedale in situazione di ricovero (la maggioranza dei ricoveri non viene decisa dal MMG/PLS);
- situazione di continuità della cura per accessi programmati alle strutture sanitarie (richieste di ricovero o di consulenze specialistiche);
- continuità informativa all'interno dei gruppi di MMG/PLS ovvero in caso di revoca della scelta del medico o di passaggio da PLS a MMG.



5 Profilo Sanitario Sintetico nel formato HL7-CDA Rel. 2.0

Nel panorama internazionale le organizzazioni di maggior riferimento, HL7 e IHE, stanno convergendo verso la strutturazione di un documento sanitario orientato alla continuità di cura in un formato basato sullo standard HL7-CDA2 denominato Continuity of Care Document (CCD).

La strutturazione del CCD è il risultato di una collaborazione tra HL7 e ASTM (American Society for Testing and Materials) Committee E31 on Healthcare Informatics. Esso deriva dalla convergenza dello standard Continuity of Care Record (CCR), promosso dalla ASTM, verso HL7-CDA2.

In sintesi, il CCR è un insieme di dati rilevanti che descrivono lo stato di salute presente e passato di un paziente e le cure ed i trattamenti a cui si è sottoposto. Tali dati coprono informazioni di tipo amministrativo, demografico e clinico. Il CCR costituisce un mezzo per un professionista sanitario di aggregare tutti i dati di un paziente che ritiene rilevanti e di inviarli ad un altro professionista sanitario al fine di garantire la continuità della cura. Pertanto, scopo primario del CCR è fornire un'istantanea sul quadro clinico, demografico e amministrativo di uno specifico paziente.

Di seguito viene presentato il modello di Profilo Sanitario Sintetico (PSS) strutturato secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2.0.

La tabella seguente illustra le parti di cui si compone il PSS.

Parti di un PSS	Obbligatorietà
1. Allergie e reazioni avverse	OBBLIGATORIA
2. Terapie in corso	RACCOMANDATA
3. Lista problemi ed organi mancanti	RACCOMANDATA
4. Accertamenti diagnostici rilevanti e gruppo sanguigno	RACCOMANDATA
5. Controlli pianificati a percorsi concordati per patologie croniche o particolari	OPZIONALE
6. Vaccinazioni	RACCOMANDATA

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

7. Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e trials clinici	RACCOMANDATA
8. Visite	OPZIONALE
9. Parametri di monitoraggio	OPZIONALE
10. Assenso/dissenso donazione d'organi	OPZIONALE
11. Stato corrente del paziente	RACCOMANDATA
12. Fattori di rischio (abitudini di vita)	RACCOMANDATA
13. Protesi, impianti e ausili	OPZIONALE
14. Gravidanza e Parto	OPZIONALE
15. Anamnesi Familiare	OPZIONALE

Il documento di PSS viene predisposto dall'applicativo software del MMG/PLS, può essere firmato secondo le modalità di firma elettronica/digitale previste dalla normativa, e reso disponibile nel Fascicolo Sanitario Elettronico tramite le apposite interfacce di servizio.

Il medico di emergenza tramite l'applicativo software da lui utilizzato recupera, in presenza dell'assistito/assistibile da lui autorizzato, il documento di Profilo Sanitario Elettronico dal FSE al fine di ottenere un chiaro quadro clinico del paziente per poter erogare la prestazione necessaria.

Si noti che il presente documento non si sostituisce nè al documento di specifiche CCD, nè al documento di specifiche HL7/CDA Rel. 2.0, che rappresentano prerequisiti imprescindibili dalla corretta strutturazione del PSS. Pertanto, per tutto ciò che riguarda gli elementi non indicati nel presente documento, si rimanda ai documenti di specifica degli standard.

Di seguito, nella definizione della struttura del documento CDA, sono omessi alcuni attributi degli elementi ed i relativi valori nel caso siano invariati rispetto ai valori di default previsti da HL7 e a meno che la loro specificazione non sia assolutamente necessaria. Pertanto, dove l'attributo non è indicato, non vuol dire che non esista o

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

non sia necessario riportarlo, ma semplicemente che l'attributo va valorizzato (o considerato dal punto di vista applicativo) con il valore di default assegnato dallo standard HL7-CDA Rel. 2.0.

Si noti che, poiché il CCD è derivato dal CDA, la strutturazione dell'header presenta le stesse regole del CDA.

Gli OID utilizzati per alcuni codici nel documento non sono ancora assegnati o possono non avere, in alcuni casi, la struttura corretta. Le codifiche ufficiali e le loro modifiche DEVONO essere richieste direttamente alle organizzazioni o agli enti competenti.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

5.1 Root del documento: <Clinical Document>

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

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

5.2 Header CDA del documento di PSS

5.2.1 Dominio: <realmCode>

Elemento OBBLIGATORIO che indica il dominio di appartenenza del documento.

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

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

Esempio di utilizzo:

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

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

5.2.2 Identificativo CDA2: <typeId>

Elemento OBBLIGATORIO che indica che il documento è strutturato secondo le specifiche HL7-CDA Rel 2.0 e più precisamente secondo lo schema della "CDA, Release Two Hierarchical Description".

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

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.1.3"	Object Identifier di HL7 per i modelli registrati.
extension	ST	"POCD_HD000040"	Codifica identificativa del "CDA Release Two Hierarchical Description" che è lo schema che contiene la gerarchia delle classi di un documento CDA.

Esempio d'utilizzo:

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

5.2.3 Identificativo CDA2: <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> (vedi in seguito), un insieme di restrizioni/linee guida da applicare all'intero documento o ad una specifica sezione dello stesso.

CDA provides a mechanism to reference a template or implementation guide that has been assigned a unique identifier. Until there is a formal HL7 Template specification, there is no standardized process to test conformance against referenced templates.

[..]

When ClinicalDocument.templateId is valued in an instance, it signals the imposition of a set of template-defined constraints. In addition, the templateId attribute is available in all other CDA classes, thus enabling the imposition of a set of template-defined constraints at any level of granularity. The value of this attribute provides a unique identifier for the template(s) in question.

Nel caso specifico, essendo indicato dall'elemento <code> il codice relativo al documento di "Profilo Sanitario Sintetico", l'elemento <templateId> identificherà la specifica versione del template (schema-schematron) che deve 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 dalla sanità elettronica. Tramite la combinazione dell'elemento <code>, che rimane costante per la medesima tipologia di documento (ad es.: "Profilo Sanitario Sintetico"), e l'elemento <templateId> che

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

potrebbe variare in relazione alla versione dello schema utilizzato per validare il documento, (es. : versione 1.0, 1.1, etc.) è possibile da parte del document consumer individuare sempre lo specifico template di validazione della versione corrente di documento.

In ciascun documento CDA ci possono essere uno o più elementi `<templateId>`. In particolare, è prevista dallo standard la possibilità di utilizzare template con diversi livelli di granularità, potendo anche specificare template differenti in punti diversi del documento.

Il document consumer NON DEVE identificare il documento tramite il `<templateId>` ma esclusivamente tramite l'attributo `<code>`.

Il Profilo Sanitario Sintetico è caratterizzato da **due elementi `<templateId>`**, descritti di seguito.

Il **primo elemento `<templateId>` è valorizzato** secondo quanto previsto nell'implementation guide del CCD, ed è pertanto costituito dal solo elemento `<root>` valorizzato come segue:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.10.20.1"	OID del catalogo degli schemi dei template di documento per i documenti di Patient Summary.
extension ³	ST	-	

Il **secondo elemento** definisce il documento di Profilo Sanitario Sintetico nel contesto italiano, in termini di restrizioni sul modello previsto dal CCD, ed è valorizzato come segue:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.10.2.4"	OID del catalogo degli schemi dei template di documento per i documenti di Patient Summary
extension	ST	"ITPRF_PSUM_GEN-001"	Identificativo del template di documento Patient Summary

Esempio di utilizzo:

```

<templateId root= "<2.16.840.1.113883.10.20.1>"/>
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.4" extension=" ITPRF_PSUM_GEN-
001"/>

```

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

5.2.4 Identificativo documento: <id>

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

Il tag <id> è un valore del tipo HL7 "Instance Identifier" ed è composto da un attributo root che riporta un codice OID, un attributo extension che riporta un codice specifico e un attributo con il nome dell'authority che è responsabile della codifica posta nel campo extension.

Come richiesto da HL7 ogni singola istanza di documento CDA (singolo patient summary, singola prescrizione, singolo referto, etc.) DEVE essere dotata di un IDENTIFICATIVO UNIVOCO che andrà collocato nell'attributo <id> del documento.

Pertanto è necessario concordare un meccanismo di creazione di ID univoci a livello nazionale necessari all'identificazione dei documenti sanitari presenti nel FSE. In appendice B è riportato uno dei meccanismi utilizzabili per la creazione e gestione degli ID univoci a livello nazionale.

<id>:

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

Esempio di utilizzo:

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1.120111"
extension="204.1234.20070327120000" assigningAuthorityName="AUSL LATINA 1" />
```

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

CONF-002: Il documento DEVE contenere uno e non più di un elemento ClinicalDocument/id.

CONF-002-1: L'elemento ClinicalDocument/id DEVE riportare l'attributo root valorizzato con un identificativo – riconosciuto pubblicamente – che DEVE garantire l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale, l'attributo extension che contiene l'identificativo dell'id all'interno del dominio di identificazione.

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

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

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

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

Anche l'elemento <setId>, come l'elemento <id>, deve essere globalmente unico. 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>.

<setId>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID identificativo della struttura di competenza]	Identificativo univoco del dominio di identificazione dei documenti. Tale identificativo – riconosciuto pubblicamente - garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale.
extension	ST	[IUD]	Identificativo Unico del documento d'origine da cui deriva la versione aggiornata del documento che si sta creando. Alla prima creazione del documento, i campi <setId> e <id> avranno lo stesso valore. Successivamente, nelle diverse revisioni, solo l'elemento <id> deve essere modificato con un nuovo IUD, mentre il valore dell'elemento <setId> deve essere lasciato costante.
assigningAuthorityName	ST	[NOME STRUTTURA DI COMPETENZA]	Nome struttura cui appartiene l'autore del documento

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

<versionNumber>:

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

Esempio di utilizzo:

```

<setId root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1.120111"
extension="204.1234.20070327120000.DW322" assigningAuthorityName="[NOME
STRUTTURA]"/>
<versionNumber value="1" />

```

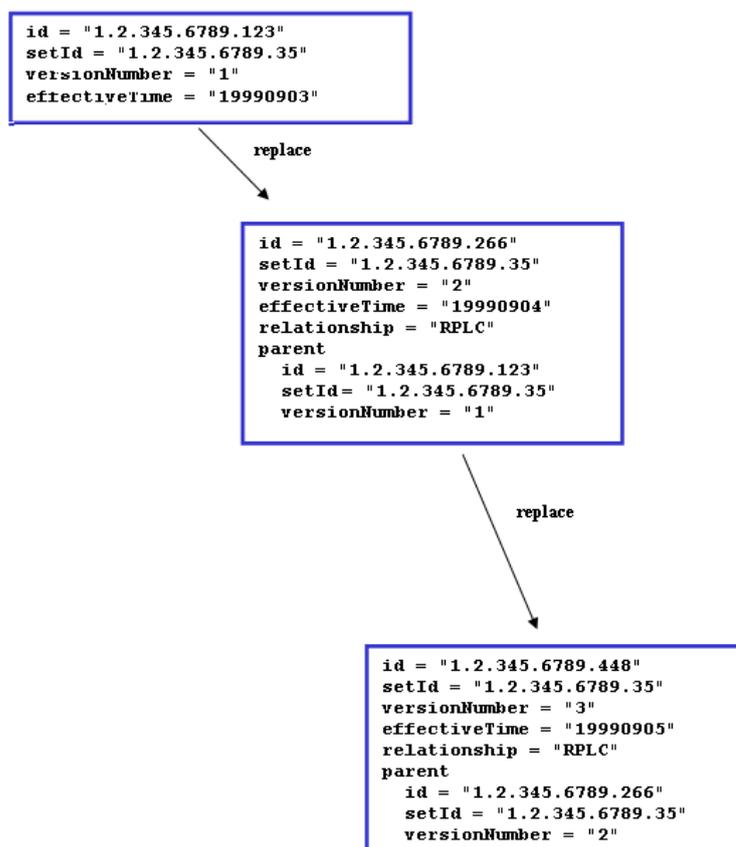


Figura 2: versionamento del documento - Replace (estratto documentazione HL7)

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

CONF-003: Il documento DEVE contenere **uno ed un solo** elemento **ClinicalDocument/setId**.

CONF-003-1: L'elemento **ClinicalDocument/setId** DEVE riportare l'attributo **root** valorizzato con un **[OID assegnato ad una delle ASL/AO]**, l'attributo **extension** valorizzato con un identificativo unico all'interno del dominio di identificazione, l'attributo **assigningAuthorityName** valorizzato con il nome descrittivo assegnato alla ASL/AO a cui l'OID della root fa riferimento.

CONF-004: Il documento DEVE contenere **uno ed un solo** elemento **ClinicalDocument/versionNumber** valorizzato con un intero positivo a partire dal numero 1.

5.2.6 Codice 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, Referto, Lettera di dimissione ospedaliera, Profilo Sanitario Sintetico). Il valore DEVE fare riferimento al sistema di codifica LOINC o, in assenza di codici specifici, ad un'ulteriore codifica condivisa.

Nel caso del Profilo Sintetico Sanitario, l'elemento deve essere così valorizzato:

<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	Codifica LOINC
code	CS	"34133-9"	Codice relativo alla tipologia del documento. ("Summarization of episode note")
codeSystemName	ST	LOINC	Sistema di codifica
codeSystemVersion	ST	2.19	Versione codifica LOINC
displayName	ST	"PATIENT SUMMARY"	Nome o titolo descrittivo del codice con cui è visualizzato dal sistema all'utente

Per individuare nel realm italiano le successive tipologie di Profilo Sanitario Sintetico, il codice espresso nell'elemento <code> PUO' essere tradotto in un sistema di codifica definito in ambito italiano e condiviso all'interno del dominio FSE. In tale contesto è quindi ammesso l'utilizzo all'interno dell'elemento code di un elemento <translation> che DEVE essere così valorizzato:

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

<code>/<translation>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.4	Codifica LOINC
code	CS	"X-3400-4" or "X-3400-5"	Codice relativo alla specifica tipologia di documento
codeSystemName	ST	ITCDADOC_TYPECODE	Sistema di codifica
codeSystemVersion	ST	1	Versione codifica LOINC
displayName	ST	"PATIENT SUMMARY"	Nome o titolo descrittivo del codice con cui è visualizzato dal sistema all'utente

Esempio d'utilizzo:

```

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.150106"
extension="150106.1001.000000005.2007032118.DW009" assigningAuthorityName="ASL
Napoli 1"/>
  <code code="34133-9" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  displayName="Summarization of episode note">
    <translation code="X-3400-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.4.4"
codeSystemName="ITCDADOC_TYPECODE" codeSystemVersion="1"/>
  </code>

```

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

- CONF-005-1:** L'elemento **ClinicalDocument/code** DEVE riportare l'attributo **code** valorizzato con "34133-9",
- CONF-005-2:** L'elemento **ClinicalDocument/code** DEVE riportare l'attributo **codeSystem** valorizzato con "2.16.840.1.113883.6.1",
- CONF-005-3:** L'elemento **ClinicalDocument/code** DEVE riportare l'attributo **codeSystemName** valorizzato con "LOINC",
- CONF-005-4:** L'elemento **ClinicalDocument/code** DEVE riportare l'attributo **codeSystemVersion** valorizzato con "2.19"
- CONF-005-5:** L'elemento **ClinicalDocument/code** DEVE riportare l'attributo **displayName** valorizzato rispettivamente con "PATIENT SUMMARY".

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

5.2.6.1 Riservatezza del documento: <confidentialityCode>

Elemento OBBLIGATORIO che specifica il livello di riservatezza del documento.

L'elemento <confidentialityCode> riporta un codice che identifica il livello di confidenzialità del documento CDA secondo la codifica di "Confidentiality" di HL7.

Codice	Definizione
N (normal) (codeSystem 2.16.840.1.113883.5.25)	Normal confidentiality rules (according to good health care practice) apply. That is, only authorized individuals with a legitimate medical or business need may access this item.
R (restricted) (codeSystem 2.16.840.1.113883.5.25)	Restricted access, e.g. only to providers having a current care relationship to the patient.
V (very restricted) (codeSystem 2.16.840.1.113883.5.25)	Very restricted access as declared by the Privacy Officer of the record holder.

Nel caso del PSS, l'elemento deve essere valorizzato nel modo seguente.

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

Esempio di utilizzo:

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

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

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

5.2.7 Data di creazione documento: <effectiveTime>

Elemento OBBLIGATORIO che indica la data di creazione del documento CDA. L'elemento <effectiveTime> rappresenta un codice temporale, che deve essere valorizzato attraverso un tipo Time Stamp (**TS**), come presentato di seguito. Tale

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

valore deve essere quello del client utilizzato dal *document source*, opportunamente certificato.

Nel caso del PSS, l'elemento deve essere valorizzato tramite un tipo Time Stamp (TS) come presentato di seguito:

<effectiveTime>:

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). L'Italia si trova a GMT+1, quindi ZZzz va valorizzato con +0100. Ad esempio le 22.30.00 si indicano 21.30.00+0100.

Esempio d'utilizzo:

```
<effectiveTime value="20000407130000+0100"/>
```

CONF-007: Il documento DEVE contenere **uno ed un solo** elemento **ClinicalDocument/effectiveTime**.

CONF-007-1: L'elemento **ClinicalDocument/effectiveTime** DEVE riportare l'attributo **value** valorizzato nel formato **[YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz]** e una lunghezza uguale a **19**.

5.2.8 Lingua e Dominio: <languageCode>

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

L'attributo <languageCode> rappresenta un codice conforme alle specifiche dell'**IETF (Internet Engineering Task Force) RFC 3066 (OID: 2.16.840.1.113883.6.121)**

Nel caso del Profilo Sanitario Sintetico il tag deve essere così valorizzato:

<languageCode>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"it-IT" oppure "it"	L'attributo deve essere nella forma <i>nn</i> o <i>nn-CC</i> , dove <i>nn</i> è la codifica ISO-639-1 della lingua in minuscolo e <i>CC</i> è la codifica ISO-3166 dello Stato in maiuscolo.

Esempio di utilizzo:

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

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

5.2.9 Destinatario: <recordTarget>

Elemento OBBLIGATORIO che identifica il soggetto della prestazione.

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

Per il PSS l'elemento deve pertanto essere strutturato come segue:

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

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

5.2.9.1 <patientRole>

L'elemento <patientRole> deve prevedere al suo interno almeno un elemento di tipo <id>, destinato ad accogliere la chiave identificativa del paziente, secondo gli schemi assegnati da ogni singola Regione, e, eventualmente, un ulteriore elemento di tipo <id>, destinato ad accogliere le informazioni relative al codice fiscale.

CONF-008-1: ClinicalDocument/recordTarget DEVE contenere uno ed un solo elemento patientRole.

CONF-008-1-1: patientRole DEVE contenere da uno a tre elementi id.

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

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

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

5.2.9.1.1 Soggetti assicurati da istituzioni estere

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

1. Il numero di identificazione personale ed il numero di identificazione della Tessera Sanitaria.
2. Il codice dell'istituzione competente e del paese.

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

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

Primo <id>:

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

Attributo	Tipo	Valore	Note
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.1"	HL7 OID numero di tessera TEAM estera (l'OID è attualmente sotto il ramo HL7 Italia sarà in futuro sostituito dagli OID nazionali quando completi).
extension	ST	[STATO ESTERO] "." [NUMERO SERIALE]	Sigla d'identificazione dello stato che rilascia la tessera secondo il codice ISO 3166-1 a 3 caratteri (ad es. FRA) + "." + numero seriale carta.
assigningAuthorityName	ST	[ISTITUZIONE ESTERA]	Nome Ente che gestisce gli identificativi.

Secondo <id>:

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

Attributo	Tipo	Valore	Note
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.3"	HL7 OID per l'identificazione personale TEAM per gli Stati esteri (l'OID è attualmente sotto il ramo HL7 Italia; sarà in futuro sostituito dagli OID nazionali appena completi).

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	

extension	ST	[STATO ESTERO] “.“ [NUMERO IDENTIFICAZIONE PERSONALE]	Sigla d’identificazione dello Stato che rilascia la tessera secondo il codice ISO 3166-1 a 3 caratteri (ad es. “FRA”) + “.“ + numero identificazione personale.
assigningAuthorityName	ST	[ISTITUZIONE ESTERA]	Nome dell’Ente che gestisce gli identificativi.

Terzo <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	“2.16.840.1.113883.2.9.” + [REGIONE] + “.4.1”	OID dello schema d’identificazione regionale.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafico regionale.

Esempio di utilizzo:

```

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.1"
  extension="NLD.096074309.805280700700000000001"
  assigningAuthorityName="AGIS-7007"/>
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.3"
  extension="NLD.4637465980125364"
  assigningAuthorityName="AGIS-7007"/>
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.1"
  extension="83741345"
  assigningAuthorityName="Regione Toscana"/>

```

5.2.9.1.2 Stranieri Temporaneamente Presenti (STP):

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

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

Primo <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Note
root	OID	“2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE].4.1”	OID dello schema d’identificazione regionale delle persone.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Data: 20/06/2011 Stato: DEF

extension	ST	"STP" + [CODICE IDENTIFICATIVO STP ASSEGNATO]	Codice STP di 16 caratteri assegnato allo straniero temporaneamente presente. Deve iniziare con la stringa "STP". Il codice STP può essere assegnato anche dall'ASL.
assigningAuthorityNam	ST	[NOME_REGIONE/ ASL]	Nome Regione, Nome ASL.

Secondo <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9." + [REGIONE] + ".4.1"	OID dello schema d'identificazione regionale.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafico regionale.

Esempio di utilizzo:

```

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

5.2.9.1.3 Cittadino Europeo non Iscritto al SSN

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

<patientRole> DEVE riportare un elemento di tipo <id> contenente il codice identificativo ENI crittografato.

