
	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

TSE

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


Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto di anatomia patologica" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2

Versione 1.1
20/06/2011


	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

Indice


1	Status del documento	6
2	Obiettivi del documento	7
3	Convenzioni terminologiche	8
3.1	Sistemi di codifica	8
3.2	Note di lettura	8
3.3	Requisiti di conformità	9
3.4	Termini e acronimi	9
4	Documento di Referto di anatomia patologica nel formato HL7-CDA Rel. 2	11
4.1	Root del documento: <ClinicalDocument>	12
4.2	Header CDA del documento di Referto	12
4.2.1	Dominio: <realmCode>	12
4.2.2	Identificativo CDA2: <typeId>	12
4.2.3	Identificativo del template HL7: <templateId>	13
4.2.4	Identificativo del documento: <id>	15
4.2.5	Versione del documento: <setId> e <versionNumber>	16
4.2.6	Codice del documento: <code>	19
4.2.7	Riservatezza del documento: <confidentialityCode>	20
4.2.8	Data di creazione del documento: <effectiveTime>	21
4.2.9	Lingua e dominio: <languageCode>	21
4.2.10	Destinatario: <recordTarget>	22
4.2.10.1	<patientRole>	22
4.2.10.1.1	Soggetti assicurati da istituzioni estere	23
4.2.10.1.2	Stranieri Temporaneamente Presenti (STP):	24
4.2.10.1.3	Cittadino italiano o straniero residente (iscritto SSN):	25
4.2.10.2	<patient>	26
4.2.11	Custode: <custodian>	28
4.2.11.1	<representedCustodianOrganization>	29
4.2.12	Autore e autenticatore: <author> e <legalAuthenticator>	30
4.2.12.1	Autore : <author>	30
4.2.12.2	Firmatario del documento: <legalAuthenticator>	32
4.2.13	Validatore del documento: <authenticator>	34
4.2.14	Soggetti partecipanti: <participant>	36
4.2.15	Destinatari di una copia del documento: <informationRecipient>	37

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

4.2.16	Riferimento alla prescrizione: <inFulfillmentOf>	38
4.2.17	Prestazione eseguita: <documentationOf>	39
4.2.18	Versionamento del documento: <relatedDocument>.....	41
4.2.19	Informazioni sull'iter-strutturale della richiesta: <componentOf>.....	42
4.2.20	Utilizzo dell'elemento <componentOf> nel referto di anatomia patologica.....	43
4.2.21	Consenso al documento: <authorization>	46
4.2.22	Quesito clinico: <EncompassingEncounter>.....	48
4.2.22.1	Medico responsabile: <responsibleParty>.....	49
4.2.22.2	Partecipanti: <encounterParticipant>.....	49
4.2.22.3	Luogo dell'incontro: <location>.....	50
4.3	Body CDA del documento di Referto.....	53
4.3.1	Referto di anatomia patologica.....	53
4.3.1.1	Storia clinica del paziente ed eventuali note fornite in ingresso: <section> .	54
4.3.1.1	Prelievi: <section>.....	55
4.3.1.1	Descrizione Macroscopica: <section>	58
4.3.1.2	Descrizione Microscopica del campione raccolto <section>.....	60
4.3.1.1	Epicrisi: <section>.....	62
4.3.1.2	Diagnosi: <section>.....	64
4.3.1.3	Altre informazioni cliniche: <section>.....	70
4.3.1.1	Commenti: <section>.....	76
4.3.1.1	Conclusioni: <section>.....	77
5	Bibliografia.....	79
	Appendice A - Elenco OID.....	80
	Appendice B - Vocabolari	81
B.1	Codifiche allegati multimediali	81
B.2	Algoritmi di hashing	81
B.3	Unità di misura	82
B.4	Elenco OID suddiviso per gruppi.....	83
	Appendice C - Codifiche Internazionali.....	85
C.1	Specialità di Laboratorio: LOINC	85
C.2	Codici di sezione: LOINC	85
C.3	Sistema di classificazione: ICD9-CM.....	86
	Appendice D - Ipotesi di composizione dello IUD	87
D1	Ricognizione delle modalità di creazione degli Identificativi Unici di Documento (IUD) in sistemi e progetti regionali.....	87
D2	Ipotesi di normalizzazione dello IUD	88
	Appendice E - Cenni sui meccanismi di Firma Digitale – XML Signature	89


	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

Appendice F - Clinical Document Architecture: Panoramica.....	90
F1 - Health Level 7 (HL7)	90
F1.1 - L'HL7 Reference Information Model (RIM) e la struttura dello standard	90
F2 - Clinical Document Architecture Release e Reference Information Model	95
F2.1 - Principali componenti di un documento CDA	96
F2.2 - CDA Header	99
author	99
custodian	99
legalAuthenticator.....	99
relatedDocument.....	99
documentationOf.....	99
recordTarget.....	99
F2.3 - CDA Body	100
section.....	100
entry	100
observation.....	100
act	100

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

Indice delle figure


Figura 1 – Versionamento del documento - Replace (estratto documentazione HL7).....	18
Figura 2 – HL7 Normative Class: FoundationClasses Subject Area.....	92
Figura 3 – Processo di generazione dei messaggi/documenti HL7v3	94
Figura 4 – Modello R-MIM (Refined Message Information Model) completo del CDA Rel. 2.0	98

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

1 Status del documento

Storia delle principali revisioni:

Versione	Status	Data	Descrizione Modifica
1.1	RC	20/06/2011	Integrazione e armonizzazione del CDA rispetto alle specifiche tecniche condivise dalla Regione Emilia Romagna e alle osservazioni della Regione Lombardia.
1.0	BOZZA	04/11/2010	Versione definitiva
0.1	BOZZA	30/07/2010	Prima versione in bozza delle specifiche tecniche del referto di anatomia patologica in formato HL7 CDA 2 a partire dalle specifiche tecniche rilasciate dalla Regione Sardegna.


	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

2 Obiettivi del documento

Obiettivo del documento è descrivere le modalità di creazione del documento informatico di **"Referto di anatomia patologica"** 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 F.

Di seguito viene presentata la strutturazione del documento di "Referto" 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.

Un documento CDA è un documento XML composto da un'intestazione, denominata header, e da un corpo, denominato body. Il presente documento specifica in dettaglio quali elementi XML devono necessariamente comporre i documenti di referto e quali possono invece essere utilizzati opzionalmente, precisando altresì il tipo ed il valore dei rispettivi attributi. Allo scopo di rendere più esplicativo il presente documento, sono forniti numerosi esempi di utilizzo, uno per ogni elemento XML descritto.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

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.

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

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: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

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

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.
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

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

		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.
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 W3G, costituito da elementi, o tag, bilanciati e organizzati in maniera gerarchica, contenenti eventualmente del testo. Ogni elemento può comprendere degli attributi, i quali forniscono informazioni addizionali sugli elementi stessi.
XSD	XML Schema Definition	Linguaggio di descrizione del contenuto di un file XML gestito da W3C.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

4 Documento di Referto di anatomia patologica nel formato HL7-CDA Rel. 2

Di seguito viene presentato il modello di referto strutturato secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2.


Il documento di referto deve essere strutturato in varie forme, in base al tipo di informazione in esso memorizzate.

In questo documento si farà riferimento a documenti di referto di anatomia patologica.

Il documento di referto in formato CDA viene predisposto dall'applicativo software del medico/tecnico/specialista, firmato secondo le modalità di firma digitale previste, e reso disponibile nel Fascicolo Sanitario Elettronico tramite le apposite interfacce di servizio.

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 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.

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: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

4.1 Root del documento: <ClinicalDocument>

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

4.2 Header CDA del documento di Referto

4.2.1 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 d'utilizzo:


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

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

4.2.2 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 definito da "CDA, Release Two Hierarchical Description".

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

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 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:

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

4.2.3 Identificativo del template HL7: <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, dal momento che l'elemento <code> indica il codice relativo al documento di "REFERTO", 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

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

evoluzione dei modelli di documento CDA utilizzati dalla sanità elettronica.

Tramite la combinazione dell'elemento `<code>`, che resta costante per la medesima tipologia di documento (ad es.: "REFERTO RADIOLOGICO") e l'elemento `<templateId>`, che potrebbe variare in relazione alla versione dello schema utilizzato per validare il documento (ad es.: versione 1.0, 1.1, ecc.), è possibile da parte del *document consumer* individuare sempre lo specifico template di validazione della versione corrente di documento.

Lo standard prevede la possibilità di utilizzare template con diversi livelli di granularità, e consente anche di specificare template differenti in punti diversi del documento.

Secondo la localizzazione italiana, l'elemento `<templateId>` deve essere utilizzato esclusivamente alla radice del documento CDA ed applicato all'intero documento. NON DEVONO essere utilizzati pertanto template al livello sezione: se presenti, possono essere ignorati.

Si noti che **il *document consumer* NON DEVE identificare il documento tramite l'elemento `<templateId>`, ma esclusivamente tramite l'elemento `<code>`.**

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


Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.10.2.17"	OID dell'ente che manutene gli schemi dei template di documento per la sanità elettronica.
extension	ST	"ITPRF_REF_LABIST-001"	Il valore dell'attributo extension dell'elemento template in relazione al documento Referto esame di laboratorio - istologia (anatomia patologica) dovrà avere il seguente valore.

Esempio d'utilizzo:

```
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.10"
extension="ITPRF_REF_LABIST-001"/>
```

Come si nota, cambiando la versione del *template*, viene modificata la cifra dell'attributo **extension** e non dell'attributo **root**.

L'attributo **extension**, rappresentativo della specifica versione del template di riferimento, assumerà il seguente valore:

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

- "ITPRF_REF_LABIST-001" (referto di LABORATORIO – ISTOLOGIA);

CONF-002: Il documento DEVE contenere **uno ed un solo elemento templated** con valore dell'attributo **root** valorizzato con **"2.16.840.1.113883.2.9.10.2.17"**.

4.2.4 Identificativo del documento: <id>

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


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

Come richiesto da HL7, ogni singola istanza di documento CDA (singola prescrizione, singolo referto, singola SDO, ...) DEVE essere dotata di un IDENTIFICATIVO UNIVOCO (denominato anche IUD, ossia Identificativo Univoco del Documento) che andrà collocato nell'elemento <id> del documento.

Pertanto, è necessario concordare un meccanismo di creazione di ID univoci al livello nazionale necessari all'identificazione dei documenti sanitari presenti nel Fascicolo Sanitario Elettronico. Tale meccanismo è riportato, insieme ad una ricognizione delle ipotesi a livello regionale, nell'Appendice D del presente documento.

<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. (vedi appendice A).
extension	ST	[IUD]	Identificativo univoco documento. Generato dal client dell'autore secondo regole condivise, in modo da evitare collisioni all'interno del medesimo dominio di competenza (ASL/AO).

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Data: 20/06/2011 Stato: DEF

assigningAuthorityName	ST	[NOME STRUTTURA DI COMPETENZA]	Nome del dominio di identificazione dei documenti. (ASL/AO di competenza).
-------------------------------	----	--------------------------------	--

Esempio d'utilizzo:

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.100204"
extension="204.1234.20070327120000.DW322" assigningAuthorityName="ASL
Terni 4" />
```

CONF-003: Il documento DEVE contenere uno e non più di un elemento ClinicalDocument/id.
CONF-003-1: L'elemento ClinicalDocument/id DEVE riportare l'attributo root valorizzato con un identificativo – riconosciuto pubblicamente – che DEVE garantire l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale, l'attributo extension che contiene l'identificativo dell'id all'interno del dominio di identificazione.

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

Elementi OBBLIGATORI² che consentono di gestire le revisioni del documento. L'elemento <setId> ha un valore costante tra le diverse versioni del medesimo documento, mentre l'elemento <versionNumber> cambia al variare della revisione. Tutte le nuove versioni del documento devono avere un <id> univoco e diverso da quello delle versioni precedenti ed un <setId> uguale a quello definito nel primo documento pubblicato.


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

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

<setId>:

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

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

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

			<p>dell'identificativo a livello globale. (vedi Appendice A)</p>
<p>extension</p>	<p>ST</p>	<p>[IURD]</p>	<p>Identificativo Unico della Revisione del documento all'interno del dominio di identificazione. Generato dal client dell'autore secondo regole condivise all'interno del dominio di competenza (definito dal root) in maniera tale da assicurare l'univocità di tale attributo all'interno del medesimo dominio.</p>
<p>assigningAuthorityName</p>	<p>ST</p>	<p>[NOME DOMINIO IDENTIFICAZIONE DOCUMENTI]</p>	<p>Nome del dominio di identificazione dei documenti.</p>

<versionNumber>:

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

Esempio d'utilizzo:

```


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

```

```

<setId
  root="2.16.840.1.113883.2.9.2.100204"
  extension="204.1234.20070327120000.DW322"
  assigningAuthorityName="ASL Terni 4"/>
<versionNumber value="1" />

```

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

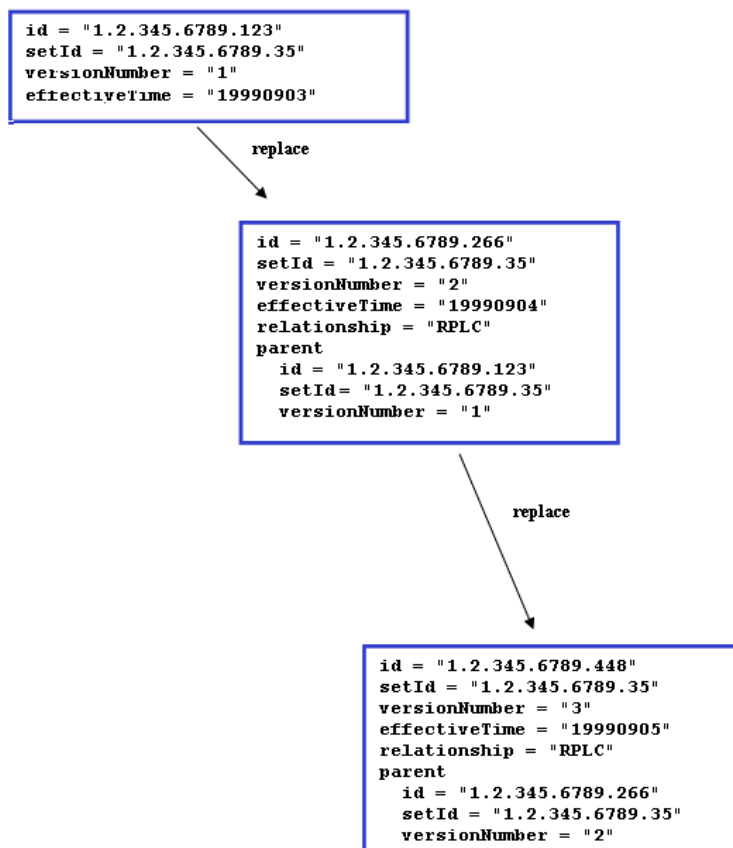



Figura 1 – Versionamento del documento - Replace (estratto documentazione HL7)

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

CONF-004-1: L'elemento **ClinicalDocument/setId** DEVE riportare l'attributo **root** valorizzato con un **[OID assegnato ad una delle ASL/AO]** secondo la tabella in Appendice A, 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..

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

CONF-006: Il documento DEVE contenere **uno ed un solo** elemento **ClinicalDocument/versionNumber** valorizzato con un intero positivo a partire dal numero **1**.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Data: 20/06/2011 Stato: DEF

4.2.6 Codice del documento: <code>

Elemento OBBLIGATORIO che indica la tipologia di documento.

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

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

Nel seguito si farà esplicito riferimento al sistema di codifica LOINC.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del sistema di codifica dei codici di documento LOINC.
code	CS	"47045-0" (referto generico) or "18748-4" (referto di radiologia) or "11502-2" (referto di laboratorio) or "11526-1" (referto di anatomia patologica)	Codici relativi alla tipologia di documento. Il TSE è impegnato nell'accreditare ulteriori valori direttamente nella tabella LOINC in modo da rispondere alle esigenze italiane.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario.
codeSystemVersion	ST	"2.19"	Versione del vocabolario.
displayName	ST	"Study Report"(referto generico), "Study Report Diagnostic Imaging"(referto di radiologia), "Laboratory Report" (referto di laboratorio) "Study Pathology "(referto di anatomia patologica)	Descrizione del codice(rispettivamente: referto generico, referto di radiologia, referto di laboratorio, referto di anatomia patologica).


Esempio d'utilizzo:

```
<code code="11502-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC" codeSystemVersion="2.19" displayName="Laboratory
Report"/>
```

CONF-007: Il documento DEVE contenere uno ed un solo elemento ClinicalDocument/code

CONF-007-1: L'elemento ClinicalDocument/code DEVE riportare l'attributo code valorizzato con "47045-0" o "18748-4" o "11502-2",

CONF-007-2: L'elemento ClinicalDocument/code DEVE riportare l'attributo codeSystem valorizzato con "2.16.840.1.113883.6.1",

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Data: 20/06/2011 Stato: DEF

CONF-007-3:	L'elemento ClinicalDocument/code DEVE riportare l'attributo codeSystemName valorizzato con "LOINC",
CONF-007-4:	L'elemento ClinicalDocument/code DEVE riportare l'attributo codeSystemVersion valorizzato con "2.19"
CONF-007-5:	L'elemento ClinicalDocument/code DEVE riportare l'attributo displayName valorizzato rispettivamente con "Study Report" o "Study Report Diagnostic Imaging", "Laboratory Report" o "Study Pathology"

4.2.7 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 referto, 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 d'utilizzo:

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

CONF-008: Il documento **DEVE** contenere **uno ed un solo** elemento **ClinicalDocument/confidentialityCode**

CONF-008-1: L'elemento **ClinicalDocument/confidentialityCode** **DEVE** riportare

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

l'attributo **code** valorizzato con uno dei valori "N" or "R" or "V", l'attributo **codeSystem** valorizzato con "2.16.840.1.113883.5.25", l'attributo **codeSystemName** valorizzato con "Confidentiality".

4.2.8 Data di creazione del 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 valore deve essere quello del client utilizzato dal *document source*, opportunamente certificato.

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

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

Esempio d'utilizzo:

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

CONF-009: Il documento DEVE contenere uno ed un solo elemento **ClinicalDocument/effectiveTime**.


CONF-009-1: L'elemento **ClinicalDocument/effectiveTime** DEVE riportare l'attributo **value** valorizzato nel formato [YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz] ed una lunghezza uguale a 19.

4.2.9 Lingua e dominio: <languageCode>

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

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

Nel caso di referto, l'elemento DEVE essere così valorizzato:

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

<languageCode>:

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

Esempio d'utilizzo:

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

CONF-010: Il documento **DEVE** contenere **uno e non più di un elemento ClinicalDocument/languageCode**.

CONF-010-1: L'elemento **ClinicalDocument/languageCode DEVE** riportare l'attributo **code** valorizzato con "it-IT".

4.2.10 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 referto l'elemento deve pertanto essere strutturato come segue:


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

CONF-011: Il documento **DEVE** contenere **uno ed un solo elemento ClinicalDocument/recordTarget**.

4.2.10.1 <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-011-1: **ClinicalDocument/recordTarget DEVE** contenere **uno ed un solo**

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

elemento patientRole.

CONF-011-1-1: 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;
- Stranieri Temporaneamente Presenti (STP);
- Cittadino italiano o straniero residente (iscritto SSN).

4.2.10.1.1 Soggetti assicurati da istituzioni estere

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


1. il numero di identificazione della Tessera Sanitaria (ossia, il numero seriale della carta);
2. il numero di identificazione personale dell'assistito (ad es. il codice fiscale).

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 di identificazione dello stato che rilascia la tessera secondo il codice ISO 3166-1 a 3 caratteri (ad es. FRA) + "." + numero seriale carta.
assigningAuthorityName	ST	[ISTITUZIONE ESTERA]	Nome Ente che gestisce gli identificativi.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

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).
extension	ST	[STATO ESTERO] "." [NUMERO IDENTIFICAZIONE PERSONALE]	Sigla di identificazione dello Stato che rilascia la tessera secondo il codice ISO 3166-1 a 3 caratteri (ad es. "FRA") + "." + numero 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 di identificazione regionale.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale.

Esempio d'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"/>

```

4.2.10.1.2 Stranieri Temporaneamente Presenti (STP):

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

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

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 di identificazione regionale delle persone.
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 dalla ASL.
assigningAuthorityName	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 di identificazione regionale.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale.