<id>:

Attributo	Tipo	Valore	Note
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE].4.1"	OID dello schema di identificazione regionale delle persone. Il codice ENI può

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Data: 20/06/2011 Stato: DEF

			essere assegnato dalla ASL.
extension	ST	"ENI" + [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	ST	[NOME_REGIONE/ASL]	Nome Regione, Nome ASL.

Esempio di utilizzo:

```

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

```

5.2.9.1.4 Cittadino italiano o straniero residente (iscritto SSN):

Due elementi di tipo <id> contenenti:

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

Primo <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9." + [REGIONE] + ".4.1"	OID dello schema d'identificazione regionale.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafico regionale.

Secondo <id>:

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



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

Esempio d'utilizzo:

```
<recordTarget>
  <patientRole>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.1" extension="83741345"
      assigningAuthorityName="Regione Toscana"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="CRLLNZ99M22G999T"
      assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
    <patient>...</patient>
  </patientRole>
</recordTarget>
```

5.2.9.2 <patient>

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

È OBBLIGATORIO indicare i dati anagrafici, in particolare il nominativo del paziente, attraverso l'elemento <name> (e i sotto-elementi <family> e <given>), il sesso, attraverso l'elemento <administrativeGenderCode> e la data di nascita attraverso l'elemento <patient>/<birthTime>. È inoltre FACOLTATIVO inserire il luogo di nascita nell'elemento <birthplace>.

Esempio di utilizzo:

```
<recordTarget>
  <patientRole>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.1" extension="83741345"
      assigningAuthorityName="Regione Toscana"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="CRLLNZ99M22G999T"
      assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
    <patient>
      <name>
        <family>Guido</family>
        <given>Rossi</given>
      </name>
      <birthplace>
        <place>
          <addr>....</addr>
        </place>
      </birthplace>
      <administrativeGenderCode code="M"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"/>
    </patient>
  </patientRole>
</recordTarget>
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

CONF-008-2: ClinicalDocument/recordTarget/patientRole DEVE contenere un elemento patient.

CONF-008-2-1: ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient DEVE contenere un elemento name con un solo elemento family valorizzato ed un solo elemento given valorizzato.

CONF-008-2-2: ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient DEVE contenere un elemento administrativeGenderCode che riporta un attributo code valorizzato con "M" or "F" ed un attributo codeSystem valorizzato con "2.16.840.1.113883.5.1".

CONF-008-2-3: L'elemento patientRole/patient DEVE contenere l'elemento patient/birthTime con la data di nascita del paziente.

5.2.10 Custode: <custodian>

Elemento OBBLIGATORIO che identifica l'organizzazione incaricata della custodia del documento originale. Tale organizzazione è solitamente la struttura di cui fa parte colui che ha creato il documento (ad es. MMG, PLS).

L'elemento <custodian> è composto da un ruolo, rappresentato dall'elemento nominato <assignedCustodian>, svolto da un'entità rappresentata dall'elemento <representedCustodianOrganization>. Pertanto, l'elemento deve essere strutturato come segue:

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

CONF-009: Il documento DEVE contenere un elemento ClinicalDocument/custodian.

5.2.10.1 <representedCustodianOrganization>

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

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

<representedCustodianOrganization>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID DOMINIO DI INDENTIFICAZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI]	Dominio di identificazione delle organizzazioni deputate alla conservazione dei documenti.
extension	ST	[ID STRUTTURA]	Identificativo dell'organizzazione (ASL, Regione, etc.).

Esempio d'utilizzo:

```

<custodian>
  <assignedCustodian>
    <representedCustodianOrganization>
      <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1.120111"
        extension="123456789"/>
      <name>AUSL Latina</name>
    </representedCustodianOrganization>
  </assignedCustodian>
</custodian>

```

- CONF-009-1:** L'elemento **ClinicalDocument/custodian** DEVE contenere un elemento **assignedCustodian**.
- CONF-009-1-1:** L'elemento **ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian** DEVE contenere un elemento **representedCustodianOrganization**.
- CONF-009-1-1-1:** **ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization** DEVE contenere uno e non più di un elemento **id** con valore dell'attributo **root** uguale all'**OID** che identifica il dominio a cui appartiene la struttura incaricata di custodire il documento.
- CONF-009-1-1-2:** L'attributo **extension** dell'elemento **ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/id** DEVE essere presente e valorizzato con un **identificativo della struttura incaricata di custodire il documento**.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

5.2.11 Autore e autenticatore: <author> e <legalAuthenticator>

5.2.11.1 Autore: <author>

Elemento **OBBLIGATORIO** che identifica il soggetto che ha creato il documento. Esso può essere una persona o una macchina. L'autore può essere identificato da uno o più <id>.

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

Primo <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2	OID Ministero economia e finanze - CF
extension	ST	[CODICE FISCALE]	Codice Fiscale dell'autore del documento

Secondo <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.[REGIONE].4.2	OID schema di identificazione regionale operatori
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafico regionale operatori

Esempio di utilizzo:

```

<author>
  <time value="20000407130000+0100"/>
  <assignedAuthor>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="CRLLNZ99M22G999T"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.2" extension="87245"/>
  </assignedAuthor>
</author>

```

CONF-010: Il documento DEVE contenere un elemento ClinicalDocument/author.

CONF-010-1: ClinicalDocument/author DEVE contenere un elemento assignedAuthor.

CONF-010-1-1: ClinicalDocument/author/assignedAuthor DEVE contenere da uno a due elementi id.

CONF-010-1-2: ClinicalDocument/author/assignedAuthor DEVE contenere un



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

elemento **id** con valore dell'attributo **root** uguale a
"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2".

CONF-010-1-2-1: L'attributo **extension** dell'elemento
ClinicalDocument/author/assignedAuthor/id DEVE essere
valorizzato con un **codice fiscale** e DEVE essere composto
da una **stringa lunga 16 caratteri**.

CONF-010-1-3: **ClinicalDocument/author/assignedAuthor** PUO' contenere un
elemento **id** con valore dell'attributo **root** uguale a
"2.16.840.1.113883.2.9.2" + [REGIONE] + .4.2".

CONF-010-1-3-1: L'attributo **extension** dell'elemento
ClinicalDocument/author/assignedAuthor/id DEVE essere
presente e valorizzato.

5.2.11.2 Firmatario del documento: <legalAuthenticator>

Se il documento è firmato digitalmente, questo elemento è OBBLIGATORIO e riporta il firmatario del documento. Se il documento è generato da una macchina, il responsabile del documento è l'organizzazione responsabile della generazione del documento.

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

Per le modalità di firma del documento (**CONSIGLIATA** XML-Signature Detached), si vedano le indicazioni riportate nell'appendice B.

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

<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). L'Italia si trova a GMT+1, quindi ZZzz va valorizzato con +0100. Ad esempio le 22.30.00 si indicano 21.30.00+0100

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

<signatureCode>:

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

<assignedEntity>/<id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2	OID Ministero economia e finanze - CF
extension	ST	[CODICE FISCALE]	

Esempio di utilizzo:

```

<legalAuthenticator>
  <time value="20000407130000+0100"/>
  <signatureCode code="S" />
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED ">
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="CRLLNZ99M22G999T" />
    <assignedPerson>
      <name>
        <given>Guido</given>
        <family>Rossi</family>
        <suffix>Dott.</suffix>
      </name>
    </assignedPerson>
  </assignedEntity>
</legalAuthenticator>

```

Esempio di utilizzo nel caso in cui l'autore del documento sia una macchina:

```

<author>
  <time value="20000407130000+0100"/>
  <assignedAuthor>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="CRLLNZ99M22G999T"/>
    <assignedAuthoringDevice>
      <softwareName>Sistema di Patient Summary v1.0</softwareName>
    </assignedAuthoringDevice>
    <representedOrganization>
      <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1.120111"
        extension="123456789"/>
      <name>AUSL Latina</name>
    </representedOrganization>
  </assignedAuthor>
</author>
<legalAuthenticator>
  <time value="20000407130000+0100"/>

```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<signatureCode code="S"/>
<assignedEntity>
  <id nullFlavor="NI"/>
  <representedOrganization>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1.120111"
      extension="123456789"/>
    <name>AUSL Latina</name>
  </representedOrganization>
</assignedEntity>
</legalAuthenticator>
```

CONF-011: Il documento PUO' contenere un elemento ClinicalDocument/legalAuthenticator.

CONF-011-1: ClinicalDocument/legalAuthenticator DEVE contenere un elemento time.

CONF-011-1-1: L'elemento ClinicalDocument/legalAuthenticator/time DEVE riportare l'attributo value valorizzato nel formato [YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz] e la sua lunghezza deve essere uguale a 14 caratteri.

CONF-011-2: ClinicalDocument/legalAuthenticator DEVE contenere un elemento signatureCode che riporta un attributo code valorizzato con "S".

CONF-011-3: ClinicalDocument/legalAuthenticator DEVE contenere un elemento assignedEntity.

CONF-011-3-1: ClinicalDocument/legalAuthenticator/assignedEntity DEVE contenere un elemento id con valore dell'attributo root uguale a "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2".

CONF-011-4: L'attributo extension dell'elemento ClinicalDocument/legalAuthenticator/assignedEntity/id DEVE essere valorizzato con un codice fiscale e deve essere composto da una stringa lunga 16 caratteri.

5.2.11.3 Periodo di riferimento del PSS: <documentationOf> e <serviceEvent>

Attraverso l'utilizzo di questi due elementi OPZIONALI, è possibile veicolare le informazioni sull'arco temporale di raccolta dei dati clinici contenuti nel Profilo Sanitario Sintetico.

Tale documento costituisce, infatti, una vista della storia sanitaria del paziente durante un determinato arco temporale, che per il contesto in esame, potrebbe anche coincidere con l'intero arco di vita.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

È da specificare che questo periodo non è da intendersi come periodo di validità del documento, ma come il periodo in cui sono stati raccolti i dati clinici contenuti nel body del documento.

L'elemento <documentationOf> deve essere strutturato come segue:

```
<documentationOf>
  <serviceEvent> ... </serviceEvent>
</documentationOf>
```

<serviceEvent>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
classCode	CS	"PCPR"	Codice che identifica l'evento da cui ha origine il PSS

L'intervallo di tempo va rappresentato attraverso l'elemento <effectiveTime>:

<effectiveTime xsi:type='IVL_TS'>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
low	TS	[YYYYMMddhhmm mss]	inizio intervallo. Per Patient Summary generici può essere la data di nascita del paziente. Per Patient Summary specifici può essere l'inizio dell'evento di cura o della patologia.
high	TS	[YYYYMMddhhmm mss]	fine intervallo. Per Patient Summary generici può essere la data in cui è stato redatto il Patient Summary. Per Patient Summary specifici può essere la fine dell'evento di cura o della patologia, o la data di redazione del Patient Summary.

Esempio di utilizzo:

```
<documentationOf>
  <serviceEvent classCode="PCPR">
    <effectiveTime>
      <low value="19320924"/><high value="20000407"/>
    </effectiveTime>
  </serviceEvent>
</documentationOf>
```

Nel caso in cui non sia possibile riportare l'arco temporale a cui si riferisce il PSS, l'attributo nullFlavor PUO' essere valorizzato con "non applicabile" oppure "UNK".

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

5.2.12 Destinatari di una copia del documento: <informationRecipient>

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

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

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

Nel caso in cui non esista alcun medico di riferimento che giochi il ruolo di destinatario (ad es. verifiche e screening auto referenzianti, come potrebbero essere previsti dalla legge), l'elemento <intendedRecipient> PUO' essere posto a NULL, con nullFlavour impostato al valore "OTH".

<id>:

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

Esempio d'utilizzo:

```

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

```

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

CONF-012: Il documento PUO' contenere uno ed un solo elemento **ClinicalDocument/informationRecipient**.

CONF-012-1: **ClinicalDocument/informationRecipient** DEVE contenere un elemento **intendedRecipient**.

CONF-012-1-1: **intendedRecipient** DEVE contenere un elemento **id** con valore dell'attributo **root** valorizzato con l'identificativo del dominio di appartenenza del destinatario di una copia del documento e un attributo **extension** presente e valorizzato con un ID personale.

CONF-012-1-2: **intendedRecipient** PUO' contenere un elemento **informationRecipient**.

CONF-012-1-2-1: **informationRecipient** DEVE contenere un elemento **name** che contenga tutti gli elementi del nome del destinatario del documento.

5.2.13 Contatti: <guardian> e <participant>

Elementi OPZIONALI che rappresentano le persone da contattare in caso di necessità o alla luce di eventi sanitari occorsi al paziente.

Nel caso il paziente sia un minore, il contatto DEVE essere espresso attraverso l'elemento <guardian>, atto a rappresentare il tutore legale del minore. In tutti gli altri casi (es. per pazienti incapaci di intendere e volere), gli eventuali contatti (parenti, assistenti sociali, organizzazioni di volontariato, ecc.) DEVONO essere rappresentati attraverso l'elemento <participant>.

L'elemento <participant> può essere utilizzato per riportare la data di scadenza della tessera TEAM dei soggetti assicurati da istituzioni estere. In tal caso, è necessario valorizzare gli attributi **typeCode** e **functionCode** dell'elemento <participant> rispettivamente con i valore "IND" (Indirect target) e "FULINRD" (fully insured). La data di scadenza della tessera può essere inserita nell'elemento <time>/<high>. L'attributo **nullFlavor** dell'elemento <time>/<low> deve essere valorizzato con la stringa "UNK".

Nel sottoelemento <associatedEntity>/<scopingOrganization> sono riportati l'organizzazione che ha rilasciato la tessera TEAM e la sigla dello stato del paziente.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

Esempio di utilizzo:

```

<participant typeCode="IND">
  <functionCode code="FULINRD"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.5.88"
    codeSystemName="ParticipationFunction"/>
  <time>
    <low nullFlavor="UNK"/>
    <high value="20090607"/>
  </time>
  <associatedEntity classCode="GUAR">
    <scopingOrganization>
      <name>
        [Organizzazione che ha rilasciato la tessera TEAM]
      </name>
      <addr>
        <country>
          [Sigla dello stato del paziente]
        </country>
      </addr>
    </scopingOrganization>
  </associatedEntity>
</participant>

```

5.2.13.1 Tutore legale: <recordTarget>...<guardian>

Elemento OPZIONALE che rappresenta il tutore legale.

Il tutore legale può essere una persona (istanza della classe Person) o un'organizzazione (istanza della classe Organization) aventi il ruolo di Tutore rappresentato dalla classe Guardian, con `classCode="GUAR"`, per un determinato paziente (istanza della classe Patient).

L'elemento <guardian> DEVE essere caratterizzato da un <id> costruito come segue:

<id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"	OID Ministero economia e finanze - CF
extension	ST	[CODICE FISCALE]	CF del paziente
assigningAuthorityName	ST	"MEF"	Ministero dell'Economia e delle Finanze

In assenza di un codice identificativo utilizzabile o conosciuto, l'elemento <id> di <guardian> deve riportare il sotto-elemento `nullFlavor` valorizzato a "UNK".

È comunque OBBLIGATORIO che siano riportati i dettagli del Tutore Legale (se

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

presente) valorizzando, nella classe <guardian>, gli elementi <addr> e <telecom> all'interno del sotto-elemento <guardianPerson> nel caso di persone, e del sotto-elemento <guardianOrganization> in caso di organizzazioni,.

Esempio di utilizzo:

```

<recordTarget>
<patientRole>
<patient>
<guardian>
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" assigningAuthorityName=" MEF"
extension="CRLLNZ73M22F839T"/>
<addr use="H">
<streetAddressLine>via</streetAddressLine>
<streetAddressLine>roma</streetAddressLine>
<streetAddressLine>23</streetAddressLine>
<postalCode>00100</postalCode>
<city> ROMA</city>
<county>RM</county>
<country>ITALIA</country>
<state>IT</state>
</addr>
<telecom use="H" value="tel:(+39)-349-3071-281"/>
<guardianPerson>
<name>
<family>Lorenzi</family>
<given>Lorenzo</given>
</name>
</guardianPerson>
</guardian>
.....

```

5.2.13.2 Altri Contatti: <participant>

In presenza di contatti diversi dal tutore legale del paziente, è possibile rappresentare le informazioni attraverso l'elemento OPZIONALE <participant>. Attraverso questo elemento è quindi possibile identificare parenti, contatti di emergenza o, più in generale, personale che fornisce assistenza (badanti, infermieri, ecc.). Così come per l'elemento <guardian>, in caso di utilizzo dell'elemento <participant>, occorrerà necessariamente rappresentare le informazioni di dettaglio relative a tutti i contatti espressi.