Esempio d'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"/>

```

4.2.10.1.3 Cittadino italiano o straniero residente (iscritto SSN):

Due elementi di tipo <id> contenenti:

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

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 di identificazione regionale.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica 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.

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>

```

4.2.10.2 <patient>

L'elemento <patient> contiene i dettagli anagrafici relativi al paziente. Riporta alcuni sotto-elementi OBBLIGATORI con l'indicazione dei dati anagrafici, quali in particolare il nominativo del paziente, attraverso l'elemento <name> (ed i sotto-elementi <family> e <given>) ed il sesso, attraverso l'elemento <administrativeGenderCode>. E' inoltre FACOLTATIVO inserire il luogo di nascita nell'elemento <birthplace>.

Esempio d'utilizzo:

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

<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>

```

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


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

CONF-011-2: ClinicalDocument/recordTarget/patientRole DEVE contenere un elemento patient.

CONF-011-2-1: ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient DEVE contenere un elemento name con un solo elemento family valorizzato ed un solo elemento given valorizzato.

COND-CONF-011-2-1-1: SE l'elemento ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name riporta un attributo nullFlavor, questo DEVE essere valorizzato con "MSK" e gli elementi ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name/family e ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name/given NON DEVONO essere presenti.

COND-CONF-011-2-1-2: SE presente, l'elemento ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthPlace DEVE contenere un elemento place.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---


<p>CONF-011-2-1-3: L'elemento ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthPlace/place PUO' contenere un elemento addr .</p> <p>COND-CONF-011-2-1-4: SE presente, l'elemento ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace/place/addr (luogo di nascita) DEVE includere almeno il comune di nascita, SE il paziente è nato in territorio italiano; la nazione di nascita, altrimenti.</p> <p>COND-CONF-011-2-1-5: SE presente, l'elemento ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace/place/addr DEVE contenere almeno uno dei due componenti cen o cty con valore non nullo: NON È PERMESSO l'uso dell'attributo nullFlavor.</p> <p>CONF-011-2-1-6: L'elemento ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace/place/addr/censusTract, SE presente, DEVE riportare il codice ISTAT del comune (rif. http://www.istat.it/strumenti/definizioni/).</p> <p>CONF-011-2-1-7: La versione del dizionario ISTAT di riferimento per i comuni DOVREBBE essere "Comuni_Italiani_1_Gen_2008".</p> <p>CONF-011-2-1-8: Nella dichiarazione di conformità PUÒ essere dichiarata la versione del dizionario comune ISTAT utilizzata (ad esempio "Comuni_Italiani_1_Gen_2006").</p> <p>COND-CONF-011-2-1-9: SE presente, l'elemento ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace/place/addr/country DEVE essere valorizzato con il codice della nazione di nascita, in base alla codifica per le nazioni ISO-3166-1 a 2 oppure 3 caratteri.</p> <p>CONF-011-2-1-10: La versione del dizionario ISTAT di riferimento DOVREBBE essere "Codici_stati_2007".</p> <p>CONF-011-2-1-11: Nella dichiarazione di conformità PUÒ essere dichiarata la versione del dizionario ISTAT degli Stati (ad esempio "Codici_stati_2007").</p> <p>COND-CONF-011-2-2: 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".</p>
--

4.2.11 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:

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

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

```

CONF-012: Il documento DEVE contenere un elemento ClinicalDocument/custodian.

4.2.11.1 <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.

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


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

Esempio d'utilizzo:

```

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

```

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

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

```

CONF-012-1: L'elemento **ClinicalDocument/custodian DEVE** contenere un elemento **assignedOrganization**.

CONF-012-1-1: L'elemento **ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian DEVE** contenere un elemento **representedCustodianOrganization**.

CONF-012-1-1-1:
ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization DEVE contenere uno e non più di un elemento **id** con valore dell'attributo **root** uguale all'**OID della struttura**.

CONF-012-1-1-2: L'attributo **extension** dell'elemento **ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/id DEVE** essere presente e valorizzato con un **identificativo della struttura**.

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

4.2.12.1 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 due elementi <author>/<assignedAuthor>/<id>.

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

La sezione può **OPZIONALMENTE** contenere un elemento <assignedAuthor>/<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

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

			nell'intervallo 00:00:00 - 23:59:59. ZZzz rappresenta l'offset rispetto al tempo di Greenwich (GMT - Greenwich Mean Time). Il valore dell'offset dipenderà dalle impostazioni di ora legale; per l'Italia potrà variare fra ZZzz valorizzato con +0100 oppure +0200 (nel caso di ora legale) .
--	--	--	--

Primo <id>:

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

Secondo <id>:

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


Esempio d'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-013: Il documento DEVE contenere un elemento ClinicalDocument/author.**
- CONF-013-1: ClinicalDocument/author DEVE contenere un elemento assignedAuthor.**
- CONF-013-1-1: ClinicalDocument/author/assignedAuthor DEVE contenere da uno a due elementi id.**
- CONF-013-1-2: ClinicalDocument/author/assignedAuthor DEVE contenere un elemento**

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

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

CONF-013-1-2-1: 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-013-1-3: **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-013-1-3-1: L'attributo **extension** dell'elemento

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

4.2.12.2 Firmatario del documento: <legalAuthenticator>

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


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

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

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

<signatureCode>:

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

CONF-014: Il documento DEVE contenere un elemento ClinicalDocument/legalAuthenticator.
CONF-014-1: ClinicalDocument/legalAuthenticator DEVE contenere un elemento time.
CONF-014-1-1: L'elemento ClinicalDocument/legalAuthenticator/time DEVE


```
<legalAuthenticator>
  <time value="20000407130000+0100"/>
  <signatureCode code="S"/>
  <assignedEntity>
    <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>
```

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 del Ministero dell'Economia e delle Finanze.
extension	ST	[CODICE FISCALE]	Codice fiscale del firmatario.

Esempio d'utilizzo:

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

riportare l'attributo **value** valorizzato nel formato **[YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz]** e la sua lunghezza deve essere uguale a **14 caratteri**.

CONF-014-2: ClinicalDocument/legalAuthenticator DEVE contenere un elemento **signatureCode** che riporta un attributo **code** valorizzato con **"S"**.

CONF-014-3: ClinicalDocument/legalAuthenticator DEVE contenere un elemento **assignedEntity**.

CONF-014-3-1: 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-014-4: 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**.

4.2.13 Validatore del documento: <authenticator>

Elemento OPZIONALE che identifica la persona che garantisce la correttezza delle informazioni riportate nel documento.


Questa sezione DEVE essere riportata in tutti i casi in cui il garante NON coincide con il firmatario del documento (vedi sezione precedente).

La classe DEVE contenere un elemento <time> OBBLIGATORIO con l'indicazione dell'ora di validazione del documento (la valorizzazione viene effettuata come nel caso dell'elemento <effectiveTime>), l'elemento <signatureCode> ed un <assignedEntity> destinato ad accogliere l'elemento <id> del verificatore.

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). Il valore dell'offset dipenderà dalle impostazioni di ora legale; per l'Italia potrà variare fra ZZzz valorizzato con +0100 oppure +0200 (nel caso di ora legale).

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

<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.
extension	ST	[CODICE FISCALE]	Codice fiscale della persona

Esempio d'utilizzo:

```

<authenticator>
  <time value="20060201103127" />
  <signatureCode code="S" />
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED">
    <id extension="TTVSMN76R29L123T"
      root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"/>
    <assignedPerson>
      <name>
        <given>Salvo</given>
        <family>Ognuno</family>
        <suffix>Dott.</suffix>
      </name>
    </assignedPerson>
  </assignedEntity>
</authenticator>

```

CONF-015: Il documento PUO' contenere uno ed un solo elemento **ClinicalDocument/authenticator**.


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

CONF-015-1-1: L'elemento **time** DEVE riportare l'attributo **value** valorizzato nel formato **[YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz]** di lunghezza uguale a 14 caratteri.

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

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

CONF-015-3-1: **assignedEntity** DEVE contenere un elemento **id** con valore

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

dell'attributo **root** uguale ad **"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"** e valore dell'attributo **extension** valorizzato con un **codice fiscale (stringa lunga 16 caratteri)**.

4.2.14 Soggetti partecipanti: <participant>

Elemento OPZIONALE che rappresenta tutti coloro che partecipano alla realizzazione del documento, e che non sono stati già preventivamente inclusi negli elementi precedenti (autore, custode, validatore, firmatario).

La sezione può OPZIONALMENTE contenere un elemento <associatedPerson>/<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>, ...).

<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:

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

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

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

CONF-016-1-1: **associatedEntity** DEVE contenere un elemento **id** con valore dell'attributo **root** uguale ad **"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"** e valore

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

dell'attributo **extension** valorizzato con un **codice fiscale (stringa lunga 16 caratteri)**.

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

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

4.2.15 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 autoreferenzianti, 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"/>
```

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

<informationRecipient>
  <name>
    ...
  </name>
</informationRecipient>
</intendedRecipient>
</informationRecipient>

```

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

CONF-017-1: **ClinicalDocument/informationRecipient** DEVE contenere un elemento **intendedRecipient**.

CONF-017-1-1: **intendedRecipient** DEVE contenere un elemento **id** con valore dell'attributo **root** uguale ad "2.16.840.1.113883.2.9.2." + [ASL/AO] e un attributo **extension** presente e valorizzato con un ID personale.

CONF-017-1-2: **intendedRecipient** PUO' contenere un elemento **informationRecipient**.

CONF-017-1-2-1: **informationRecipient** DEVE contenere un elemento **name** che contenga tutti gli elementi del nome del destinatario del documento.

4.2.16 Riferimento alla prescrizione: <inFulfillmentOf>

Elemento OPZIONALE che identifica la relazione del documento di refertazione con il documento di prescrizione che ha promosso la realizzazione del referto stesso (ad es. una prescrizione che richiede l'esecuzione di certe analisi di laboratorio).

L'elemento <id> riportato fa riferimento all'ID della prescrizione originale, se disponibile dal sistema informativo della struttura che crea il documento. Se tale identificativo non è accessibile all'atto della stesura del documento, è POSSIBILE utilizzare un ID interno univoco all'interno della struttura stessa³.


Esempio d'utilizzo:

```

<inFulfillmentOf>
  <order classCode="ACT" moodCode="RQO">
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.150101"
      extension="[IDENTIFICATIVO UNICO PRESCRIZIONE]">

```

³ In tal caso si prevede la presenza nel sistema di interfacce opportune che consentano di riaccoppiare univocamente l'ID interno utilizzato dalla struttura con l'ID della prescrizione registrata nel FSE.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

    assigningAuthorityName="ASL 101 Avellino"/>
  </order>
</inFulfillmentOf>

```

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

CONF-018-1: **ClinicalDocument/inFulfillmentOf** DEVE contenere un elemento **order** .

CONF-018-1-1: **order** DEVE contenere un elemento **id** con valore dell'attributo **root** uguale a quello della prescrizione che ha ordinato la stesura del referto.

COND-CONF-018-1-1-1: se l'**id** della prescrizione non è noto, l'attributo **root** è pari a quello della struttura che assegna l'id al documento corrente

CONF-018-1-1-2: l'attributo **extension** dell'elemento **id** DEVE essere valorizzato con lo stesso valore della prescrizione che ha ordinato la stesura del referto.


COND-CONF-018-1-1-2-1: se l'**id** della prescrizione non è noto, la **extension** è univocamente generata dalla struttura (vedi nota).

4.2.17 Prestazione eseguita: <documentationOf>

Elemento OPZIONALE che rappresenta la prestazione che il referto documenta. Le informazioni trattate in questo campo devono specializzare e in nessun caso essere in contrasto con quelle riportate nell'elemento <code> definito in precedenza al livello XML di <ClinicalDocument>, così da non creare situazioni di ambiguità.

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

<code>: Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[ID PRESTAZIONE]	ID della prestazione prelevato dal catalogo nazionale.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11"	OID del catalogo nazionale delle prestazioni.
codeSystemName	ST	"Catalogo Nazionale Prestazioni"	Nome del catalogo.
codeSystemVersion	ST	"1"	Versione del catalogo.

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Data: 20/06/2011 Stato: DEF

displayName	ST	[NOME DELLA PRESTAZIONE]	Nome della prestazione.
--------------------	----	--------------------------	-------------------------

<translation>:

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

Esempio d'utilizzo:

```


<documentationOf>
  <serviceEvent>
    <code code="87-03"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11"
      codeSystemName="Catalogo Nazionale Prestazioni"
      codeSystemVersion="1"
      displayName="Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) del
        Capo">
      <translation code="4213"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.210.6.1.11"
        codeSystemName="Catalogo Prestazioni della Regione
          Piemonte"
        codeSystemVersion="versione"/>
    </code>
  </serviceEvent >
</documentationOf >

```

CONF-019: Il documento PUO' contenere uno ed un solo elemento **ClinicalDocument/documentationOf**.

CONF-019-1: **ClinicalDocument/documentationOf** DEVE contenere un elemento **serviceEvent**.

CONF-019-1-1: **serviceEvent** DEVE contenere un elemento **code** con valore dell'attributo **codeSystem** pari a "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11",

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

codeSystemVersion pari a "1", **codeSystemName** pari a "Catalogo Nazionale Prestazioni", **code** e **displayName** come estratti dal vocabolario.

CONF-019-1-1-1: l'attributo **code** PUO' contenere **uno ed un solo** elemento **qualifier**.

COND-CONF-019-1-1-1-1: l'elemento **translation** DEVE essere valorizzato secondo le indicazioni dei vocabolari localizzati delle regioni, con gli stessi elementi dell'elemento **code** sopra descritto.

4.2.18 Versionamento del documento: <relatedDocument>

Elemento OPZIONALE che viene utilizzato per gestire la versione del documento corrente. Nel caso in cui il referto attuale sostituisca uno preesistente, la relazione di subentro può essere facilmente individuata specificando l'attributo **typeCode** opportuno (come previsto dallo standard HL7) e l'id del documento padre.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
typeCode	ST	"RPLC"	Replace ⁴

Esempio d'utilizzo:

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


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

CONF-020-1: **ClinicalDocument/relatedDocument** DEVE contenere **un** attributo **typeCode** valorizzato con "RPLC".

CONF-020-2: **ClinicalDocument/relatedDocument** DEVE contenere **un** elemento **parentDocument**.

CONF-020-2-1: **parentDocument** DEVE contenere **un** elemento **id** con valore degli attributi **root** e **extension** pari ai codici del documento di cui si fa il **replace**.

⁴ Non si prevede nel dominio italiano la possibilità di utilizzo di XFRM ed APND

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

4.2.19 Informazioni sull'iter-strutturale della richiesta: <componentOf>

Questo elemento OPZIONALE consente di rappresentare le informazioni relative all'interscambio informativo tra tutti gli attori del sistema. Attraverso l'elemento <componentOf> è possibile rappresentare informazioni relative alla struttura sanitaria, alla specifica disciplina/reparto e a tutti i partecipanti, a diverso titolo, del flusso operativo.


Un possibile esempio di redazione delle informazioni contenute nel tag <componentOf> è redatto di seguito.

Esempio d'utilizzo:

```

<componentOf typeCode="COMP">
  <encompassingEncounter classCode="ENC" moodCode="EVN">
    <effectiveTime value="20080630112500"/>
    <encounterParticipant typeCode="CON">
      <assignedEntity>
        <!--
        tag id (OBBLIGATORIO):
        - root = OID root HL7 (Italia) dello schema di identificazione
        regionale per operatori (Sardegna)
        - extension = codice anagrafica regionale assegnato
        dall'anagrafe operatori
        -->
        <id
        root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.2"
        extension="200108000356"/>
        <assignedPerson>
          <name>
            <prefix>Dott.</prefix>
            <given>Valerio</given>
            <family>Bianchi</family>
          </name>
        </assignedPerson>
        <representedOrganization>
          <!--
          tag id (OBBLIGATORIO):
          - root = OID root HL7 per le strutture di ricovero
          - extension = ID della struttura (AO) da codifica
          Ministero della Salute
          -->
          <id
          root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
          extension="20090601"/>

```

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

</representedOrganization>
</assignedEntity>
</encounterParticipant>
<location>
<healthCareFacility classCode="DSDLLOC">
<!--
tag code (OBBLIGATORIO): Reparto
- codeSystem: OID codifica delle discipline Ministero della
Salute
- code: codice della disciplina
-->
<code
code="100"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.17"
displayName="Laboratorio analisi chimico cliniche"/>
</healthCareFacility>
</location>
</encompassingEncounter>
</componentOf>

```


L'elemento <componentOf>, per caratteristiche intrinseche legate ad alcune tipologie di referto assume carattere di obbligatorietà per i referti di Anatomia Patologica e per i referti di Pronto Soccorso.

4.2.20 Utilizzo dell'elemento <componentOf> nel referto di anatomia patologica

Questa tipologia di referto presenta alcune caratteristiche che rendono OBBLIGATORIO l'utilizzo di questo elemento. L'iter-strutturale per giungere alla generazione del documento è costituito da più fasi dislocate nel tempo (e.g. data prelievo del campione e data dell'esame del campione). Sono inoltre necessarie informazioni sulla tipologia di paziente (interno o esterno alla struttura), sulla tipologia di esame e sull'eventuale codice nosologico (in caso di paziente interno).

- **Codice nosologico** Nel caso il referto sia riferibile ad un paziente interno alla struttura ospedaliera, occorre specificare il codice nosologico (identificativo univoco dell'istanza di ricovero) assegnato al paziente al momento dell'accettazione. Per la rappresentazione di tale informazione si utilizza l'elemento <realmCode> della classe <encompassingEncounter>; la presenza di questo elemento classifica il paziente come interno alla struttura.

Esempio d'utilizzo:

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

<!--
Il realmCode indica il codice nosologico
La presenza di questo elemento fa sì che il paziente
sia classificato come 'interno' alla struttura
-->
<realmCode code="[CODICE_NOSOLOGICO]"/>

```

- **Tipologia di esame** Il dataset al quale si è fatto riferimento per la creazione del CDA di anatomia patologica, prevede una macro-suddivisione della tipologia di esame:
 - C – citologico
 - I – istologico
 - P – pap test
 - S – surgical (grandi pezzi)
 - B – piccole biopsie
 - A – autopsia

Per la rappresentazione di tale informazione si utilizza l'elemento <code> della classe <encompassingEncounter>, in cui l'attributo code rappresente l'OID relativo ai dizionari definiti.

Esempio d'utilizzo:


```

<!--
Tipologia di esame
Per la codifica si è fatto riferimento al dataset di anatomia patologica
-->
<code
code="B"
codeSystemName="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.6.4"
displayName="Piccole biopsie"/>

```

- **Data prelievo e data esame** Per la rappresentazione di queste informazioni si utilizza l'elemento <effectiveTime> della classe <encompassingEncounter>. La dislocazione temporale dei due eventi è rappresentata attraverso gli elementi <high> e <low>, che rappresentano rispettivamente la data di esame e di prelievo del campione istologico oggetto dell'esame (nel formato aaaaMMgghhmmss). Per esempio:

Esempio d'utilizzo:

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

<effectiveTime>
<!-- Data di prelievo campione (biopsia) -->
<low value="20080628112500"/>
<!-- Data in cui il campione è stato esaminato -->
<high value="20080629103000"/>
</effectiveTime>


```

L'esempio seguente riassume l'utilizzo dell'elemento <componentOf> per il referto di anatomia patologica.