Un elemento <participant> PUO' essere classificato come parente, contatto di emergenza, o, genericamente, chi fornisce assistenza ad anziani/malati (infermiere, badante, ecc.).

L'attributo **typeCode** dell'elemento <participant> DEVE essere sempre valorizzato con **"IND"** per indicare una partecipazione "INDIRETTA" all'atto.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

Per tutti i contatti è **OBBLIGATORIO** valorizzare gli elementi `<addr>` e `<telecom>`, nonché i dettagli anagrafici `<associatedPerson>/<name>/<family>` e `<associatedPerson>/<name>/<given>` relativi al contatto Parenti.

5.2.13.2.1 Parenti

Per memorizzare le informazioni relative ai parenti del paziente **DEVE** essere utilizzando l'elemento `<associatedEntity>` con l'attributo `classCode` posto al valore **"NOK"** (Next of kin).

`<associatedEntity >`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
classCode	CS	"NOK"	Codice che identifica il contatto "Parente " (Next Of Kin)

`<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[codice Tipo Parente]	Codice che identifica il tipo di relazione col paziente
codeSystem	OID	[OID VOCABOLARIO]	OID - che identifica la codifica
codeSystemName	ST	[Tipo Parente]	-

Questo elemento **PUO'** essere caratterizzato da un `<id>` che, se presente, **DEVE** essere valorizzato come segue:

`<id>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"	OID Ministero economia e finanze - CF
extension	ST	[CODICE FISCALE]	CF del paziente
assigningAuthorityName	ST	"MEF"	Ministero dell'Economia e delle Finanze

Nel caso in cui l'elemento `<id>` non sia conosciuto questo va riportato con l'attributo `nullFlavor` valorizzato con **"UNK"**.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

5.2.13.2.2 Emergenza

Per memorizzare le informazioni relative alle persone da contattare in caso di emergenza, occorre utilizzare l'elemento `<associatedEntity>` con l'attributo `classCode` posto a **"ECON"** (Emergency Contact):

`<associatedEntity>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
classCode	CS	"ECON"	Codice che identifica il "Contatto di Emergenza" (Emergency CONTACT)

Questo elemento PUO' essere caratterizzato da un `<id>` che, se presente, DEVE essere valorizzato come descritto di seguito.

`<id>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2	OID Ministero economia e finanze - CF
extension	ST	[CODICE FISCALE]	CF del paziente
assigningAuthorityName	ST	"MEF"	Ministero dell'Economia e delle Finanze

Nel caso in cui l'elemento `<id>` non sia conosciuto, l'attributo `nullFlavor` deve essere posto a **"UNK"**.

5.2.13.2.3 Assistenza Malati ed Anziani

Per memorizzare le informazioni relative alle persone che prestano assistenza al paziente, occorre utilizzare l'elemento `<associatedEntity>` con l'attributo `classCode` valorizzato con **"CAREGIVER"** (fornitore della cura) e con l'attributo `code` (OPZIONALE) che indica la relazione del contatto con l'assistito.

`<associatedEntity>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
classCode	CS	"CAREGIVER"	Codice che identifica il contatto "Assistenza ad Anziani e Malati" (Caregiver)

Questo elemento PUO' essere caratterizzato da un `<id>` che, se presente, DEVE essere valorizzato come segue:

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

<id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2	OID Ministero economia e finanze - CF
extension	ST	[CODICE FISCALE]	CF del paziente
assigningAuthorityName	ST	"MEF"	Ministero dell'Economia e delle Finanze

Nel caso in cui l'elemento <id> non sia conosciuto, questo va riportato con l'attributo **nullFlavor** valorizzato con **"UNK"**.

Esempio di utilizzo:

```

<participant typeCode="IND">
  <associatedEntity classCode="CAREGIVER">
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="RSSMRA56L20F839C" />
    <addr>
      <streetAddressLine>via Salaria, 23</streetAddressLine>
      <city>Roma</city>
      <postalCode>00168</postalCode>
    </addr>
    <telecom value="tel:0635367898"/>
    <associatedPerson>
      <name>
        <given>Mario</given>
        <family>Rossi</family>
      </name>
    </associatedPerson>
  </associatedEntity>
</participant>

<participant typeCode="IND">
  <associatedEntity classCode="NOK">
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="TRSB LM71E57A662F" />
    <code code="65656005" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
displayName="Madre Naturale"/>
    <telecom value="tel: 0654981932"/>
    <associatedPerson>
      <name>
        <given>Teresa</given>
        <family>Bellomo</family>
      </name>
    </associatedPerson>
  </associatedEntity>
</participant>

```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

5.2.14 Body CDA del documento di PSS

In questa sezione si definisce il BODY del documento Profilo Sanitario Sintetico, in formato strutturato, composto dalla classe `<structuredBody>` che, attraverso una relazione di `<component>`, contiene una o più sezioni di tipo `<section>` che riportano il contenuto effettivo del Profilo Sanitario Sintetico.

Nota: Per il dominio italiano si prevede che il livello minimo di strutturazione di un documento secondo lo standard HL7-CDA2 sia il LIVELLO 2.

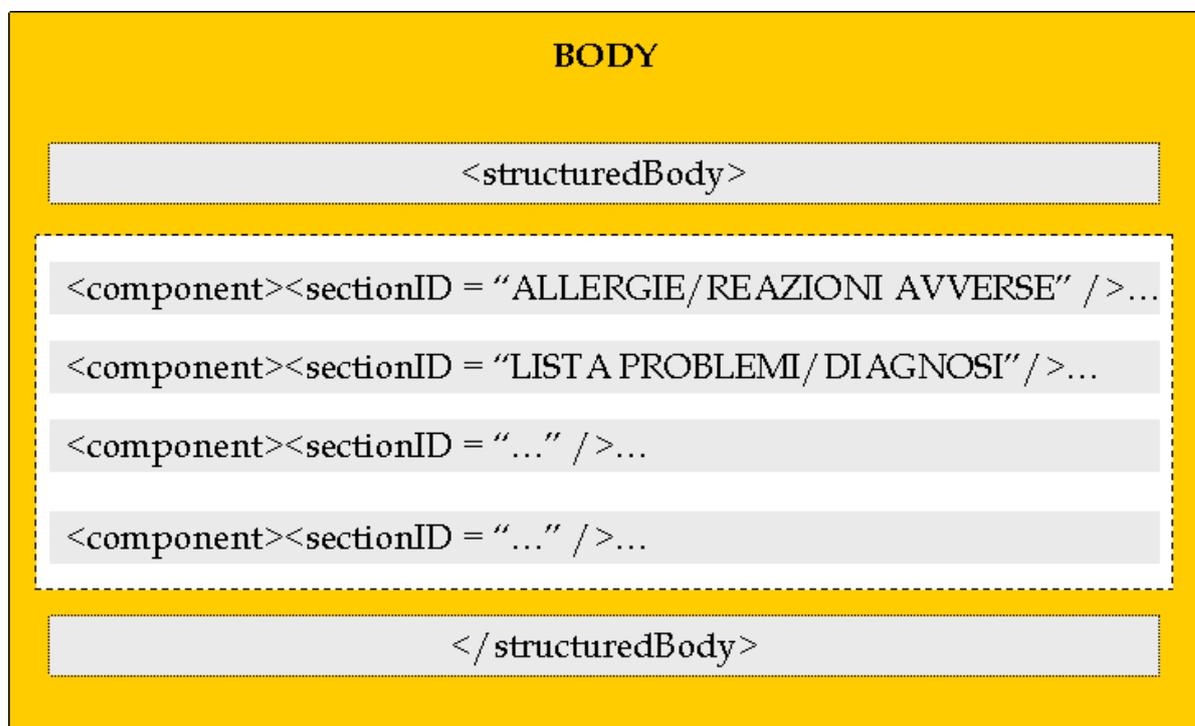


Figura 1 - Struttura del body

Esempio di utilizzo:

```
<component>
  <structuredBody moodCode="EVN" classCode="DOCBODY">
    <component>
      <section id="ALLERGIE/REAZIONI AVVERSE">
        ...
      </section>
    </component>
    <component>
      <section id="LISTA PROBLEMI/DIAGNOSI">
        ...
      </section>
    </component>
  </structuredBody>
</component>
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
</component>  
<component>  
  <section id="">  
    ...  
  </section>  
</component>  
  ...  
</structuredBody>  
</component>
```

L'elemento `<section>` prevede un elemento `<text>` (livello 1) OBBLIGATORIO ed utilizzato per la descrizione narrativa del contenuto della sezione (che può a sua volta essere organizzato attraverso dei delimitatori di lista `<list>` ed `<item>`), un elemento `<code>` (livello 2) OBBLIGATORIO, che specifica il codice della tipologia di sezione, ed uno o più elementi `<entry>` FACOLTATIVE che ne definiscono il contenuto (livello 3).

Per maggiori dettagli relativi ai clinical statement da utilizzare nel documento si faccia riferimento ai `<template id>` indicati e alle specifiche tecniche CCD di riferimento.

5.2.14.1 Allergie e reazioni avverse

Sezione OBBLIGATORIA destinata alla rappresentazione di eventuali allergie e reazioni avverse ai farmaci o altre sostanze. La sezione è rappresentata attraverso un blocco narrativo, un elemento `<code>` e un relativo blocco strutturato, al fine di ottenere il massimo livello di dettaglio previsto dal CDA (CDA - Level 3). In caso di assenza di allergie e reazioni avverse, la sezione DEVE comunque essere utilizzata per rappresentare esplicitamente tale informazione.

`<section>/<templateId>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	CS	"2.16.840.1.113883.10.20.1"	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary (da specifiche CCD)
extension	ST	"2"	Codice del template per Alerts Section

`<section>/<code>`:

Attributo	Tipo	Valor	Dettagli
code	CS	"48765-2"	Codice LOINC per "Allergies, Adverse Reactions, Allerts".



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	Codifica LOINC
codeSystemName	ST	"LOINC"	-
codeSystemVersion	ST	"2.19"	Versione codifica
displayName	ST	"Allergie, Reazioni Avverse ed Allarmi"	

<section>/<title>:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1...1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "Allergie, Reazioni Avverse ed Allarmi".

<section>/<text>:

Attributo	Quantità	Descrizione
text	1...1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente

Esempio di utilizzo:

```
<section>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="2"/>
  <code
    code="48765-2"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
    codeSystemName="LOINC"
    displayName="Allergies, Adverse Reactions, Alerts"/>
  <title>Allergie e reazioni avverse</title>
  <text>
    <table border="1" width="100%">
      <thead>
        <tr><th>Sostanza</th><th>Reazione</th><th>Stato</th></tr>
      </thead>
      <tbody>
        <tr><td>Penicillina</td><td>Orticaria</td><td>Attivo</td></tr>
        <tr><td>Aspirina</td><td>Asma</td><td>Attivo</td></tr>
        <tr><td>Codeina</td><td>Nausea</td><td>Attivo</td></tr>
      </tbody>
    </table>
  </text>
</section>
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

L'assenza di allergie o reazioni allergiche conosciute DEVE essere esplicitamente indicata.

CONF-13: Il documento DEVE contenere esattamente una ed una sola sezione "Allergie e reazioni avverse" (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.2).

CONF-13-1: La sezione "Allergie e reazioni avverse" DEVE contenere un blocco narrativo e DOVREBBE contenere clinical statements. Ogni clinical statements deve includere uno o più problem acts (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.27). Un problem acts dovrebbe includere una o più alert observation (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.18).

CONF-14: L'assenza di allergie e di reazioni avverse DEVE esplicitamente specificata.

CONF-15: La sezione "Allergie e reazioni avverse" DEVE contenere l'elemento section/code.

CONF-16: Il valore di "section/code" DEVE essere "48.765-2".

CONF-17: La sezione "Allergie e reazioni avverse" DEVE contenere l'elemento section/title.

Il blocco strutturato è costituito da una serie di elementi `<entry>` ognuno dei quali è destinato alla rappresentazione di una allergia/reazione allergica. L'elemento `<entry>` deve riportare una classe generica `<act>` che, attraverso una serie di elementi `<entryRelationship>/<observation>`, esprime le informazioni relative alla sostanza scatenante, al problema (reazione) e allo stato. L'elemento `<act>` (problem act) DEVE contenere i seguenti sotto-elementi:

- `<templateId>`, con gli attributi `root` ed `extension` valorizzati, rispettivamente, a "2.16.840.1.113883.10.20.1" e "27";
- `<code>`, con l'attributo `nullFlavor` valorizzato a "NA";
- `<entryRelationship>` rappresentativo dell'informazione.

L'elemento `<entryRelationship>` DEVE avere un attributo `typeCode` posto a "SUBJ" e un elemento `<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">` (alert observation).

La alert observation, destinata alla rappresentazione strutturata delle informazioni espresse dal relativo blocco narrativo, DEVE presentare i seguenti elementi:

`<entry>/<act>/<entryRelationship>/<observation>/<templateId>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary (da specifiche CCD)
extension	ST	18	Codice per template Alert Observation

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

<entry>/<act>/<entryRelationship>/<observation>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	"ASSERTION"	
codesystem	OID	2.16.840.1.113883.5.4	Sistema di codifica actCode HL7

<entry>/<act>/<entryRelationship>/<observation>/<statusCode>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	"completed"	Valore tratto da codifica HL7 per ActStatus (2.16.840.1.113883.5.14)

<entry>/<act>/<entryRelationship>/<observation>/<value xsi:type="CD">:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	"282100009" - se presenti allergie oppure "160244002" - se non rilevate allergie	
codesystem	OID	2.16.840.1.113883.6.96	OID Sistema di codifica SNOMED-CT
codeSystemName	ST	"SNOMED-CT"	
displayName	ST	"Adverse reaction to substance" oppure "No known allergies"	Possibilità di esprimere traduzione italiana

Esempio di utilizzo:

```

<act classCode='ACT' moodCode='EVN'>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="27"/>
  <id root=' ' extension=' '/>
  <code nullFlavor='NA'/>
  <statusCode code='active|suspended|aborted|completed'/>
  <effectiveTime>
    <low value=' '/>
    <high value=' '/>
  </effectiveTime>
  <!--
  entryRelationship che identificano la sostanza a cui il paziente è
  allergico
  -->

```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<entryRelationship type='SUBJ'>
  <!-- Alert Observation -
  templateId="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="18"-->
</entryRelationship>

<!-- entryRelationship che identificano lo stato -->
<entryRelationship type='SUBJ'>
</entryRelationship>

<!-- entryRelationship opzionali che forniscono informazioni aggiuntive
sul problema-->
<entryRelationship type='REFR'>
</entryRelationship>
</act>
```

5.2.14.1.1 Rappresentazione della sostanza: <participant>

Elemento OBBLIGATORIO di una alert observation da utilizzarsi per la rappresentazione della sostanza che è causa dell'allergia o della reazione avversa. Il **typeCode** dell'elemento <participant> deve essere posto a **"CSM"** ("Consumable" da catalogo HL7 ParticipationType 2.16.840.1.113883.5.90).

<entryRelationship>/<observation>/<participant>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
typeCode	CS	"CSM"	Rappresenta il fatto che il farmaco/i mezzo di contrasto DEVE essere "Consumable"

<entryRelationship>/<observation>/<participant>/<participantRole>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
classCode	CS	"MANU"	Rappresenta il fatto che il farmaco/il mezzo di contrasto dovrebbe essere "Manufactured"

<entryRelationship>/<observation>/<participant>/<playingEntity>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	"MMAT"	Indica il fatto che la sostanza scatenante (contenuta nel farmaco/ o nel mezzo di contrasto) è un materiale manufatto ("Manufactured Material")

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

La sostanza scatenante DEVE essere codificata come segue:

`<entryRelationship>/<observation>/<participant>/<playingEntity>/<code>:`

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[AGENTE SCATENANTE]	"Agente Scatenante"
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.2.9.6.1.12 oppure 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5	OID codice - ATC (da preferire) oppure AIC
codeSystemName	ST	"ATC" oppure "AIC"	
codeSystemVersion	ST	1	

Per favorire la sintesi si riporta un esempio esplicativo della composizione della classe.

Esempio d'utilizzo:

```

<!-- SOSTANZA (agent) -->
<participant typeCode="CSM">
  <participantRole classCode="MANU">
    <playingEntity classCode="MMAT">
      <code code="70618"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.12"
        displayName="Penicillina Procaina"
        codeSystemName="ATC"/>
    </playingEntity>
  </participantRole>
</participant>

```

La classe `<participantRole>` deve presentare un attributo `classCode` posto a **"MANU"** ("Manufactured" da catalogo HL7 RoleClass 2.16.840.1.113883.5.110) e un elemento `<playingEntity>` con l'attributo `classCode` posto a **"MMAT"** ("Manufactured Material" da catalogo HL7 RoleClass 2.16.840.1.113883.5.110). L'elemento `<code>` di `<playingEntity>` rappresenta il codice della sostanza (farmaco o principio attivo) e fa sempre riferimento alla codifica ATC (principi attivi) o AIC (farmaci). Nel caso si utilizzi la codifica ATC occorrerà specificare all'interno dell'attributo `codeSystem` l'OID 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.12; in caso di riferimento alla codifica AIC occorrerà specificare l'OID 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

5.2.14.1.2 Rappresentazione della reazione: <entryRelationship><observation>

Elemento **OBBLIGATORIO** di una alert observation da utilizzarsi per la rappresentazione della reazione causata della sostanza. L'attributo **typeCode** dell'elemento <entryRelationship> deve essere posto a **"MFST"** ("Is manifestation of" da catalogo HL7 ActRelationshipType 2.16.840.1.113883.5.1002).

<entry>/<act>/<entryRelationship>/<observation>/<templateId>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary (da specifiche CCD)
extension	ST	54	

<entry>/<act>/<entryRelationship>/<observation>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	"ASSERTION"	Codice
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.5.14	OID ActCode
codeSystemName	ST	ActCode	

<entry>/<act>/<entryRelationship>/<observation>/<statusCode>

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	"Completed"	Codice
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.5.4	OID StatusCode
codeSystemName	ST	StatusCode	

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

Il valore dell'osservazione può essere codificato con SNOMED o con una codifica equivalente da individuare.

`<entry>/<act>/<entryRelationship>/<observation>/<value>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[TIPO DI REAZIONE ALLERGICA]	Codice da individuare
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.96 o code system equivalente da individuare	OID-SNOMED o di un code system equivalente da individuare
codeSystemName	ST	"SNOMED" o equivalente	-
SystemVersion	ST	[VERSIONE DEL SISTEMA DI CODIFICA]	

Per favorire la sintesi si riporta un esempio esplicativo della composizione della classe.

Esempio d'utilizzo:

```

<!-- REAZIONE (reaction) -->
<entryRelationship typeCode="MFST" inversionInd="true">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <!-- Reaction observation template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="54"/>
    <code code="ASSERTION" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <value xsi:type="CD"
      code="247472004"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
      displayName="Orticaria"
      codeSystemName="SNOMED-CT"/>
  </observation>
</entryRelationship>

```

Il sistema di codifica utilizzato per rappresentare la reazione è SNOMED-CT.

5.2.14.1.3 Rappresentazione dello stato: **`<entryRelationship><observation>`**

Elemento **OBBLIGATORIO** di una alert observation da utilizzarsi per la rappresentazione dello stato dell'allergia o reazione avversa. L'attributo **typeCode**

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

dell'elemento `<entryRelationship>` deve essere posto a **"REFR"** ("Refers to" da catalogo HL7 ActRelationshipType 2.16.840.1.113883.5.1002).