```

<!-- Informazioni sull'iter-strutturale della richiesta -->
<componentOf typeCode="COMP">
<encompassingEncounter classCode="ENC" moodCode="EVN">
<!--
Il realmCode indica il codice nosologico
La presenza di questo elemento fa sì che il paziente
sia classificato come 'interno' alla struttura
-->
<realmCode code="[CODICE_NOSOLOGICO]"/>
<!--
tag code: Tipologia di esame
- code: codifica dell'esame come da dataset di anatomia patologica
- codSystem: OID dei dizionari definiti
- displayName: descrizione dell'esame
-->
<code
code="B"
codeSystemName="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.6.4"
displayName="Piccole biopsie"/>
<!-- Data di prelievo e data esame -->
<effectiveTime>
<!-- Data di prelievo campione (biopsia) -->
<low value="20080628112500"/>
<!-- Data in cui il campione è stato esaminato -->
<high value="20080629103000"/>
</effectiveTime>
<encounterParticipant typeCode="CON">
<assignedEntity>
<!--
tag id (OBBLIGATORIO):
- root = OID root HL7 (Italia) dello schema di identificazione
regionale per operatori
- extension = Codice anagrafica regionale assegnato
dall'anagrafe operatori
-->
<id
root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.2"
extension="200108000356"/>
<assignedPerson>
<name>

```

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

<prefix>Dott.</prefix>
<given>Valerio</given>
<family>Bianchi</family>
</name>
</assignedPerson>
<representedOrganization>
<!--
tag id (OBBLIGATORIO):
- root = OID root HL7 (Italia) per le strutture di ricovero
- extension = ID della struttura (AO) da codifica
Ministero Salute
-->
<id
root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
extension="200904"/>
</representedOrganization>
</assignedEntity>
</encounterParticipant>
<location>
<healthCareFacility classCode="DSDLLOC">
<!--
tag code (OBBLIGATORIO): Reparto
- codeSystem: OID codifica delle discipline Ministero della
Salute (codifica delle discipline)
- code: codice della disciplina
-->
<code
code="100"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.17"
displayName="Laboratorio analisi chimico cliniche"/>
</healthCareFacility>
</location>
</encompassingEncounter>
</componentOf>


```

4.2.21 Consenso al documento: <authorization>

Elemento OPZIONALE che rappresenta il consenso all'utilizzo del documento da parte di altre strutture sanitarie.

Il sotto-elemento <consent> DEVE contenere un elemento <statusCode> obbligatoriamente fissato al valore **completed**.

L'elemento <consent> PUO' contenere una sezione <code> che rappresenti lo stato di consenso effettivamente rilasciato al documento. Se tale sezione manca, si assume che il documento abbia il completo consenso per poter essere visualizzato da terze parti.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

<statusCode>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"completed"	Valore fisso come da standard HL7 CDA2.

<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"1" or "2"	Autorizzato or Non Autorizzato.
codeSystem	OID	[VOC CONSENSO]	Codice del vocabolario.
codeSystemName	ST	"Consenso"	Nome del vocabolario.
codeSystemVersion	ST	"1"	Version del vocabolario.

Esempio d'utilizzo:

```


<authorization>
  <consent>
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.99"
      code="1"
      codeSystemName="Consenso"
      codeSystemVersion="1.0.0"
      displayName="Autorizzato"/>
    <statusCode code="completed"/>
  </consent>
</authorization>

```

CONF-021: Il documento PUO' contenere uno ed un solo elemento **ClinicalDocument/authorization**.

CONF-021-1: **ClinicalDocument/authorization** DEVE contenere un elemento **consent**.

CONF-021-1-1: **consent** DEVE contenere un elemento **code** con valore **codeSystem** pari al **[CODICE VOCABOLARIO CONSENSO]**, **codeSystemName** pari a "Consenso", **code** e **displayName** coerenti con i valori estratti dal vocabolario.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

CONF-021-1-2: consent DEVE contenere un elemento statusCode con un attributo code valorizzato con "completed".

4.2.22 Quesito clinico: <EncompassingEncounter>

Elemento OPZIONALE che descrive l'incontro nel quale sono stati richiesti gli accertamenti che hanno condotto alla stesura del documento corrente.


La sezione DEVE contenere un elemento <effectiveTime> che rappresenta l'istante temporale o l'intervallo di tempo (nel caso che l'incontro non possa essere ritenuto concluso) in cui l'incontro stesso ha avuto luogo.

La sezione PUO' contenere un elemento <id> che identifica l'incontro stesso, come definito dalla struttura stessa che lo ha effettuato. Nel caso che tale identificativo non esista o sia sconosciuto, va impostato a NULL, con nullFlavour pari a "UNK".

La sezione PUO' contenere una serie di elementi OPZIONALI che rappresentano il luogo in cui si è svolto l'incontro (elemento <location>) e la lista delle persone che vi hanno preso parte (elemento <responsibleParty>, nel caso del medico responsabile dell'incontro stesso, elemento <encounterParticipant>, in tutti gli altri casi).

<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). Il valore dell'offset dipenderà dalle impostazioni di ora legale; per l'Italia potrà variare fra ZZzz valorizzato con +0100 oppure +0200 (nel caso di ora legale).

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

Esempio d'utilizzo:

```

<componentOf>
  <encompassingEncounter>
    <id ... />
    <effectiveTime ... />
    <responsibleParty>...</responsibleParty>
    <encounterParticipant>...</encounterParticipant>
    <location>...</location>
  </encompassingEncounter>
</componentOf>

```

4.2.22.1 Medico responsabile: <responsibleParty>

Elemento OPZIONALE che rappresenta l'identificativo del medico che è stato responsabile dell'episodio (ad es. MMG che ha richiesto un esame di laboratorio). Viene rappresentato da un ruolo <assignedEntity> che contiene l'elemento <id> che individua il medico secondo uno schema di identificazione opportuno.

<id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID ENTE]	OID ente che censisce il medico.
extension	ST	[ID PERSONA]	Codice del medico (ad es. codice fiscale).

Esempio d'utilizzo:

```


<responsibleParty>
  <assignedEntity>
    <id.../>
  </assignedEntity >
</responsibleParty >

```

4.2.22.2 Partecipanti: <encounterParticipant>

Elemento OPZIONALE che rappresenta l'identificativo di ogni persona o organizzazione che ha preso parte all'incontro.

Viene rappresentato da un ruolo <assignedPerson> nel caso di una persona fisica o da un ruolo <representedOrganization> nel caso di un ente.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

In entrambi i casi viene inserito un <id> che identifica la persona o la struttura secondo uno schema opportuno.

Tale elemento DEVE essere inserito con un attributo **typeCode** opportuno che identifichi il tipo di partecipante che si sta descrivendo, secondo le indicazioni riportate in tabella.

<typeCode>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
typeCode	ST	"ADM" or "ATND" or "REF" or "DIS" or "CON"	Admitter or Attender or Referrer or Discharger or Counselor.

<id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID ENTE]	OID ente che censisce il medico/struttura.
extension	ST	[ID]	Codice del medico/struttura.

Esempio d'utilizzo:

```

<encounterPartecipant typeCode="[...]">
  <assignedPerson>
    <id.../>
  </assignedPerson >
</encounterPartecipant>

```


4.2.22.3 Luogo dell'incontro: <location>

Elemento OPZIONALE che identifica la struttura nella quale si è svolto l'incontro.

Viene rappresentato da un ruolo <HealthCareFacility> che contiene l'elemento <id> che identifica la struttura stessa secondo uno schema opportuno.

<id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID ENTE]	OID ente che censisce la struttura.
extension	ST	[ID STRUTTURA]	Codice della struttura.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

Esempio d'utilizzo:

```
<location>
  <HealthCareFacility>
    <id .../>
  </HealthCareFacility >
</location>
```

CONF-022: Il documento PUO' contenere **uno ed un solo** elemento **ClinicalDocument/componentOf**.