`<entry>/<act>/<entryRelationship>/<observation>/<templateId>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary (da specifiche CCD)
extension	ST	39	Status dell'observation

`<entry>/<act>/<entryRelationship>/<observation>/<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	33999-4	Codice
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	LOINC
codeSystemName	ST	ActCode	

`<entry>/<act>/<entryRelationship>/<observation>/<statusCode>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	"Completed"	Codice
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.5.4	OID StatusCode
codeSystemName	ST	StatusCode	

Il valore dell'osservazione può essere codificato con SNOMED o con una codifica equivalente.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

<entry>/<act>/<entryrelationship>/<observation>/<value xsi:type="CE">:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	code="55561003" displayName="Active" code="7147002" displayName="New" code="29179001" displayName="Closed"	
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.96	OID-SNOMED o di un code system equivalente da individuare
codeSystemName	ST	"SNOMED-CT" o equivalente	-
SystemVersion	ST	[VERSIONE DEL SISTEMA DI CODIFICA]	

Per favorire la sintesi si riporta un esempio esplicativo della composizione della classe.

Esempio di utilizzo:

```

<!-- STATO (status) -->
<entryRelationship typeCode="REFR">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <!-- Alert status observation template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="39"/>
    <code code="33999-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
    displayName="Status" codeSystemName="LOINC"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <value xsi:type="CE"
    code="55561003"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
    displayName="Attivo"
    codeSystemName="SNOMED-CT"/>
  </observation>
</entryRelationship>

```

In questo caso il sistema di codifica SNOMED-CT è utilizzato per rappresentare la tipologia di informazione esposta dall'elemento <observation>.

Il CCD fissa i seguenti criteri di conformità:

CONF-18: Una alert observation può contenere esattamente una osservazione sullo stato dell'allert.

CONF-19: Una alert status observation (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.39), deve essere conforme ad una status observation (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.57) (come definito nella sezione).



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

CONF-20: Il valore di "Observation/value", in una alert status observation, deve essere selezionato dal ValueSet **2.16.840.1.113883.1.11.20.3** con AlertStatusCode STATIC uguale a **"20061017"**.

Si noti che nel caso in cui non vi siano allergie, E' NECESSARIO indicare esplicitamente "Non vi sono reazioni allergiche conosciute".

Esempio di utilizzo:

```
<entry typeCode="DRIV">
  <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.18"/>
    <!--Allergia-->
    <id root="36e3e930-7b14-11db-9fe1-0800200c9a66"/>
    <code nullFlavor="NA"/>
    <!--Note strutturate relative al farmaco-->
    <entryRelationship typeCode="SUBJ">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.18"/>
        <!-- Alert observation template -->
        <id root="4adc1020-7b14-11db-9fe1-0800200c9a66"/>
        <code code="ASSERTION"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
        <!--text=note: testo libero-->
        <text>testo libero</text>
        <statusCode code="completed"/>
        <effectiveTime value="20000407130000+0100"/>
        <!--dataRilievo: Data rilevazione assenza di allergie-->
        <value xsi:type="CD" code="160244002 "
          codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
          displayName="No known allergies"/>
      </observation>
    </entryRelationship>
  </act>
</entry>
```

CONF-21: L'assenza di allergie note DEVE essere rappresentata in una **alert observation** valorizzando observation / value con **160244002** "No known allergies" 2.16.840.1.113883.6.96 SNOMED CT STATIC.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

5.2.14.2 Terapie in corso (terapie farmacologiche croniche o attuali rilevanti)

Sezione RACCOMANDATA⁴ destinata alla rappresentazione delle informazioni relative alle prescrizioni farmacologiche (sezione "Medications", cfr. CCD cap 3.9). Tale sezione deve essere usata, oltre che per referenziare le prescrizioni farmacologiche di interesse, anche per indicare le eventuali somministrazioni ricevute dal paziente.

<section>/<templateId>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary
extension	ST	8	Codice del template per Medications.

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	10160-0	Codice LOINC per History of medication use
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID LOINC
codeSystem	ST	"LOINC"	
DisplayName	ST	"History of medication use"	Descrizione della sezione

<section>/<title>:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1...1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "Terapie in corso"

<section>/<text>:

Attributo	Quantità	Descrizione
text	1...1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente

⁴ La sezione raccomandata deve essere valorizzata nel caso in cui il medico sia a conoscenza di tali informazioni.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

La sezione contiene un elemento <text> obbligatorio.

L'elemento <text> deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singola prescrizione che il medico ritiene significativa per riassumere la storia clinica del paziente.

Esempio d'utilizzo:

```

<section>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="8"/>
  <!-- Medications section template -->
  <code code="10160-0" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"/>
  <title>Terapie in corso </title>
  <text>
  <text>
    <list>
      <caption>Prescrizioni:</caption>
      <item>
        <content ID="prescl_therapy_1">PREPARATO: morfina
        cloridato 10mg/1ml + Aloperidolo mg 2 + Fisiologica
        500 ml</content>
        <list>
          <caption>Dettagli Somministrazioni:</caption>
          <item>Via di Somministrazione: Sottocute</item>
          <item> altre note </item>
          <item>altre note</item>
        </list>
      </item>
      <item>
        <content ID="prescl_therapy_2">Prednisone 20mg qd</content>
        <list>
          <caption>Dettagli Somministrazioni:</caption>
          <item>Via di Somministrazione: Bocca</item>
          <item> altre note </item>
          <item> altre note </item>
        </list>
      </item>
    </list>
  </text>
</section>

```

Il blocco strutturato è costituito da una serie di elementi <entry> ognuno dei quali è destinato alla rappresentazione di una prescrizione. Il template per la registrazione delle prescrizioni/somministrazioni farmacologiche DEVE essere 2.16.840.1.113883.10.20.1.24 "Medication Activities".

CONF-22: Il documento patient summary DOVREBBE contenere esattamente una e non più di una sezione Medications section (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.8). La sezione Medications section DEVE contenere un blocco narrativo e dovrebbe contenere clinical



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

statements. I clinical statements dovrebbero includere una o più medication activity (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.24) e/o supply activities (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.34).

CONF-23: La sezione medications deve contenere l'elemento section/code.

CONF-24: Il valore per "section/code" deve essere "10160-0" "History of medication use" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC.

CONF-25: la sezione medication deve contenere l'elemento Section / title.

La somministrazione di un farmaco sarà indicata attraverso l'elemento:

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

La prescrizione, cioè l'indicazione da parte del medico curante affinché il paziente prenda un determinato farmaco, si indica utilizzando l'elemento:

```
<substanceAdministration classCode="SBADM" moodCode="INT">
```

Si faccia riferimento alla documentazione dello standard HL7-CDA Rel. 2.0 per maggiori dettagli riguardo la struttura dell'elemento `<substanceAdministration>`. Qui di seguito si riportano alcuni esempi riguardo la gestione alcune delle informazioni di interesse sulla prescrizione farmacologia.

Il *nome farmaco* viene gestito attraverso l'attributo `displayName` dell'elemento `<code>` relativo alla codifica AIC.

```
<code code="AIC12765"  
  codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5"  
  codeSystemName="AIC" codeSystemVersion="1"  
  displayName="Albuterol 0.09">  
</code>
```

Il nome generico del farmaco DEVE essere riportato nell'elemento `<originalText>` all'interno dell'elemento `<code>`.

```
<originalText>Albuterol inhalant</originalText>
```

CONF-26: Se `manufacturedMaterial / code` contiene una dose unitaria preconfezionata (ad esempio "Metoprololo 25 mg compresse"), allora `SubstanceAdministration / doseQuantity` deve essere un numero che indica il numero di prodotti (nell'esempio capsule) per ogni amministrazione.

CONF-27: Se `manufacturedMaterial / code` non contiene una dose unitaria preconfezionata (ad esempio "prodotto metoprololo"), allora `SubstanceAdministration / doseQuantity` DEVE



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

essere una grandezza fisica che indica la quantità di prodotto indicato per ciascuna amministrazione.

CONF-28: Un `manufacturedMaterial` in un `product template` deve contenere esattamente un elemento `Material / code / originalText`, che rappresenta il nome generico del prodotto.

CONF-29: Un `manufacturedMaterial` in un `product template` può contenere esattamente un elemento `Material / name`, che rappresenta la marca del prodotto.

Il *Codice AIC* del farmaco DEVE essere inserito come `code` all'interno dell'elemento `<manufacturedProduct>`, così come la descrizione (usando l'elemento `<translation>` è possibile referenziare altre codifiche di interesse come l'ATC):

```
<manufacturedProduct>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.53"/>
  <!-- Product template -->
  <manufacturedMaterial>
    <code code="AIC12765"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5"
          codeSystemName="AIC" codeSystemVersion="1"
          displayName="Albuterol 0.09">
      <originalText>Albuterol inhalant</originalText>
      <translation code="R03AC"
                  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.73"
                  codeSystemName="ATC" codeSystemVersion="1"
                  displayName="Albuterol"/>
    </code>
  </manufacturedMaterial>
</manufacturedProduct>
```

L'elemento `<effectiveTime>` DEVE essere usato per riportare il periodo di somministrazione e quindi eventualmente la data di inizio della somministrazione della prescrizione. La *caratterizzazione di farmaco "continuativo"* può essere distinta da quella di farmaco "non continuativo" immettendo nell'elemento `<effectiveTime>` la data di fine (elemento `<high>`); nel primo caso si esplicherà la condizione tramite l'attributo `nullFlavor` settato a "PINF".

Esempio di utilizzo:

Non Continuativo: esiste una data di inizio ed una data di fine (high).

```
<effectiveTime xsi:type="IVL_TS">
  <low value="20080328"/>
  <high value="20080404"/>
</effectiveTime>
```

Continuativo: esiste una data di inizio (low) e non una data di fine.

```
<effectiveTime xsi:type="IVL_TS">
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<low value="20080328"/>  
< high nullFlavor="PINF"/>  
</effectiveTime>
```

L'elemento `<effectiveTime>` può inoltre essere utilizzato anche per indicare la frequenza di assunzione di un farmaco (ad es. due volte al giorno, prima dei pasti, etc). Le informazioni circa la *posologia* sono poi completate con l'indicazione della dose (ad es.1 fiala; 30 mg; ...) tramite l'elemento `<doseQuantity>`. Mentre il *codice ICD9 CM* relativo alla diagnosi e la *Nota AIFA ex CUF* vanno inserite come codice all'interno dell'entryRelationship associata all'elemento `<substanceAdministration>` mediante l'attributo `typeCode` valorizzato a **"RSON"**.

Esempio di utilizzo:

```
<entryRelationship typeCode="RSON">
```

Esempio di utilizzo:

```
<!--Codice ICD9CM del problema associato-->  
<value xsi:type="CE" code="E930.5" codeSystemName="ICD9CM"  
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2" displayName="Bronchitis"/>  
<!--NOTA AIFA ex CUF del problema associato-->  
<value xsi:type="CE" code="30" codeSystemName="AIFA"  
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.29999"  
  displayName="Nota AIFA 30"/>
```

La *descrizione della diagnosi* viene inserita nel campo testo (Narrative Block).

L'elemento `<doseQuantity>` all'interno dell'elemento `<substanceAdministration>` può essere usato per indicare la dose del farmaco che deve essere somministrata. Tale elemento NON deve essere usato per indicare la quantità delle confezioni da fornire al paziente (tale informazione può essere passata attraverso l'elemento `<supply>`).

```
<doseQuantity value="2" unit="mg"/>
```

Esempio d'utilizzo:

```
<entry>  
  <!-- DETTAGLIO PRESCRIZIONE-->  
  <substanceAdministration classCode="SBADM" moodCode="INT">  
    <text>Prednisone 20mg qd</text>  
    <effectiveTime xsi:type="PIVL_TS"  
institutionSpecified="true">  
      <period value="24" unit="h"/>  
    </effectiveTime>  
    <routeCode code="PO" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.112"  
      codeSystemName="RouteOfAdministration" displayName="Via  
Orale"/>
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<doseQuantity value="20" unit="mg"/>
<consumable>
  <manufacturedProduct>
    <manufacturedLabeledDrug>
      <code code="10089035" codeSystemName="AIC"
        displayName="DELTACORTENE"
        codeSystem= "2.16.840.1.113883
          .2.9.6.1.5">
        <translation code="H02AB07"
          codeSystemName="ATC"
          displayName="Prednisone"
          codeSystem=2.16.840.1.113883
            .6.73/>
      </code>
    </manufacturedLabeledDrug>
  </manufacturedProduct>
</consumable>
<!-- ESEMPIO DI REFERENZIAZIONE DI TERAPIA -->
<entryRelationship typeCode="RSON">
  <procedure classCode="PROC" moodCode="INT">
    <!-- codifica procedura -->
    <id root="id-terapia-1"/>
  </procedure>
</entryRelationship>
</entry>
```

CONF-30:Una medication activity (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.24) è rappresentata da un elemento SubstanceAdministration.

CONF-31:il valore di "SubstanceAdministration / @ moodCode" in una medication activity deve essere "EVN"o "INT" 2.16.840.1.113883.5.1001 ActMood STATIC.

CONF-32:Una medication activity contiene almeno un SubstanceAdministration / id.

CONF-33:Una medication activity può contenere esattamente un elemento SubstanceAdministration / statusCode.

CONF-34:Una medication activity deve contenere uno o più elementi SubstanceAdministration / effectiveTime, usati per indicare l'inizio effettivo o previsto e la data di fine somministrazione di un farmaco, e la frequenza di somministrazione .

CONF-35:Una medication activity deve contenere esattamente un SubstanceAdministration / routeCode.

CONF-36:Il valore per "SubstanceAdministration / routeCode" in una medication activity può essere selezionato dall' HL7 RouteOfAdministration (2.16.840.1.113883.5.112) code system.

CONF-37:Una medication activity deve contenere esattamente un SubstanceAdministration / doseQuantity oppure SubstanceAdministration / rateQuantity.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

CONF-38: Una medication activity può contenere esattamente un SubstanceAdministration / maxDoseQuantity, che rappresenta un limite massimo di dose.

CONF-39: Una medication activity può contenere uno o più SubstanceAdministration / performer, per indicare la persona che somministra una sostanza.

5.2.14.3 Lista problemi ed organi mancanti

Sezione RACCOMANDATA destinata alla rappresentazione di tutti i problemi clinici significativi attribuiti al paziente. La sezione è rappresentata attraverso un blocco narrativo, un elemento <code> e un relativo blocco strutturato, al fine di ottenere il massimo livello di dettaglio previsto dal CDA (CDA - Level 3). In questa sezione è possibile inserire le patologie croniche e non.

La sezione è individuata da un elemento <code> (livello 2) che ne specifica il contenuto ed un elemento <templateid> così valorizzati:

<section>/<templateID>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary
extension	ST	11	Codice del template per Problem Section.

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	11450-4	Codice che identifica il contenuto della sezione
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	Codifica LOINC
codeSystemName	ST	LOINC	-
codeSystemVersion	ST	2.19	Versione codifica

<section>/<title>:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1...1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "Listaproblemi".

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

<section>/<text>:

Attributo	Quantità	Descrizione
text	1....1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente

La sezione contiene un elemento <text> obbligatorio.

L'elemento <text> deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singolo Problema che il medico ritiene significativo per riassumere la storia clinica del paziente.

Esempio d'utilizzo:

```

*****
Problems section
*****
-->
    <component>
        <section>
            <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.11"/>
            <!-- Problem section template -->
            <code code="11450-4"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"/>
            <title> Lista problemi </title>

```

CONF-40: Il patient summary DOVREBBE contenere esattamente una ed una sola sezione Problem (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.11). La sezione Problem DEVE contenere un blocco narrativo, e dovrebbe contenere gli elementi clinical statement. Ogni Clinical statements deve includere uno o più problem act (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.27). Un problem act dovrebbe includere una o più problem observations (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.28).

La sezione contiene un elemento <text> obbligatorio.

L'elemento <text> deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singolo problema che il medico ritiene significativo per riassumere la storia clinica dell'assistito ed eventualmente lo stato (attivo, non attivo, cronico, intermittente, risolto, ricorrente) del problema clinico.

Esempio d'utilizzo:

```

<text>
    <table border="1" width="100%">
        <thead>
            <tr><th>Problema</th><th>Data insorgenza</th><th>Stato</th></tr>
        </thead>
        <tbody>

```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<tr><td>Asma</td><td>1990</td><td>Attivo</td></tr>
<tr><td>Polmonite da toxoplasma</td><td>Gen1997</td><td>Risolto</td></tr>
<tr><td>Infarto miocardico acuto</td><td>Gen1997</td><td>Risolto</td></tr>
</tbody>
</table>
</text>
```

Il blocco strutturato è costituito da una serie di elementi <entry> ognuno dei quali destinato alla rappresentazione di un problema, con relativa data di insorgenza e stato.

```
<entry typeCode="DRIV">
  <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
    <!-- Problem act template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="27"/>
    <code nullFlavor="NA"/>
    <entryRelationship typeCode="SUBJ">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <!-- Problem observation template -->
        <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="28"/>
        <code code="ASSERTION" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
        <statusCode code="completed"/>
        <effectiveTime>
          <low value="1990"/>
        </effectiveTime>
        <value xsi:type="CD"
          code="493"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2"
          displayName="Asma"
          codeSystemName="ICD9CM"/>
      </observation>
    </entryRelationship>
    <entryRelationship typeCode="REFR">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <!-- Problem status observation template -->
        <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="50"/>
        <code code="33999-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
          displayName="Status"
          codeSystemName="LOINC"/>
        <statusCode code="completed"/>
        <value xsi:type="CE" code="55561003"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
          displayName="Non risolto"
          codeSystemName="SNOMED-CT"/>
      </observation>
    </entryRelationship>
  </act>
</entry>
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
</act>
```

```
</entry>
```

Il problema viene rappresentato attraverso una classe generica `<act>` che fa riferimento ad un template (OID: 2.16.840.1.113883.10.20.1.27) che ne caratterizza il contenuto (problem act).

Per la rappresentazione dei problemi si fa riferimento alla classificazione internazionale delle malattie ICD9-CM (OID: 2.16.840.1.113883.6.2). Le informazioni relative allo stato e alla data di insorgenza sono rappresentate attraverso due elementi `<entryRelationship>`.

Ogni singolo problema deve essere descritto con un Act, contenere almeno un Act.id e il valore di Act.code fissato con NullFlavor perché non applicabile.

Nel contesto del PSS per indicare lo stato sono ammessi i seguenti valori: 55561003 "Non Risolto"; 73425007 "Risolto"; 90734009 "Cronico".

La mancanza di un organo deve essere codificata attraverso un elemento "Problem Act".

CONF-41.1: La "problem observation" che contiene l'informazioni sull'organo mancante deve contenere un elemento code/code uguale a "282291009" con codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" ed un elemento "value".

CONF-41.2: l'elemento value/xsi:type deve essere uguale a "CD" e il value/code deve contenere il codice Snomed-CT che identifica l'organo mancante.

Esempio d'utilizzo:

```
<entry typeCode="DRIV">
  <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.27"/>
    <!-- Problem act template -->
    <code nullFlavor="NA"/>
    <!--note-->
    <text>testo libero per le note</text>
    <!--dataApertura=effectiveTime/low - Data Apertura del Problema
    <effectiveTime>
      <low value="19990327"/>
    </effectiveTime>
    <!--Codice ICD IX CM diagnosi-->
    <entryRelationship typeCode="SUBJ">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <!-- Problem observation template -->
        <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.28"/>
        <code code="282291009" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"/>
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<!--descrizione-->
<text>Descrizione del problema</text>
<statusCode code="completed"/>
diagnosi-->
<!--dataCodICD9 indica il tempo a cui si riferisce la
diagnosi-->
<effectiveTime>
  <low value="19970118"/>
</effectiveTime>

<!--DEFINIZIONE DI ORGANO MANCANTE -->
arm
<value xsi:type="CD" code="368208006"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" displayName="Left upper
structure (body structure)" >
  <qualifier>
    <name code="288531002"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
displayName="Finding status values
value"/>
    <value code="371640009"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
displayName="Body with missing parts"/>
  </qualifier>
</value>
</observation>
</entryRelationship>
</act>
</entry>
```

5.2.14.4 Accertamenti diagnostici rilevanti e gruppo sanguigno (esami di laboratorio e strumentali)

Sezione RACCOMANDATA destinata alla rappresentazione di tutti gli esiti di accertamenti diagnostici rilevanti ai fini della storia clinica del paziente. E' importante evidenziare che seppur vi sia la possibilità di riportare tutti gli esiti degli accertamenti sostenuti dal paziente nella sua storia clinica, è buona prassi riportare i soli esiti che, a giudizio dell'operatore sanitario autore del Profilo Sanitario Sintetico, assumono rilevanza ai fini di una corretta valutazione dello stato clinico del paziente. La sezione è rappresentata attraverso un blocco narrativo, un elemento <code> e un relativo blocco strutturato, al fine di ottenere il massimo livello di dettaglio previsto dal CDA (CDA - Level 3).

Si fa presente che le informazioni contenute in questa sezione sono i risultati di accertamenti diagnostici derivanti da esami di laboratorio e strumentali (ad es., i risultati delle analisi del sangue o di esami radiologici).

Si precisa inoltre che la sezione "Procedures" è destinata alla rappresentazione di tutte le informazioni utili a descrivere trattamenti, procedure chirurgiche e terapeutiche sostenute dal paziente durante il suo

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

**pregresso clinico, e eventuali partecipazioni a trials clinici (ad es., appendicectomia o somministrazione di farmaci sperimentali).
Invece, la sezione "Encounters" è destinata alla rappresentazione degli incontri del paziente con il sistema sanitario nazionale compresi gli eventuali ricoveri subiti dallo stesso (ad es., visite specialistiche o ricoveri).**

`<section>/<templateID>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary
extension	ST	14	Codice del template per Results Section.

`<section>/<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	30954-2	Codice che identifica il contenuto della sezione
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	Codifica LOINC
codeSystemName	ST	LOINC	-
codeSystemVersion	ST	2.19	Versione codifica
displayName	ST	"Relevant diagnostic tests and or laboratory data"	Descrizione della sezione

`<section>/<title>`:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1...1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "Esami di laboratorio e strumentali".

`<section>/<text>`:

Attributo	Quantità	Descrizione
text	1...1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente



La sezione contiene un elemento <text> obbligatorio.

L'elemento <text> deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singolo accertamento diagnostico che il medico ritiene significativo per riassumere la storia clinica dell'assistito.

Esempio d'utilizzo:

```
<section>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="14"/>
  <code
    code="30954-2"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
    codeSystemName="LOINC"
    displayName=" Relevant diagnostic tests and or laboratory data"/>
  <title>Esami di laboratorio e strumentali </title>
  <text>
    <table border="1" width="100%">
      <caption>23 Marzo 2000 - Emocromo e piastrine</caption>
      <thead>
        <tr>
          <th>Esame</th><th>Esito</th><th>Abnormal
            flag</th><th>Unità di misura</th><th> Valori
            normali </th> <th> Metodo</th>
          </tr>
        </thead>
        <tbody>
          <tr align="left">
            <th>HGB -          Emoglobina </th> <td> 11.9 </td>
            <td>*</td><td>g/dL</td><td>13.0 - 16.5</td><td></td>
          </tr>
          <tr align="left">
            <th>HCT -      Ematocrito</th><td> 34.4</td><td> *
            </td> <td> %</td><td>40.0 - 54.0</td><td></td>
          </tr>
          <tr align="left">
            <th>Conteggio      piastrine</th><td>170 </td><td></td>
            <td>migl/mm</td><td><td>150
            - 400</td><td></td>
          </tr>
          <tr align="left">
            <th>Neutrofili</th><td>43</td><td></td><td>%</td>
            <td><td>40.0 - 72.0</td><td></td>
          </tr>
        </tbody>
      </table>
    <br/>
    <table border="1" width="100%">
      <caption>12 Gennaio 2005 - Creatinina</caption>
      <thead>
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<tr>
  <th>Esame</th><th>Esito</th><th>Abnormal flag</th>
  <th>Unità di
  misura</th><th>Valori
  normali</th><th>Metodo</th></tr>
</thead>
<tbody>
  <tr>
    <th>Creatinina</th><td>1.1</td><td/>
    <td>mg/dl</td><td>0.50 - 1.20</td><td/>
  </tr>
</tbody>
</table>
</text>
</section>
```

A titolo di esempio, si riporta una trasformazione xls del blocco narrativo:

Accertamenti diagnostici rilevanti ai fini delle patologie riportate

23 Marzo 2000 - Emocromo e piastrine

Esame	Esito	Abnormal flag	Unità di misura	Valori normali	Metodo
HGB - Emoglobina	11.9	*	g/dL	13.0 - 16.5	
HCT - Ematocrito	34.4	*	%	40.0 - 54.0	
Conteggio piastrine	170		migl/mm	150 - 400	
Neutrofili	43		%	40.0 - 72.0	

12 Gennaio 2005 - Creatinina

Esame	Esito	Abnormal flag	Unità di misura	Valori normali	Metodo
Creatinina	1.1		mg/dl	0.50 - 1.20	

Figura 2 – trasformazione xls del blocco narrativo

Il blocco strutturato è costituito da una serie di elementi <entry> ognuno dei quali destinato alla rappresentazione di un esame di laboratorio. In caso di esame composto da più accertamenti singoli (es. emocromo) l'elemento <entry> esporrà una serie di elementi <component> pari al numero di esami singoli che compongono la prestazione.

Esempio d'utilizzo:

```
<entry typeCode="DRIV">
  <organizer classCode="BATTERY" moodCode="EVN">
    <!-- Result organizer template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="32"/>
    <code code="COD_PRESTAZIONE_CATALOGO_REGIONALE"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.6.11"
      displayName="Creatinina"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime value="200501121300"/>
    <component>
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<!-- Result observation template -->
<templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="31"/>
<code code="COD_PRESTAZIONE_CATALOGO_REGIONALE"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.6.11"
      displayName="Creatinina"/>
<statusCode code="completed"/>
<effectiveTime value="200501121300"/>
<value xsi:type="PQ" value="1.1" unit="mg/dl">
  <translation
    value="1.1"
    code="mg{creat}"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.8"
    codeSystemName="UCUM"/>
</value>
<!--Range di riferimento per la prestazione (Valori normali) -->
<referenceRange typeCode="REFV">
  <observationRange classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
    <value xsi:type="IVL_PQ">
      <low value="0.5" unit="mg/dl"/>
      <high value="1.2" unit="md/dl"/>
    </value>
  </observationRange>
</referenceRange>
</observation>
</component>
</organizer>
</entry>
```

Da evidenziare che l'utilizzo dell'elemento <translation> per esprimere il risultato in un sistema di misura standardizzato (es. UCUM) è OPZIONALE.

La rilevazione del gruppo sanguigno o fenotipo è un risultato di una indagine di laboratorio ed è quindi strutturabile secondo il template *Results*.

I risultati devono essere inseriti in un organizer che contenga due Observation, una per il gruppo sanguigno e l'altra per il fattore RH. Le observation dovranno essere di tipo result observation con template id = "2.16.840.1.113883.10.20.1.31".

CONF-41: Il patient summary DOVREBBE contenere esattamente una e sola sezione Results (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.14). La sezione Results DEVE contenere un blocco narrativo, e dovrebbe contenere clinical statement. Ogni clinical statment deve includere uno o più elementi result organizers (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.32), ciascuno dei quali deve contenere una o più elementi di tipo result observation (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.31).

CONF-42: La sezione Result deve contenere l'elemento Section / code.

CONF-43: Il valore per "Section / code" deve essere "30954-2" "Relevant diagnostic tests and/or laboratory data" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

5.2.14.5 Controlli pianificati a percorsi concordati per patologie croniche o particolari

Sezione OPZIONALE destinata alla rappresentazione di tutte le informazioni che costituiscono uno o più percorsi e/o pianificazioni determinate sulla base di particolari patologie presentate dal paziente (prescrizioni di prestazioni, procedure attive e non terminate). La sezione è rappresentata attraverso un blocco narrativo, un elemento <code> e un relativo blocco strutturato, al fine di ottenere il massimo livello di dettaglio previsto dal CDA (CDA - Level 3).

<section>/<templateID>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary
extension	ST	10	Codice del template per Plane of care Section.

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	18776-5	Codice LOINC per Plan of treatment
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	Codifica LOINC
codeSystemName	ST	"LOINC"	-
codeSystemVersion	ST	2.19	Versione codifica
displayName	ST	"Plan of treatment"	Descrizione della sezione

<section>/<title>:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1....1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "Controlli pianificati e percorsi di cura".

<section>/<text>:

Attributo	Quantità	Descrizione
-----------	----------	-------------



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

text	1...1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente
------	-------	--

La sezione contiene un elemento <text> obbligatorio.

L'elemento <text> deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singolo percorso di cura concordato per patologie croniche o particolari.

Esempio d'utilizzo:

```
<section>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="10"/>
  <code
    code="18776-5"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
    codeSystemName="LOINC"
    displayName="Plan of treatment"/>
  <text>
    <table border="1" width="100%">
      <thead>
        <tr>
          <th>Attività</th>
          <th>Da effettuarsi il</th>
          <th>Da effettuarsi entro il</th>
        </tr>
      </thead>
      <tbody>
        <tr>
          <td>Emocromo completo</td>
          <td>12 Ottobre 2007</td>
        </tr>
        <tr>
          <td>Controllo pressione arteriosa</td>
          <td>12 Ottobre 2007</td>
        </tr>
        <tr>
          <td>Visita Cardiologica</td>
          <td>10 Novembre 2007</td>
        </tr>
      </tbody>
    </table>
  </text>
</section>
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

blocco strutturato è costituito da una serie di elementi <entry> ognuno dei quali destinato alla rappresentazione di un item della pianificazione. Vista la natura eterogenea delle informazioni rappresentabili, lo standard consente l'utilizzo di diverse classi:

	Act	Encounter	Procedure	Substanc e Admin	Supply	Observation
INT (intent)	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso
ARQ (appt request)	Permesso	Permesso	Permesso	Non Permesso	Non Permesso	Non Permesso
PRMS (promise)	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso
PRP (proposal)	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso
RQO (request)	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso
GOL (goal)	Non Permesso	Non Permesso	Non Permesso	Non Permesso	Non Permesso	Permesso

Nell'esempio presentato vengono pianificate diverse attività mediche a cui il paziente dovrà sottoporsi. Nello specifico il paziente dovrà fare un emocromo completo, la rilevazione della pressione arteriosa e una visita cardiologica in data 12/10/2007.

Esempio d'utilizzo:

```
<entry typeCode="DRIV">
  <observation classCode="OBS" moodCode="RQO">
    <!-- Plan of Activity activity template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="25"/>
    <code
      code="COD_PRESTAZIONE_CATALOGO_REGIONALE"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.6.11"
      displayName="Emocromo completo"/>
    <statusCode code="new"/>
    <effectiveTime>
      <high value="20071012"/>
    </effectiveTime>
  </observation>
</entry>
<entry typeCode="DRIV">
  <observation classCode="OBS" moodCode="PRMS">
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<!-- Plan of Activity activity template -->
<templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="25"/>
<code nullFlavor="NA" displayName="Rilevazione pressione
arteriosa"/>
<statusCode code="new"/>
<effectiveTime>
  <high value="20071012"/>
</effectiveTime>
</observation>
</entry>
<entry typeCode="DRIV">
  <observation classCode="OBS" moodCode="RQO">
    <!-- Plan of Activity activity template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="25"/>
    <code
      code="COD_PRESTAZIONE_CATALOGO_REGIONALE"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.6.11"
      displayName="Visita cardiologica"/>
    <statusCode code="new"/>
    <effectiveTime value="20071110"/>
  </observation>
</entry>
```

CONF-44: Il patient summary Può contenere esattamente una e sola sezione Plane of care Section (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.10). La sezione Plane of care Section DEVE contenere un blocco narrativo, e dovrebbe contenere clinical statement. Ogni clinical statment deve includere uno o più elementi Observation (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.25 (Plan of care activity)).

CONF-45: La sezione Plane of care Section deve contenere l'elemento Section / code.

CONF-46: Il valore per "Section / code" deve essere "18776-5" "Plan of treatment" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC.

5.2.14.6 Vaccinazioni

Sezione RACCOMANDATA destinata alla rappresentazione di tutte le informazioni utili a descrivere lo stato attuale delle vaccinazioni del paziente. La sezione è rappresentata attraverso un blocco narrativo, un elemento <code> e un relativo blocco strutturato, al fine di ottenere il massimo livello di dettaglio previsto dal CDA (CDA - Level 3).

<section>/<templateID>:

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

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	

Root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary
extension	ST	6	Codice del template per Immunizations Section.

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	11369-6	Codice LOINC per History of immunization
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	Codifica LOINC
codeSystemName	ST	"LOINC"	-
codeSystemVersion	ST	2.19	Versione codifica
displayName	ST	"History of immunization"	Descrizione della sezione

<section>/<title>:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1...1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "vaccinazioni".

<section>/<text>:

Attributo	Quantità	Descrizione
text	1...1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente

La sezione contiene un elemento <text> obbligatorio.

L'elemento <text> deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singola vaccinazione del paziente.

Esempio d'utilizzo

```
<section>
```



```
<templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="6"/>
<code
  code="11369-6"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  displayName="History of immunization"/>
<title>Vaccinazioni</title>
<text>
  <table border="1" width="100%">
    <thead>
      <tr>
        <th>Vaccino</th><th>Data</th><th>Stato</th>
      </tr>
    </thead>
    <tbody>
      <tr>
        <td>1999</td>
        <td>Vaccino virus influenza</td><td>Novembre</td>
        <td>Effettuato</td>
      </tr>
      <tr>
        <td>1998</td>
        <td>Vaccino virus influenza</td><td>Dicembre</td>
        <td>Effettuato</td>
      </tr>
      <tr>
        <td>1998</td>
        <td>Antimorbillo-parotite-rosolia</td><td>Giugno</td>
        <td>Effettuato</td>
      </tr>
      <tr>
        <td></td>
        <td>Antitetanica</td><td>Febbraio 1997</td>
        <td>Effettuato</td>
      </tr>
    </tbody>
  </table>
</text>
</section>
```

Il blocco strutturato è costituito da una serie di elementi <entry> ognuno dei quali destinato alla rappresentazione di una vaccinazione.

```
<entry typeCode="DRIV">
  <substanceAdministration classCode="SBADM" moodCode="EVN">
    <!-- Medication activity template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="24"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime value="199911"/>
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<consumable>
  <manufacturedProduct>
    <!-- Product template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1"
extension="53"/>
    <manufacturedMaterial>
      <code code="E949.6"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2"
codeSystemName="ICD9CM"
      displayName="Vaccino del virus
influenzale">
      <originalText>Vaccino del virus
influenzale</originalText>
    </code>
    </manufacturedMaterial>
  </manufacturedProduct>
</consumable>
</substanceAdministration>
</entry>
```

Per la rappresentazione del vaccino, così come da specifiche CCD, si utilizza il template di riferimento per la rappresentazione di prodotti sanitari (Product template OID:2.16.840.1.113883.10.20.1.53).

Per specificare il vaccino si DEVE utilizzare la codifica ICD9-CM e nel sottoelemento originalText di manufacturedMaterial si può riportare la descrizione del vaccino associato al codice ICD9-CM.

CONF-47: Il patient summary DOVREBBE contenere esattamente una ed una sola sezione Immunizations (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.6). La sezione Immunizations DEVE contenere un blocco narrativo, e dovrebbe contenere clinical statements. Ogni clinical statements deve includere una o più medication activities (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.24) e/o supply activities (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.34).

CONF-48: La sezione Immunizations deve contenere l'elemento Section / code.

CONF-49: Il valore per "Section / code" deve essere "11369-6" "History of immunizations" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

5.2.14.7 Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e trials clinici

Sezione RACCOMANDATA destinata alla rappresentazione di tutte le informazioni utili a descrivere trattamenti, procedure chirurgiche e terapeutiche sostenute dal paziente durante il suo pregresso clinico, e eventuali partecipazioni a trials clinici. La sezione è rappresentata attraverso un blocco narrativo, un elemento <code> e un relativo blocco strutturato, al fine di ottenere il massimo livello di dettaglio previsto dal CDA (CDA - Level 3).

<section>/<templateID>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary
extension	ST	12	Codice del template per Procedures Section.

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	47519-4	Codice LOINC per History of Procedures
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	Codifica LOINC
codeSystemName	ST	"LOINC"	-
codeSystemVersion	ST	2.19	Versione codifica
displayName	ST	"History of procedures"	Descrizione della sezione

<section>/<title>:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1...1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche".

<section>/<text>:

Attributo	Quantità	Descrizione
text	1...1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

La sezione contiene un elemento <text> obbligatorio.

L'elemento <text> deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singolo trattamento e/o procedura terapeutica/chirurgica subita dal paziente nel suo pregresso clinico.

Esempio d'utilizzo:

```
<section>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="12"/>
  <code code="47519-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
    codeSystemName="LOINC"
    displayName="History of procedures"/>
  <title> Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche </title>
  <text>
    <table border="1" width="100%">
      <thead>
        <tr>
          <th>Procedura</th>
          <th>Data</th>
          <th>Commento</th>
        </tr>
      </thead>
      <tbody>
        <tr>
          <td>Appendicectomia</td>
          <td>Luglio 1981</td>
          <td>Risolto</td>
        </tr>
        <tr>
          <td>Cordotomia percutanea</td>
          <td>Gennaio 1980</td>
          <td>Risolto</td>
        </tr>
      </tbody>
    </table>
  </text>
</section>
```

Il blocco strutturato è costituito da una serie di elementi <entry> ognuno dei quali destinato alla rappresentazione di una procedura.

```
<entry typeCode="DRIV">
  <procedure classCode="PROC" moodCode="EVN">
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<!-- Procedure activity template -->
<templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="29"/>
<code
  code="47.1"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2"
  codeSystemName="ICD9CM"
  displayName="Appendicectomia in corso di altro intervento"/>
<statusCode code="completed"/>
<effectiveTime value="198107"/>
</procedure>
</entry>
```

- CONF-50:** Il patient summary DOVREBBE contenere esattamente una ed una sola sezione Procedures (templated 2.16.840.1.113883.10.20.1.12). La sezione procedures contiene un blocco narrativo, e dovrebbe contenere clinical statement. Ogni clinical statement deve includere una o più procedure activities (templated 2.16.840.1.113883.10.20.1.29).
- CONF-51:** La sezione Procedure deve contenere Section/code.
- CONF-52:** Il valore di "Section/code" deve essere "47519-4" "History of procedures" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC.
- CONF-53:** Una procedure activity (templated 2.16.840.1.113883.10.20.1.29) deve essere rappresentata con Act, Observation, or Procedure.
- CONF-54:** Il valore per "[Act | Observation | Procedure] / @moodCode" in una procedure activity deve essere "EVN" 2.16.840.1.113883.5.1001 ActMood STATIC.
- CONF-55:** Una procedure activity deve contenere almeno un elemento [Act | Observation | Procedure]/id.
- CONF-56:** Una procedure activity deve contenere esattamente un [Act | Observation | Procedure]/statusCode.
- CONF-57:** il valore per "[Act | Observation | Procedure]/statusCode" in una procedure activity deve essere selezionato dal ValueSet 2.16.840.1.113883.1.11.20.15 ProcedureStatusCode STATIC 20061017.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

5.2.14.8 Visite

Sezione OPZIONALE destinata alla rappresentazione di tutte le visite o contatti con il sistema sanitario nazionale (ricoveri), ritenute rilevanti, sostenute dal paziente nel corso della sua storia clinica. La sezione è rappresentata attraverso un blocco narrativo, un elemento <code> e un relativo blocco strutturato, al fine di ottenere il massimo livello di dettaglio previsto dal CDA (CDA - Level 3).

<section>/<templateID>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary
extension	ST	3	Codice del template per Encounters Section.

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	46240-8	Codice LOINC per History of encounters
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID LOINC
codeSystem	ST	"LOINC"	
DisplayName	ST	"History of encounters"	Descrizione della sezione

<section>/<title>:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1...1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "Visite".

<section>/<text>:

Attributo	Quantità	Descrizione
text	1...1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

La sezione contiene un elemento <text> obbligatorio.

L'elemento <text> deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singola visita che il medico ritiene significativa per riassumere la storia clinica del paziente.

Esempio d'utilizzo:

```
<section>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="3"/>
  <code
code="46240-4"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC"
displayName="History of encounters"/>
  <title>Visite</title>
  <text>
    <table border="1" width="100%">
      <thead>
        <tr><th>Osservazione</th><th>Luogo</th><th>Data</th><th>Tipo di
visita</th></tr>
      </thead>
      <tbody>
        <tr><td>Paralisi facciale che interessa una metà del
viso, con
abbassamento
lagofalmo, spianamento del solco naso-genieno,
dell'angolo della bocca.</td>
        <td>Ospedale San Giovanni di Dio</td>
        <td>7 Aprile 2000</td>
        <td>visita generica</td></tr>
      </tbody>
    </table>
  </text>
</section>
```

Il blocco strutturato è costituito da una serie di elementi <entry> ognuno dei quali destinato alla rappresentazione di una visita.

Esempio d'utilizzo:

```
<entry typeCode="DRIV">
  <encounter classCode="ENC" moodCode="EVN">
    <!-- Encounter activity template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="21"/>
    <!-- TIPO DI VISITA -->
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<code
  code="GENRL"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"
  displayName="General">
  <originalText>Paralisi facciale che interessa una metà del
  viso, con
  lagofalmo, spianamento del solco naso-genieno, abbassamento
  dell'angolo
  della bocca.</originalText>
</code>
<effectiveTime value="20000407"/>
<participant typeCode="LOC">
  <!-- Location participation template -->
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="45"/>
  <participantRole classCode="SDLOC">
    <playingEntity classCode="PLC">
      <name>Ospedale San Giovanni di Dio</name>
    </playingEntity>
  </participantRole>
</participant>
</encounter>
</entry>
```

CONF-58: Il patient summary Può contenere esattamente una ed una sola sezione Encounters (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.3). La sezione Encounters DEVE contenere un blocco narrativo, e dovrebbe contenere clinical statements. Ogni clinical statements deve includere una o più encounter activities (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.21).

CONF-59: La sezione encounters deve contenere l'elemento Section/code.

CONF-60: Il valore per "Section/code" deve essere "46240-8" "History of encounters" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC.

CONF-61: Una encounter activity (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.21) deve essere rappresentata con Encounter.

CONF-62: il valore per "Encounter/@classCode" in una encounter activity deve essere "ENC" 2.16.840.1.113883.5.6 ActClass STATIC.

CONF-63: il valore per "Encounter/@moodCode" in una encounter activity deve essere "EVN" 2.16.840.1.113883.5.1001 ActMood STATIC.

5.2.14.9 Parametri di monitoraggio (pressione, dati antropometrici, etc.)

Sezione OPZIONALE destinata alla rappresentazione di tutti i parametri rilevanti ai fini del quadro clinico del paziente. I parametri da riportare sono, per esempio, la pressione arteriosa, il BMI, il peso, l'altezza, ecc. E' necessario riportare solo le

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

rilevazioni più significative. La sezione è rappresentata attraverso un blocco narrativo, un elemento `<code>` e un relativo blocco strutturato, al fine di ottenere il massimo livello di dettaglio previsto dal CDA (CDA - Level 3).

`<section>/<templateID>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary
extension	ST	16	Codice del template per Vital signs Section.

`<section>/<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	8716-3	Codice LOINC per Physical findings
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID LOINC
codeSystem	ST	"LOINC"	
DisplayName	ST	"Physical findings"	Descrizione della sezione

`<section>/<title>`:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1...1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "Parametri di monitoraggio".

`<section>/<text>`:

Attributo	Quantità	Descrizione
text	1...1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente

La sezione contiene un elemento `<text>` obbligatorio.

L'elemento `<text>` deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singolo parametro di monitoraggio che il medico ritiene significativo per riassumere la



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

storia clinica del paziente.

Esempio d'utilizzo:

```
<section>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="16"/>
  <code
    code="8716-3"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
    codeSystemName="LOINC"
    displayName="Physical findings"/>
  <title>Parametri di monitoraggio</title>
  <text>
    <table border="1" width="100%">
      <thead>
        <tr><th>Rilevazione</th><th>Valore</th><th>Data</th></tr>
      </thead>
      <tbody>
        <tr><th>Altezza</th><td>1,77
m</td><td>12/04/2005</td></tr>
        <tr><th>Peso</th><td>52
kg</td><td>12/04/2005</td></tr>
        <tr><th>PAS</th><td>132
mmHg</td><td>07/04/2007</td></tr>
        <tr><th>PAD</th><td>86
mmHg</td><td>07/04/2007</td></tr>
      </tbody>
    </table>
  </text>
</section>
```

Il blocco strutturato è costituito da una serie di elementi <entry> ognuno dei quali, espone un elemento <organizer> che attraverso elementi <component> rappresenta i parametri monitorati.

Esempio d'utilizzo:

```
<entry typeCode="DRIV">
  <organizer classCode="CLUSTER" moodCode="EVN">
    <!-- Vital signs organizer template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="35"/>
    <code
      code="8716-3"
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC"
displayName="Physical findings"/>
<statusCode code="completed"/>
<effectiveTime value="20050412"/>
<component>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <!-- Result observation template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1"
extension="31"/>
    <code
      code="8302-2"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      displayName="Body height"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime value="20050412"/>
    <value xsi:type="PQ" value="177" unit="cm"/>
  </observation>
</component>
<component>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <!-- Result observation template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1"
extension="31"/>
    <code
      code="3141-9"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      displayName="Body weight"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime value="20050412"/>
    <value xsi:type="PQ" value="52" unit="kg"/>
  </observation>
</component>
</organizer>
</entry>
```

CONF-64: Il patient summary può contenere esattamente una ed una sola sezione Vital signs (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.16). La sezione Vital Signs DEVE contenere un blocco narrativo, e dovrebbe contenere clinical statements. Ogni clinical clinical statements deve includere uno o più vital signs organizers (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.35), ciascuno dei quali deve contenere una o più result observations (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.31).

CONF-65: La sezione vital signs deve contenere Section/code.

CONF-66: Il valore per "Section/code" deve essere "8716-3" "Vital signs" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

5.2.14.10 Assenso/dissenso donazione d'organi

Sezione OPZIONALE destinata alla rappresentazione dell'assenso/dissenso del paziente per la donazione di organi. La sezione è rappresentata attraverso un blocco narrativo, un elemento <code> e un relativo blocco strutturato, al fine di ottenere il massimo livello di dettaglio previsto dal CDA (CDA - Level 3).

<section>/<templateID>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary
extension	ST	1	Codice del template per Advanced directives Section.

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	42348-3	Codice LOINC per Advanced directives
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID LOINC
codeSystem	ST	"LOINC"	
DisplayName	ST	"Advanced directives"	Descrizione della sezione

<section>/<title>:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1...1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "Assenso/dissenso donazione d'organi".

<section>/<text>:

Attributo	Quantità	Descrizione
text	1...1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente

La sezione contiene un elemento <text> obbligatorio.



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

L'elemento `<text>` deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singola direttiva espressa dal paziente.

Esempio d'utilizzo:

```
<section>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="1"/>
  <code
    code="42348-3"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
    codeSystemName="LOINC"
    displayName="Advanced directives"/>
  <title>Assenso/dissenso donazione d'organi</title>
  <text>
    <table border="1" width="100%">
      <thead>
        <tr>
          <th>Richiesta</th><th>Scelta del
            paziente</th><th>Data</th><th>MMG</th>
          </tr>
        </thead>
        <tbody>
          <tr>
            <td>Donazione organi</td>
            <td>Assenso</td>
            <td>07 Giugno 1999</td>
            <td>Dr. Roberto Torre</td>
          </tr>
          <tr>
            <td>Accanimento terapeutico</td>
            <td>Diniiego</td>
            <td>20 Giugno 1999</td>
            <td>Dr. Roberto Torre</td>
          </tr>
        </tbody>
      </table>
    </text>
</section>
```

Il blocco strutturato è costituito da una serie di elementi `<entry>` ognuno dei quali destinato alla rappresentazione di una direttiva espressa dal paziente.

Esempio d'utilizzo:

```
<entry>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.17"
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<assigningAuthorityName="CCD Advance Directive Observation"/>  
<id root="be13432a-0a72-407a-b8c2-13381cc19a5d"/>  
<code/>  
<statusCode code="completed"/>  
<effectiveTime value="1972"/>  
</observation>  
</entry>
```

CONF-67: il patient summary può contenere esattamente una ed una sola sezione Advanced directives (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.1). La sezione Advanced directives DEVE contenere un blocco narrativo, e dovrebbe contenere clinical statements. Ogni clinical statements deve includere uno o più Advance Directive Observation (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.17) nelle quali inserire le direttive opportunamente codificate mediante vocabolari.

CONF-68: il valore per "Section/code" deve essere "42348-3" "Advanced directives" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC.

5.2.14.11 Stato corrente del paziente

Sezione RACCOMANDATA in cui è possibile rappresentare tutte le informazioni che esprimono eventuali comportamenti e/o condizioni del paziente che si discostano dalla norma. Il set di informazioni rappresentabili è il seguente:

- Capacità motoria
- Stato mentale
- Attività quotidiana (professionali e personali che potrebbero condizionare lo stato di salute del paziente)
- Autosufficienza
- Capacità di comunicazione
- Percezione

La sezione è rappresentata attraverso un blocco narrativo, un elemento <code> e un relativo blocco strutturato, al fine di ottenere il massimo livello di dettaglio previsto dal CDA (CDA – Level 3).

<section>/<templateID>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Data: 20/06/2011 Stato: DEF

extension	ST	5	Codice del template per Functional status Section.
-----------	----	---	--

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	47420-5	Codice LOINC per Physical findings
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID LOINC
codeSystem	ST	"LOINC"	
DisplayName	ST	"Functional status assessment"	Descrizione della sezione

<section>/<title>:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1...1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "Stato corrente del paziente"

<section>/<text>:

Attributo	Quantità	Descrizione
text	1...1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente

La sezione contiene un elemento <text> obbligatorio.

L'elemento <text> deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singolo comportamento e/o condizione del paziente che si discosta dalla norma.

Esempio d'utilizzo:

```

<section>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="5"/>
  <code
    code="47420-5"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
    codeSystemName="LOINC"
  />

```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
        displayName="Functional status assessment"/>
<title>Stato corrente del paziente</title>
<text>
    <table border="1" width="100%">
        <thead>
            <tr><th>Condizione funzionale</th><th>Data
                rilevazione</th><th>Stato</th>
            </tr>
        </thead>
        <tbody>
            <tr><td>Dipendenza da
                cannabis</td><td>1998</td><td>Attiva</td></tr>
        </tbody>
    </table>
</text>
</section>
```

Il blocco strutturato è costituito da una serie di elementi <entry> ognuno dei quali destinato alla rappresentazione di una osservazione dello stato del paziente.

Esempio d'utilizzo:

```
<section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="5"/>
    <code
        code="47420-5"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
        codeSystemName="LOINC"
        displayName="Functional status assessment"/>
    <entry typeCode="DRIV">
        <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
            <!-- Problem act template -->
            <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="27"/>
            <code nullFlavor="NA"/>
            <entryRelationship typeCode="SUBJ">
                <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
                    <!-- Problem observation template -->
                    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1"
                        extension="28"/>
                    <code code="ASSERTION"
                        codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
                    <statusCode code="completed"/>
                    <effectiveTime>
                        <low value="1998"/>
                    </effectiveTime>
                    <!-- Valutare l'utilizzo di una codifica alternativa
                        a SNOMED -->
                    <value xsi:type="CD"

```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
code="105504002"  
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"  
codeSystemName="SNOMED-CT"  
displayName="Dependence on cane"/>  
<entryRelationship typeCode="REFR">  
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">  
    <!-- Status of functional status  
         observation template -->  
    <templateId  
      root="2.16.840.1.113883.10.20.1"  
      extension="44"/>  
    <code  
      code="33999-4"  
      codeSystem="2.16.840.1.  
        113883.6.1"  
      displayName="Status"/>  
    <statusCode code="completed"/>  
    <value xsi:type="CE"  
      code="55561003"  
      codeSystem="2.16.840.1.  
        113883.6.96"  
      codeSystemName="SNOMED-CT"  
      displayName="Active"/>  
  </observation>  
</entryRelationship>  
</observation>  
</entryRelationship>  
</act>  
</entry>  
</section>
```

CONF-69: Il patient summary DOVREBBE contenere esattamente una ed una sola sezione Functional status assessment (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.5). La sezione Functional status assessment DEVE contenere un blocco narrativo, e dovrebbe contenere clinical statements. Ogni clinical statements deve includere uno o più Problem Act (templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="27") e/o Result Organizer (templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="32").

CONF-70: il valore per "Section/code" deve essere "47420-5" "Functional status assessment" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

5.2.14.12 Fattori di rischio(abitudini di vita)

Sezione RACCOMANDATA destinata alla rappresentazione di tutte le abitudini di vita rilevanti per il quadro clinico del paziente. La sezione è rappresentata attraverso un blocco narrativo, un elemento <code> e un relativo blocco strutturato, al fine di ottenere il massimo livello di dettaglio previsto dal CDA (CDA - Level 3).

<section>/<templateID>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary
extension	ST	15	Codice del template per Social history Section.

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	29762-2	Codice LOINC per Social history
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID LOINC
codeSystem	ST	"LOINC"	
DisplayName	ST	"Social history"	Descrizione della sezione

<section>/<title>:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1...1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "Abitudini di vita"

<section>/<text>:

Attributo	Quantità	Descrizione
text	1...1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente

La sezione contiene un elemento <text> obbligatorio.



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

L'elemento `<text>` deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singola abitudine di vita rilevante per la definizione del quadro clinico del paziente.

Esempio d'utilizzo:

```
<section>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="15"/>
  <code
    code="29762-2"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
    codeSystemName="LOINC"
    displayName="Social history"/>
  <title>Abitudini di vita</title>
  <text>
    <table border="1" width="100%">
      <thead>
        <tr><th>Abitudine</th><th>Descrizione</th><th>Data
          rilevazione</th></tr>
      </thead>
      <tbody>
        <tr>
          <td>Fumo di sigaretta</td><td>1 pacchetto al
            giorno</td><td>1990</td>
          </tr>
        <tr>
          <td>Fumo di sigaretta</td><td>NO</td><td>1993</td>
          </tr>
        <tr>
          <td>Consumo di alcool</td><td>NO</td><td>1993</td>
          </tr>
      </tbody>
    </table>
  </text>
</section>
```

Il blocco strutturato è costituito da una serie di elementi `<entry>` ognuno dei quali destinato alla rappresentazione di una singola osservazione di una abitudine di vita.

Esempio d'utilizzo:

```
<entry typeCode="DRIV">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <!-- Social history observation template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="33"/>
    <code
      code="8663-7"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
codeSystemName="LOINC"  
displayName="Cigarettes smoked.current (pack/Day)"/>  
<statusCode code="completed"/>  
<effectiveTime>  
  <low value="1990"/>  
</effectiveTime>  
<value xsi:type="ST">1 pacchetto al giorno</value>  
</observation>  
</entry>
```

CONF-71: il patient summary DOVREBBE contenere esattamente una ed una sola sezione Social history (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.15). La sezione Social history DEVE contenere un blocco narrativo, e dovrebbe contenere clinical statements. Ogni clinical statements deve includere uno o più Social History Observation (templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1" extension="33").

CONF-72: il valore per "Section/code" deve essere "29762-2" "Social history" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC.

5.2.14.13 Protesi, impianti e ausili

Sezione OPZIONALE destinata alla rappresentazione delle informazioni relative alle protesi, impiantati e ausili rilevanti per la definizione del quadro clinico del paziente. La sezione è rappresentata attraverso un blocco narrativo, un elemento <code> e un relativo blocco strutturato, al fine di ottenere il massimo livello di dettaglio previsto dal CDA (CDA - Level 3).

<section>/<templateID>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary
extension	ST	7	Codice del template per medical equipment Section

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	46264-8	Codice LOINC per History of medical device use

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID LOINC
codeSystem	ST	"LOINC"	
DisplayName	ST	"History of medical device use"	Descrizione della sezione

<section>/<title>:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1...1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "Medical Equipment"

<section>/<text>:

Attributo	Quantità	Descrizione
text	1...1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente

La sezione contiene un elemento <text> obbligatorio.

L'elemento <text> deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singola protesi, impianto o asuio rilevante per la definizione del quadro clinico del paziente.

Esempio d'utilizzo:

```

<section>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.7"/> <!-- Medical equipment section
  template -->
  <code code="46264-8" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"/>
  <title>Medical Equipment</title>
  <text>
    <table border="1" width="100%">
      <thead>
        <tr><th>Supply/Device</th><th>Date Supplied</th></tr>
      </thead>
      <tbody>
        <tr><td>Automatic implantable
        cardioverter/defibrillator</td><td>Nov
        1999</td></tr>
      </tbody>
    </table>
  </text>
</section>

```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

Il blocco strutturato è costituito da una serie di elementi <entry> ognuno dei quali destinato alla rappresentazione di una singola protesi, impianto o asulio.

Esempio d'utilizzo:

```
<section>
  <entry typeCode="DRIV">
    <supply classCode="SPLY" moodCode="EVN">
      <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.34"/>
      <!-- Supply activity template -->
      <statusCode code="completed"/>
      <effectiveTime xsi:type="IVL_TS"><center
value="199911"/></effectiveTime>
      <participant typeCode="DEV">
        <participantRole classCode="MANU">
          <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.52"/>
          <!-- Product instance template -->
          <playingDevice>
            <code code="72506001"
              codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
              displayName="Automatic
implantable
cardioverter/defibrillator"/>
          </playingDevice>
        </participantRole>
      </participant>
    </supply>
  </entry>
</section>
```

CONF-73: il patient summary DOVREBBE contenere esattamente una ed una sola sezione Medical Equipment (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.7). La sezione Medical Equipment DEVE contenere un blocco narrativo, e dovrebbe contenere clinical statements . Ogni clinical statements deve includere una o più supply activities (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.34) e può includere una o più medication activities (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.24).

CONF-73.1: il tipo di ausilio è da specificare nell'elemento code di supply/participant/participantRole/playingDevice utilizzando la codifica Snomed CT.

CONF-74: La sezione medical equipment deve contenere section/code.

CONF-75: il valore per "Section/code" deve essere "46264-8" " History of medical device use" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC.

5.2.14.14 Gravidanza e Parto

Sezione OPZIONALE destinata alla rappresentazione di tutte le gravidanze e parti della paziente ed eventuali complicazioni derivate. La sezione è rappresentata attraverso un

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

blocco narrativo, un elemento <code> e un relativo blocco strutturato, al fine di ottenere il massimo livello di dettaglio previsto dal CDA (CDA - Level 3).

<section>/<templateID>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.1.5.3	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary di IHE
extension	ST	4	Codice del template per HISTORY OF PREGNANCIES Section

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	10162-6	Codice LOINC per HISTORY OF PREGNANCIES device use
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID LOINC
codeSystem	ST	"LOINC"	
DisplayName	ST	"HISTORY OF PREGNANCIES"	Descrizione della sezione

<section>/<title>:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1....1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "Gravidanza e parto"

<section>/<text>:

Attributo	Quantità	Descrizione
text	1....1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente

La sezione contiene un elemento <text> obbligatorio.



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

L'elemento `<text>` deve contenere al suo interno la descrizione narrativa di ogni singola gravidanza/parto rilevante per la definizione del quadro clinico della paziente.

Esempio d'utilizzo:

```
<section ID="GRAVIDANZE_PARTI">
  <code code="10162-6" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
  displayName="HISTORY OF PREGNANCIES" />
  <title>Gravidanze e parto</title>
  <text>
    <table>
      <thead>
        <tr>
          <th>Mese/Anno (mm/aa)</th>
          <th>Esito</th>
          <th>Complicazioni</th>
        </tr>
      </thead>
      <tbody>
        <tr>
          <td>@dt_Mese_Anno@</td>
          <td>@desc_Esito@</td>
          <td>@desc_Complicazioni@</td>
        </tr>
      </tbody>
    </table>
  </text>
</section>
```

Il blocco strutturato è costituito da una serie di elementi `<entry>` ognuno dei quali destinato alla rappresentazione di una singola gravidanza/Parto.

Esempio d'utilizzo:

```
<entry>
  <!-- Required Pregnancy Observation element -->
  <observation>
    <templateId root='1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.13.5' />
  </observation>
</entry>
```

CONF-76: Il patient summary può contenere esattamente una ed una sola sezione HISTORY OF PREGNANCIES (templateId 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.1.5.3). La sezione HISTORY OF PREGNANCIES DEVE contenere un blocco narrativo, e dovrebbe contenere clinical statements. Ogni clinical statements deve includere uno o più Pregnancy Observation (templateId root=" 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.13" extension="5"). Il code del Pregnancy observation può avere uno dei valori nella tabella 1.



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

CONF-77: il valore per "Section/code" deve essere "10162-6" "HISTORY OF PREGNANCIES"
2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC.

LOINC CODE	Description	Type	Units or Vocabulary
Summary over All Pregnancies			
11636-8	BIRTHS LIVE (REPORTED)	INT	N/A
11637-6	BIRTHS PRETERM (REPORTED)		
11638-4	BIRTHS STILL LIVING (REPORTED)		
11639-2	BIRTHS TERM (REPORTED)		
11640-0	BIRTHS TOTAL (REPORTED)		
11612-9	ABORTIONS (REPORTED)		
11613-7	ABORTIONS INDUCED (REPORTED)		
11614-5	ABORTIONS SPONTANEOUS (REPORTED)		
33065-4	ECTOPIC PREGNANCY (REPORTED)		
Detailed Pregnancy Data			
11449-6	PREGNANCY STATUS	CE	SNOMED CT, ICD-9-CM (V22)
8678-5	MENSTRUAL STATUS		SNOMED CT
8665-2	DATE LAST MENSTRUAL PERIOD	TS	N/A
11778-8	DELIVERY DATE (CLINICAL ESTIMATE)	TS	
11779-6	DELIVERY DATE (ESTIMATED FROM LAST MENSTRUAL PERIOD)		
11780-4	DELIVERY DATE (ESTIMATED FROM OVULATION DATE)		
11884-4	FETUS, GESTATIONAL AGE (CLINICAL ESTIMATE)	PQ	d, wk or mo
11885-1	FETUS, GESTATIONAL AGE (ESTIMATED FROM LAST MENSTRUAL PERIOD)		
11886-9	FETUS, GESTATIONAL AGE (ESTIMATED FROM OVULATION DATE)		
11887-7	FETUS, GESTATIONAL AGE (ESTIMATED FROM SELECTED DELIVERY DATE)		
45371-2	MULTIPLE PREGNANCY		

Tabella 1 - Pregnancy Observation Codes

5.2.14.15 Anamnesi Familiare

Sezione OPZIONALE che riporta l'anamnesi familiare dei genitori e parenti biologici, rilevante per definire il profilo di rischio del paziente. I dati si possono sinteticamente definire come una lista di patologie geneticamente rilevanti che influenzano/hanno influenzato i parenti:

- Grado di parentela biologica (Padre, Madre, fratelli, nonni, figli, collaterali)
- Patologie del parente
- note

La sezione è rappresentata attraverso un blocco narrativo, un elemento <code> e un relativo blocco strutturato, al fine di ottenere il massimo livello di dettaglio previsto dal CDA (CDA - Level 3).

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Data: 20/06/2011 Stato: DEF

<section>/<templateID>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.10.20.1	OID schema di classificazione template di sezione per Patient Summary
extension	ST	4	Codice del template per family history

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	10157-6	Codice LOINC per History of family member diseases
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID LOINC
codeSystem	ST	"LOINC"	
DisplayName	ST	"History of family member diseases"	Descrizione della sezione

<section>/<title>:

Attributo	Quantità	Descrizione
title	1...1	Elemento che rappresenta il titolo della sezione corrente "History of family member diseases"

<section>/<text>:

Attributo	Quantità	Descrizione
text	1...1	Elemento OBBLIGATORIO che contiene il testo descrittivo della sezione corrente

Esempio d'utilizzo:

```

<section>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.4"/>
  <!-- Family history section template -->
  <code code="10157-6" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"/>
  <title>Family history</title>
  <text>
    <paragraph>Father (deceased)</paragraph>
    <table border="1" width="100%">
  
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<thead>
  <tr><th>Diagnosis</th><th>Age At Onset</th></tr>
</thead>
<tbody>
  <tr><td>Myocardial Infarction (cause of
death)</td><td>57</td></tr>
  <tr><td>Hypertension</td><td>40</td></tr>
</tbody>
</table>
<paragraph>Mother (alive)</paragraph>
<table border="1" width="100%">
  <thead>
    <tr><th>Diagnosis</th><th>Age At Onset</th></tr>
  </thead>
  <tbody>
    <tr><td>Asthma</td><td>30</td></tr>
  </tbody>
</table>
</text>
</section>
```

Il blocco strutturato è costituito da una serie di elementi <entry> ognuno dei quali destinato alla rappresentazione della storia del familiare.

Esempio d'utilizzo:

```
<entry typeCode="DRIV">
  <organizer moodCode="EVN" classCode="CLUSTER">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.23"/>
    <!-- Family history organizer template -->
    <statusCode code="completed"/>
    <subject>
      <relatedSubject classCode="PRS">
        <code code="9947008" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
          displayName="Biological father"/>
        <subject>
          <administrativeGenderCode code="M"
            codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"
            displayName="Male"/>
          <birthTime value="1912"/>
        </subject>
      </relatedSubject>
    </subject>
  </organizer>
  <component>
    <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
      <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.42"/>
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<!-- Family history cause of death observation template -->
<id root="d42ebf70-5c89-11db-b0de-0800200c9a66"/>
<code code="ASSERTION" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
<statusCode code="completed"/>
<value xsi:type="CD" code="22298006"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
      displayName="Myocardial infarction (disorder)"/>
<entryRelationship typeCode="CAUS">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <id root="6898fae0-5c8a-11db-b0de-0800200c9a66"/>
    <code code="ASSERTION"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <value xsi:type="CD" code="419099009"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
          displayName="Dead"/>
  </observation>
</entryRelationship>
</observation>
</component>
<component>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.22"/>
    <!-- Family history observation template -->
    <id root="5bfe3ec0-5c8b-11db-b0de-0800200c9a66"/>
    <code code="ASSERTION" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <value xsi:type="CD" code="59621000"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
          displayName="Essential hypertension (disorder)"/>
  </observation>
</component>
</organizer>
</entry>
<entry typeCode="DRIV">
  <organizer moodCode="EVN" classCode="CLUSTER">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.23"/>
```



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

```
<!-- Family history organizer template -->
<statusCode code="completed"/>
<subject>
  <relatedSubject classCode="PRS">
    <code code="65656005" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
      displayName="Biological mother"/>
    <subject>
      <administrativeGenderCode code="F"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"
        displayName="Female"/>
      <birthTime value="1912"/>
    </subject>
  </relatedSubject>
</subject>
<component>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.1.22"/>
    <!-- Family history observation template -->
    <id root="a13c6160-5c8b-11db-b0de-0800200c9a66"/>
    <code code="ASSERTION" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime>
      <low value="1942"/>
    </effectiveTime>
    <value xsi:type="CD" code="195967001"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96" displayName="Asthma"/>
  </observation>
</component>
</organizer>
</entry>
```

CONF-78: Il patient summary può contenere esattamente una ed una sola sezione Family history (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.4). La sezione Family history DEVE contenere un blocco narrativo, e dovrebbe contenere clinical statements. Ogni clinical statements deve includere una o più family history observations (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.22), che possono essere contenuti nelle family history organizers (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.23).

CONF-79: La sezione Family history DEVE contenere l'elemento Section/code.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

CONF-80: il valore di "Section/code " deve essere "10.157-6", " History of family member diseases " 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC.

CONF-81: La sezione family history non devono contenere l'elemento section/subject.

Il template per identificare una family history observation è 2.16.840.1.113883.10.20.1.22

Il template per identificare una family history organizer è 2.16.840.1.113883.10.20.1.23

Il template per identificare family history cause of death observation è 2.16.840.1.113883.10.20.1.42.

Gli elementi Family history observations possono essere contenuti all'interno di un family history organizer, al fine di raggruppare tali osservazioni relative ad un particolare membro della famiglia.

CONF-82: il valore per "Observation/@moodCode" in una family history observation deve essere "EVN" 2.16.840.1.113883.5.1001 ActMood STATIC.

CONF-83: Una family history observation deve contenere almeno un Observation/id.

CONF-84: Una family history observation deve includere esattamente un elemento Observation/statusCode.

CONF-85: Il valore per "Observation/statusCode" in una family history observation deve essere "completed" 2.16.840.1.113883.5.14 ActStatus STATIC.

CONF-86: Una family history cause of death observation contiene una o più entryRelationship/@typeCode.

CONF-87: Il valore di almeno un "entryRelationship/@typeCode" in una family history cause of death observation deve essere "CAUS" "is etiology for " 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC, con un target alla family history observation of death.

CONF-88: il valore di " Organizer / @classCode " in una family history organizer deve essere "CLUSTER" 2.16.840.1.113883.5.6 ActClass STATIC.

CONF-89: Il valore di "Organizer/@moodCode" in una family history organizer deve essere "EVN" 2.16.840.1.113883.5.1001 ActMood STATIC.

CONF-90: Una family history organizer deve contenere esattamente un Organizer/statusCode.

CONF-92: Una family history organizer deve contenere una o più Organizer/component.

CONF-93: il target di una family history organizer Organizer/component relationship dovrebbe essere una family history observation, ma può essere anche una altro clinical statemen.

CONF-94: Una family history observation act può contenere esattamente un problem status observation (templateId 2.16.840.1.113883.10.20.1.50)



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

- CONF-95:** Un family history organizer DEVE contenere esattamente un soggetto partecipante, che rappresenta il membro della famiglia che è oggetto family history observations.
- CONF-96:** Una family history observation non contiene all'interno una family history organizer DEVE contenere esattamente un soggetto partecipante, che rappresenta il membro della famiglia che è l'oggetto dell'osservazione.
- CONF-97:** Un soggetto partecipante DEVE contenere esattamente un RelatedSubject, che rappresenta il rapporto di parentela con il soggetto.
- CONF-98:** il valore di "RelatedSubject/@classCode" è "PRS" "relazione personale" 2.16.840.1.113883.5.110 RoleClass STATIC.
- CONF-99:** RelatedSubject DEVE contenere esattamente un RelatedSubject/code.
- CONF-100:** il valore di "RelatedSubject/code" dovrebbe essere selezionato da ValueSet 2.16.840.1.113883.1.11.19579 FamilyHistoryRelatedSubjectCode DYNAMIC o 2.16.840.1.113883.1.11.20.21 FamilyHistoryPersonCode DYNAMIC.
- CONF-101:** La rappresentazione di un grafo genalogico deve essere fatta utilizzando RelatedSubject/code valore (ad esempio "bisnonno") per designare una struttura gerarchica della famiglia.
- CONF-102:** RelatedSubject DOVREBBE contenere esattamente un RelatedSubject/subject.
- CONF-103:** RelatedSubject/subject dovrebbe contenere esattamente un RelatedSubject/subject/administrativeGenderCode.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

6 BIBLIOGRAFIA

Codice	Titolo
[HL7CDA2]	Clinical Document Architecture Release 2.0 (ANSI/HL7 CDA R2-2005) www.HL7.org , www.HL7italia.it
[HL7v2]	HL7 Version 2.5 www.HL7.org , www.HL7italia.it
[HL7v3]	HL7 Version 3.0 www.HL7.org , www.HL7italia.it
[CCD]	HL7 Implementation Guide: CDA Release 2 – Continuity of Care Document (CCD) April 01, 2007
[IBSE]	Strategia architettonica per la Sanità Elettronica - Tavolo di lavoro permanente Sanità Elettronica delle Regioni e delle Province Autonome (TSE) GdLT: IBSE Marzo 2006 http://www.sanitaelettronica.gov.it/xoops/modules/docmanager/view_file.php?current_file=361&current_dir=39
[UML]	OMG, <i>Unified Modeling Language</i> http://www.omg.org/technology/documents/modeling_spec_catalog.htm#UML , ed in particolare: OMG, <i>Unified Modeling Language: Superstructure. Version 2.1</i>

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

Appendice A - Elenco OID

Le codifiche ufficiali e loro modifiche DEVONO essere richieste direttamente alle organizzazioni o agli enti competenti.



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

Appendice B - Composizione dello IUD

B1 – Ricognizione delle modalità di creazione degli Identificativi Unici di Documento (IUD) in sistemi e progetti regionali

Regione	Campi	Formato	Univocità	Ulteriori Commenti
Emilia Romagna (SOLE)	Codice regionale AUSL emissione prescrizione	Numerico	A livello regionale	
	Codice identificativo del medico prescrittore			
	Ultima cifra dell'anno in corso			
	Numero progressivo della prescrizione interna generata dall'applicativo di cartella clinica del medico prescrittore			
Veneto (IESS) e Friuli Venezia Giulia	Codice AUSL emissione prescrizione	Numerico	Forse a livello nazionale (perché il codice del medico - di base - è preceduto dal codice della Regione).	
	Codice identificativo del medico prescrittore			
	Ultime due cifre dell'anno in corso			
	Numero progressivo della prescrizione interna generata dall'applicativo di cartella clinica del medico prescrittore.			
Lombardia (CRS-SISS)	Codice struttura	Alfanumerico	A livello regionale	Gestito mediante smartcard dell'operatore
	Codice operatore			
	Timestamp			
	Random seed			

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

Puglia (SIST)	Numero progressivo della prescrizione, codice prescrittore	Numerico	A livello regionale	Lo IUP è gestito lato server ed è scaricato sul PC del medico a lotti
Sardegna (MEDIR)	In fase di decisione	In fase di decisione	In fase di decisione	Proposta di inserirlo sulla smart card dell'operatore

B2 – Ipotesi di normalizzazione dello IUD

Il requisito fondamentale dell'id del documento è che esso sia univoco sull'intero dominio nazionale dell'FSE in vista della futura federazione degli FSE regionali.

Si precisa che l'ID non viene costituito per essere un codice PARLANTE ma solo per essere UNIVOCO nel dominio di riferimento. Pertanto le applicazioni NON DEVONO utilizzare l'ID per risalire alle caratteristiche del documento.

La codifica proposta suggerisce l'utilizzo, per il campo root dell'OID assegnato da HL7 Italia ad ogni ASL/AO distribuita sul territorio nazionale.

Il campo extension, invece, riporta una codifica univoca per quel particolare sotto-dominio così composta:

<ID STRUTTURA>.<ID OPERATORE>.<TIMESTAMP>.<RANDOM SEED>

Nel dettaglio:

- <ID STRUTTURA> è il campo (o una serie di campi separati dal carattere ".") che identifica la struttura finale che assegna l'<ID OPERATORE>
- <ID OPERATORE> è l'ID univoco assegnato dalla struttura competente ad ogni attore in grado di interagire col sistema
- <TIMESTAMP> è la data alla quale viene creato il documento, nella forma YYYYMMDDHHmmSS
- <RANDOM_SEED> è un codice casuale generato al momento della creazione del'ID (5 caratteri alfanumerici)



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

Appendice C – Cenni sui meccanismi di Firma Digitale XML-Signature

Per gli standard di firma da adottare va fatto **OBBLIGATORIAMENTE** riferimento alla Deliberazione CNIPA del 18 maggio 2006 (G.U. 3 ottobre 2006, n°230), *Regole tecniche per la definizione del profilo di busta crittografica per la firma digitale in linguaggio XML*:

http://www.cnipa.gov.it/site/_contentfiles/01383700/1383762_DELIBERAZIONE%2018%20maggio%202006_b.pdf

ed al relativo Allegato tecnico:

http://www.cnipa.gov.it/site/_files/Allegato%20Deliberazione%2034%20del%2018%20MAGGIO%202006_.pdf

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

Appendice D - Clinical Document Architecture: Panoramica

(informativa)

In questa appendice viene fornita una panoramica dello standard HL7-CDA Rel. 2.0 in relazione agli elementi utili ai fini della strutturazione della lettera di dimissione ospedaliera. La presentazione non sostituisce in alcun modo la lettura dei documenti dello standard che rappresentano l'unica fonte normativa, ma è intesa per facilitare l'implementatore nella creazione di documenti strutturati.

D.1 - Health Level 7 (HL7)

HL7⁵ è un organismo internazionale di standard afferente all'ANSI (American National Standards Institute) e formato da specialisti del mondo sanitario che ha come mission la predisposizione di standard per lo scambio, la gestione e l'integrazione in formato elettronico delle informazioni sanitarie e amministrative, promuovendone l'uso all'interno delle diverse organizzazioni assistenziali.

Nel corso degli anni HL7 si è affermato come lo standard universalmente adottato a livello internazionale per la messagistica e per i documenti elettronici (CDA Rel. 2.0) in ambito sanitario ed è adottato da tutti i più rilevanti programmi nazionali di sanità elettronica sia in ambito europeo che extraeuropeo. HL7 ha una vasta rete di organizzazioni affiliate a livello nazionale responsabili per la localizzazione.

D1.1 - HL7 Reference Information Model (RIM) e struttura dello standard

Lo standard HL7 versione 3⁶ è basato su un approccio *Model Driven* e si basa su unico RIM (*Reference Information Model*) che è il sorgente di tutti i modelli informativi definiti nei diversi domini coperti da HL7v3, compreso lo stesso standard CDA Rel. 2.0. Il RIM è, inoltre, riconosciuto come standard ISO⁷.

Il RIM definisce un modello astratto per la rappresentazione dell'insieme delle informazioni sanitarie così come veicolate tra attori ed organizzazioni del mondo sanitario.

Il RIM è specificato tramite un modello UML⁸, che definisce l'insieme delle classi che rappresentano entità, ruoli e partecipazioni ammessi da HL7v3 e dai quali vengono

⁵ <http://www.hl7.org>.

⁶ Il RIM è stata la principale innovazione rispetto al precedente HL7 v2.x.

⁷ ISO/HL7 21731:2006.

⁸ Unified Modeling Language, gestito dall'Object Management Group (OMG). Vedi: www.uml.org.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

derivati tutti i modelli dei diversi domini attraverso un processo formale (tipico di un approccio *Model Driven*) di trasformazione e raffinazione ("*refinement*"⁹).

Di seguito si riporta un estratto del RIM¹⁰ (*FoundationClasses Subject Area*) che rappresenta le principali classi normative di HL7v3, ovvero l'insieme delle classi generiche da cui sono state derivate le classi utilizzate nei diversi domini coperti dallo standard (ad es.: Account & Billing, Pharmacy, CDA,...).

⁹ HL7 sta lavorando per un ulteriore allineamento verso la famiglia di standard MDA dell'Object Management Group (www.omg.org). HL7 ha inoltre un accordo di collaborazione con OMG nel Healthcare Service Specification Project (HSSP).

¹⁰ Per la documentazione completa del RIM vedi: <http://www.hl7.org/Library/standards.cfm>.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

Dal RIM vengono derivati, in modo formale, i modelli D-MIM (*Domain Message Information Model*¹¹) e successivamente R-MIM (*Refined Message Information Model*¹²) e, infine, HDM (*Hierarchical Message Description*¹³), da cui, attraverso l'Implementation Technology Specification¹⁴ (ITS), vengono generati i messaggi utilizzando una specifica tecnologia¹⁵. Questo processo composto da successive trasformazioni consente di mantenere la consistenza dello standard evitando i problemi di interoperabilità che hanno contraddistinto la versione 2.x.

¹¹ D-MIM (Domain Message Information Model) è così definito da HL7: "A form of Refined Message Information Model (R-MIM) constructed to represent the totality of concepts embodied in the individual R-MIMs needed to support the communication requirements of a particular HL7 domain" (HL7 v3 Glossary).

¹² L'R-MIM (Refined Message Information Model) è così definito da HL7: "An information structure that represents the requirements for a set of messages. A constrained subset of the Reference Information Model (RIM) which MAY contain additional classes that are cloned from RIM classes. Contains those classes, attributes, associations, and data types that are needed to support one or more Hierarchical Message Descriptions (HMDs). A single message can be shown as a particular pathway through the classes within an R-MIM" (HL7 v3 Glossary). L'R-MIM (ed il D-MIM) possono essere rappresentati anche con Class Diagram UML standard oltre che con la notazione HL7 che in termini MDA è un caso di DSL (Domain Specific Language).

¹³ L'HDM (*Hierarchical Message Description*) è così definito da HL7: "A specification of the exact fields of a message and their grouping, sequence, optionality, and cardinality. This specification contains message types for one or more interactions, or that represent one or more common message element types. This is the primary normative structure for HL7 messages" (HL7 v3 Glossary).

¹⁴ L'ITS (Implementation Technology Specification) è così definito da HL7: "A specification that describes how HL7 messages are sent using a specific implementation technology. It includes, but is not limited to, specifications of the method of encoding the messages, rules for the establishment of connections and transmission timing and procedures for dealing with errors" (HL7 v3 Glossary).

¹⁵ HL7 per la versione 3 ha realizzato l'ITS per XML.

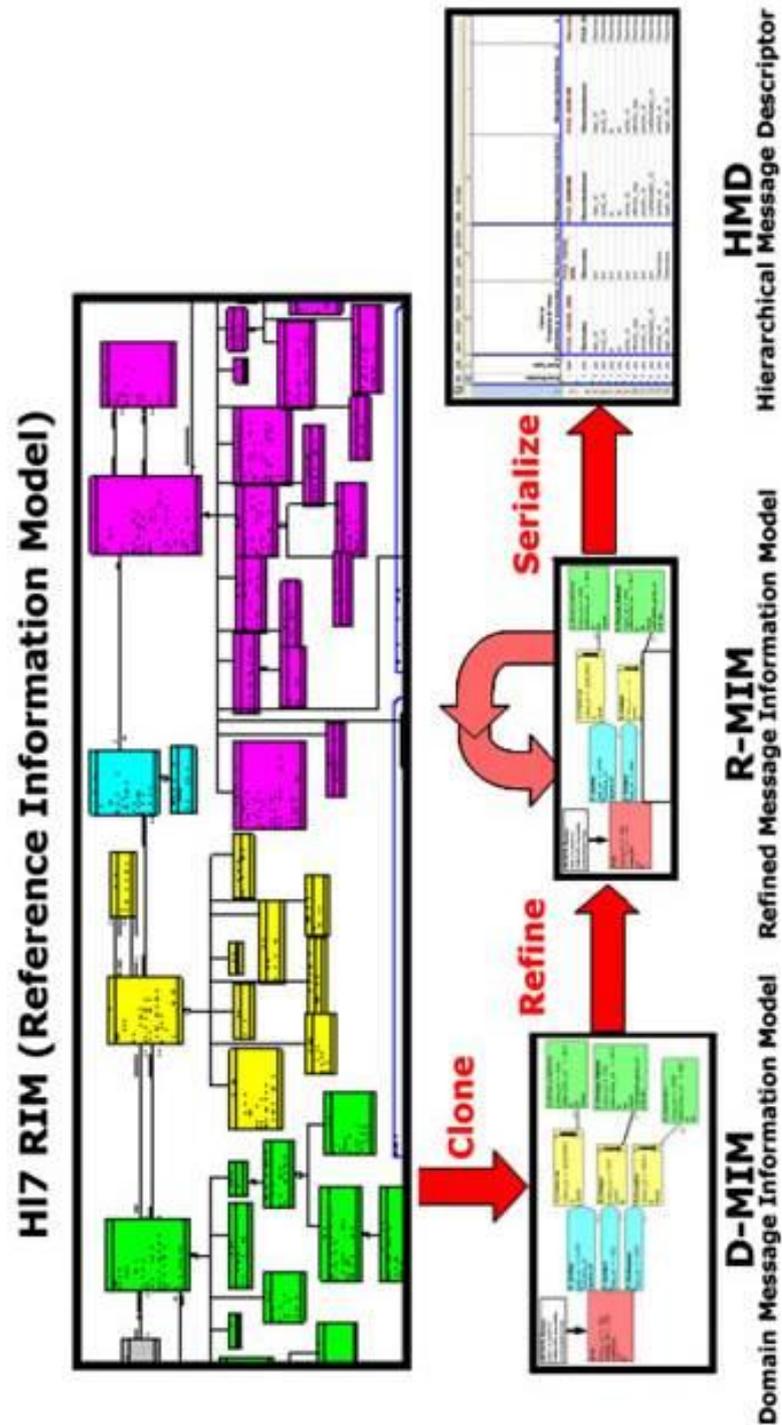


Figura 3 – Processo di generazione dei messaggi/documenti HL7v3

HL7 ha prodotto una serie di standard basati sul RIM tra i quali rientra il *Clinical*

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

Document Architecture Release 2, su cui è basato il presente documento, rilasciato con codice **ANSI/HL7 CDA R2-2005 il 04/21/2005**.

D2 - Clinical Document Architecture: Release e Reference Information Model

Clinical Document Architecture è uno standard che specifica la struttura e la semantica di documenti clinici per lo scambio nel dominio sanitario.

Un documento CDA è un oggetto informativo strutturato in grado di contenere testi, immagini, suoni ed altri contenuti multimediali. Esso è composto da differenti blocchi informativi che veicolano informazioni relative ad esempio al paziente, al medico, alla struttura sanitaria, all'autore del documento, al firmatario del documento, agli eventi clinici, alle osservazioni o alle procedure mediche a cui il documento si riferisce. Ogni documento peraltro DEVE essere, come prescrive lo standard, "*human readable*" e quindi in grado di essere visualizzato in maniera algoritmica dal ricevente del documento senza la necessità di conoscerne le specificità.

Da un punto di vista tecnico, la struttura dei documenti CDA, come già ricordato, deriva in modo formale dal Reference Information Model (RIM) di HL7 versione 3 e ne utilizza, quindi, i relativi *datatype*¹⁶.

L'utilizzo formale del RIM di HL7v3 garantisce la flessibilità necessaria anche in relazione alle future evoluzioni dello standard fornendo un modello per l'implementazione di documenti strutturati.

Lo standard CDA si presta alla rappresentazione di diverse tipologie di documenti clinici fornendo peraltro un elevato grado di flessibilità nelle modalità di rappresentazione di concetti.

In tale contesto è quindi necessario, anche in funzione delle specificità del Paese nella gestione delle informazioni e processi sanitari, adattare lo standard in relazione ai singoli oggetti informativi che si vuole rappresentare (ad es.: prescrizione farmaceutica, prescrizione specialistica, referto, lettera di dimissione,...) fornendo per ciascuno di questi il dettaglio relativo alla modalità di rappresentazione in CDA dei concetti, delle informazioni e delle codifiche in essi contenuti.

Lo standard HL7-CDA Rel. 2.0 fornisce in tale ambito delle specifiche norme che il processo di adattamento DEVE ad ogni modo seguire (HL7 Refinement and Localization) per garantire, durante il processo di LOCALIZZAZIONE della specifica (definizione dei vocabolari, codifiche, estensioni), la completa conformità allo standard.

¹⁶ Secondo la definizione fornita da HL7, i datatype definiscono il formato strutturale dei dati trasportati all'interno di un attributo RIM e influenzano l'insieme di valori consentiti che un attributo può assumere.



Dipartimento per la Digitalizzazione della
Pubblica Amministrazione e l'Innovazione
Tecnologica

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Profilo Sanitario Sintetico

Data: 20/06/2011

Stato: DEF

D2.1 - Principali componenti di un documento CDA

Un documento CDA è composto da una serie di blocchi logici caratterizzati da uno specifico significato semantico. È opportuno precisare che lo standard CDA fornisce un modello astratto per la rappresentazione delle informazioni cliniche ed assolutamente indipendente dalle modalità specifiche di realizzazione/serializzazione. La rappresentazione in formato XML è solo una delle possibili modalità di implementazione, o per meglio dire, l'unica per la quale HL7 abbia attualmente fornito una guida di implementazione.

La rappresentazione in formato XML delle classi del documento CDA segue l'**XML Implementation Technology Specification (ITS) V3**, che descrive le modalità di serializzazione dei concetti, datatype e vocabolari astratti di HL7 nello specifico formato tecnologico XML.

Sezione	Inizio	Fine	Scopo
CDA Header	<ClinicalDocument>	<StructuredBody> OR <NonXMLBody>	Identifica e classifica il documento dando informazioni sull'autenticazione, sul paziente, sull'evento di cura e sugli attori sanitari coinvolti
CDA Body	<StructuredBody> OR <NonXMLBody>	</ClinicalDocument>	Contiene il report clinico e può alternativamente contenere un corpo non strutturato (ad es.: BLOB PDF) o un insieme di markup che ne descrivono il contenuto

Esempio di struttura CDA:

```
<ClinicalDocument>
  ...
  <structuredBody>
    [XML]
  </structuredBody>
  ...
</ClinicalDocument>

<!-- OR -->

<ClinicalDocument>
  ...
  <NonXMLBody>
    [BLOB, ad es. PDF]
  </NonXMLBody>
</ClinicalDocument>
```

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

```

</NonXMLBody>
...
</ClinicalDocument>

```

Le specifiche CDA definiscono un'architettura multilivello, dove ogni livello deriva da un livello più basso. In particolare, esistono tre possibili livelli di astrazione, che specificano il grado di granularità del markup richiesto e non fanno riferimento alla granularità del contenuto.

Il **livello 1** rappresenta la radice della gerarchia e fornisce le specifiche più generali del documento.

Il **livello 2** definisce un insieme di vincoli sulla struttura e sulla semantica del documento basata sui template HL7.

Il **livello 3** aggiunge markup addizionale al documento che consente di esprimere formalmente il contenuto clinico.

Il livello minimo di strutturazione del CDA previsto per il dominio italiano è il livello 2.

Nella figura seguente¹⁷ è rappresentata la struttura completa di un documento CDA Rel. 2.0 tramite un modello R-MIM. Nella parte sinistra della figura è rappresentato l'header e le sue classi, mentre nella parte destra è rappresentato il body con le sue classi.

¹⁷ Direttamente ripresa dalla specifiche HL7.

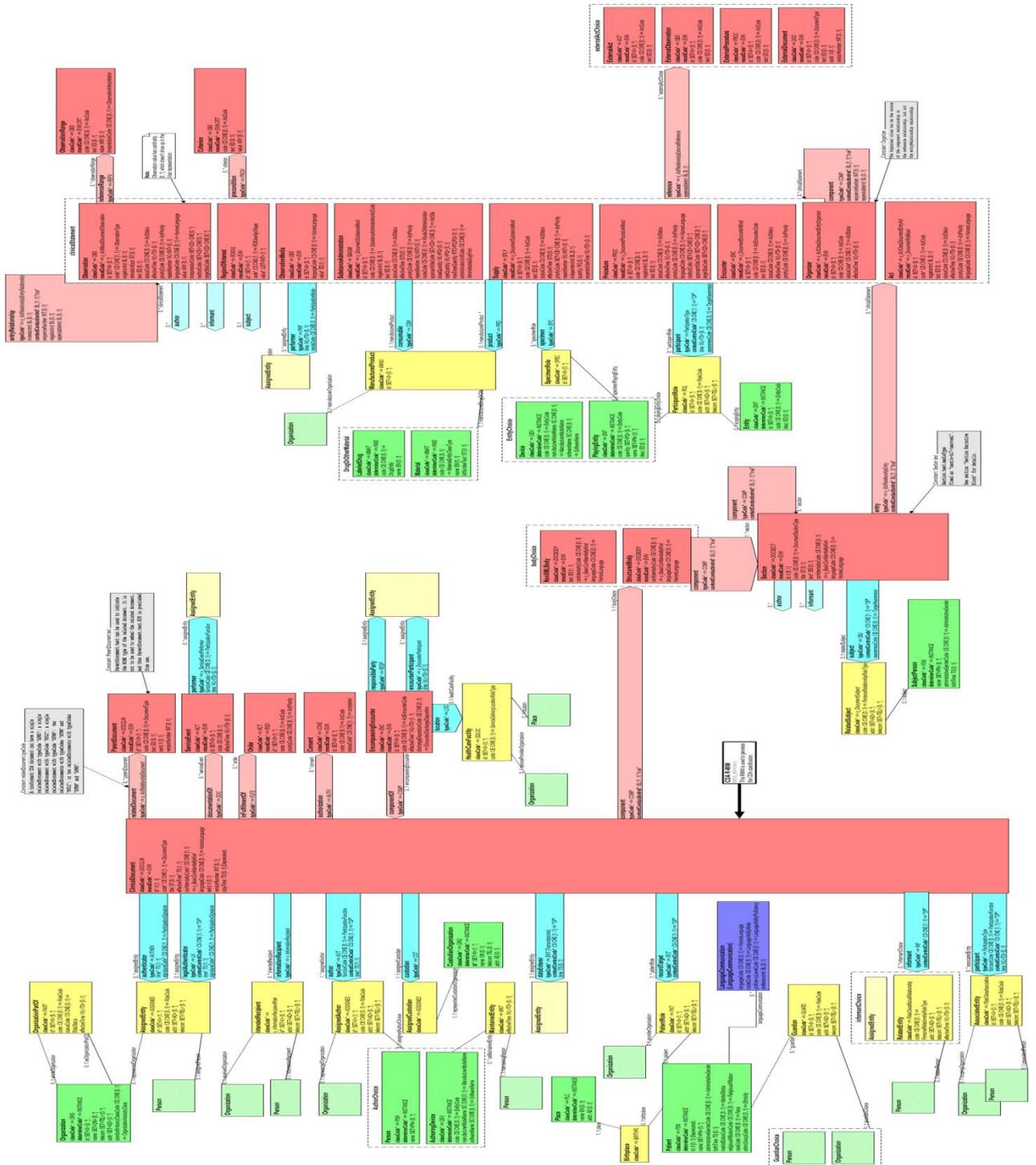


Figura 4 – Modello R-MIM (Refined Message Information Model) completo del CDA Rel. 2.0

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Profilo Sanitario Sintetico Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

D2.2 - CDA Header

Di seguito si riportano i **principali** componenti dell'header di un documento CDA.

Elemento	Inizio	Fine	Significato
author	<author>	</author>	Autore del documento CDA.
custodian	<custodian>	</custodian>	Ente che custodisce la copia originale del documento.
legalAuthenticator	<legalAuthenticator>	</legalAuthenticator>	Soggetto che autentica il contenuto del documento.
relatedDocument	<relatedDocument>	</relatedDocument>	Utilizzato per mantenere traccia delle diverse versioni/trasformazioni dei documenti (ad es. sostituzione/aggiunta/trasformazione) .
documentationOf	<documentationOf>	</documentationOf>	Prestazione eseguita che il CDA documenta.
recordTarget	<recordTarget>	</recordTarget>	Destinatario delle osservazioni contenute nel documento (paziente).

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Profilo Sanitario Sintetico</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

D2.3 - CDA Body

Di seguito si riportano i **principali** componenti del body di un documento CDA.

Elemento	Inizio	Fine	Scopo
section	<section>	</section>	Descrive una sezione del documento coerente per contenuto. Tutti gli altri elementi sono sempre contenuti in tale elemento.
entry	<entry>	</entry>	Contiene i diversi elementi che compongono quanto definito dalla sezione.
observation	<observation>	</observation>	Osservazione generica di un fatto clinico sia in termini di richiesta che in termini di effettiva osservazione (richiesta di un esame o esame effettuato).
procedure	<procedure>	</procedure>	Procedura generica.
encounter	<encounter>	</encounter>	Incontro generico (ad es. una visita).
act	<act>	</act>	Azione generica.