CONF-022-1: **ClinicalDocument/componentOf** DEVE contenere **un** elemento **encompassingEncounter**.

CONF-022-1-1: **encompassingEncounter** PUO' contenere **un** elemento **id** con un attributo **root** pari a **[OID ASL/AO]** e un attributo **extension** che identifica il medico censito all'interno di quella struttura.

CONF-022-1-2: **encompassingEncounter** DEVE contenere **un** elemento **effectiveTime** nel formato **[YYYYMMddhhmmss]** con lunghezza uguale a **14** caratteri.

CONF-022-1-3: **encompassingEncounter** PUO' contenere **un** elemento **responsibleParty**.

CONF-022-1-3-1: **responsibleParty** DEVE contenere **un** elemento **assignedEntity**.

CONF-022-1-3-1-1: **assignedEntity** DEVE contenere **un** elemento **id** con **root** pari a **[OID ASL/AO]** e un attributo **extension** che identifica la persona censita all'interno di quella struttura.


CONF-022-1-4: **encompassingEncounter** PUO' contenere **uno o più** elementi **encounterParticipant**.

CONF-022-1-4-1: **encounterParticipant** DEVE contenere un attributo **typeCode** valorizzato con **"ADM"** or **"ATND"** or **"CON"** or **"DIS"** or **"REF"**.

CONF-022-1-4-2: **encounterParticipant** DEVE contenere **un** elemento **assignedEntity**.


CONF-022-1-4-2-1: **assignedEntity** DEVE contenere **un** elemento **id** con **root** pari a **[OID ASL/AO]** e un attributo **extension** che identifica la persona censita all'interno di quella struttura.

CONF-022-1-5: **encompassingEncounter** PUO' contenere **un** elemento **location**.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

CONF-022-1-5-1: location DEVE contenere un elemento HealthCareFacility.

CONF-022-1-5-1-1: HealthCareFacility DEVE contenere un elemento id con root pari a [OID ASL/AO] e un attributo extension che identifica la struttura dove è avvenuto l'incontro rappresentato.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

4.3 Body CDA del documento di Referto

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

Nel seguito del documento sarà dettagliato il BODY **strutturato** del documento di referto. Dato che lo standard HL7 prevede che il dettaglio di un documento CDA strutturato possa raggiungere differenti livelli di specializzazione (nella fattispecie tre), si fornirà una linea guida che si focalizzi al massimo livello di dettaglio disponibile, cioè il terzo livello.


Occorre comunque sottolineare che gli elementi del terzo livello restano OPZIONALI e che il documento sarà comunque considerato well-formed anche se dettagliato al livello HL7 **due**.

CONF-023: Il documento DEVE contenere uno ed un solo elemento component/structuredBody

4.3.1 Referto di anatomia patologica

La rappresentazione del body del referto di anatomia patologica viene posta in essere attraverso una suddivisione logica in nove sottosezioni:

Sezione	OBBLIGATORIETÀ
Storia clinica del paziente ed eventuali note fornite in ingresso	OPZIONALE
Prelievi	OBBLIGATORIA
Descrizione Macroscopica	RACCOMANDATA
Descrizione Microscopica	RACCOMANDATA
Epicrisi	OPZIONALE
Diagnosi	OBBLIGATORIA

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

Altre informazioni cliniche	OPZIONALE
Commenti	OPZIONALE
Conclusioni	OPZIONALE

4.3.1.1 Storia clinica del paziente ed eventuali note fornite in ingresso: <section>

Il dataset di riferimento adottato, classifica questa sezione come OPZIONALE. Per questa sezione non è previsto l'utilizzo di un blocco strutturato, fatta eccezione per eventuali oggetti allegati a corredo del testo.

Devono essere imposte le seguenti informazioni:

<section>/<code>:


Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	22636-5	"Path Report relevant HX"
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID Sistema di codifica del catalogo delle prestazioni nazionale
codeSystemName	ST	LOINC	
displayName	ST	"Storia clinica del paziente ed eventuali note in ingresso"	Storia clinica del paziente ed eventuali note in ingresso.

Esempio d'utilizzo:

```

<!--Storia clinica del paziente ed eventuali note cliniche fornite in ingresso -->
->
<component>
<section>
<code
code="22636-5"

```

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

```
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1">
</code>
<title>Storia clinica ed eventuali note fornite in ingresso</title>
<!-- Blocco narrativo -->
<text>
<paragraph>
Riportare breve storia clinica del paziente ed eventuali note cliniche fornite
in ingresso
</paragraph>
</text>
</section>
</component>
```

Note cliniche
Riportare eventuali note cliniche fornite in ingresso

- CONF-24:** Il referto di anatomia patologica Può contenere esattamente una e sola sezione "Storia clinica del paziente ed eventuali note in ingresso". La sezione "Storia clinica del paziente ed eventuali note in ingresso" se presente DEVE contenere un blocco narrativo.
- CONF-25:** La sezione "Storia clinica del paziente ed eventuali note in ingresso" deve contenere l'elemento Section / code.
- CONF-25.1:** Il valore per "Section / code" deve essere "22636-5" "Path Report relevant HX" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC.

4.3.1.1 Prelievi: <section>


Il dataset di riferimento adottato, classifica questa sezione come OBBLIGATORIA.

Questa sezione è dedicata alla rappresentazione dei campioni chirurgici prelevati per l'analisi.

La sezione relativa a queste informazioni, prevede un blocco narrativo e un blocco strutturato logicamente correlati. Per la sezione devono essere imposte le seguenti informazioni:

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	22633-2	"Path report site of origin"
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID Sistema di codifica del catalogo delle prestazioni nazionale

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

codeSystemName	ST	LOINC	
displayName	ST	Prelievi	Campioni chirurgici prelevati per l'analisi

Esempio d'utilizzo:

```

<!--Prelievi-->
<component>
<section>
<code
code="22633-2"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1">
</code>
<title>Prelievi</title>
<!-- Blocco narrativo -->
<text>
<paragraph>
Testo per la descrizione del campione raccolto.
</paragraph>
</text>
</section>
</component>

```

Per la codifica del campione sul quale sono state effettuate le analisi, è consigliato fare riferimento al documento di specifiche tecniche relative al Referto, documento già approvato nell'ambito del TSE. In tale contesto è già stato trattato tale argomento. Si riporta comunque per completezza l'esempio e la relativa strutturazione di tali informazioni.


Esempio d'utilizzo:

```

<entry typeCode="COMP" >
  <act>
    <code .../>
    <specimen>
      ...
    </specimen>
  </act>
</entry>

```

Ogni campione raccolto e analizzato DEVE contenere un elemento `<code>` che descrive univocamente la sua tipologia, secondo le indicazioni di un vocabolario condiviso (ad es. LOINC, SNOMED-CT, HL7 specimen codes) ed è contenuto in un elemento di tipo

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

<specimenPlayingEntity>, come riportato nel seguito.

<act>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	33882-2	Specimen collection
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	LOINC
codeSystemName	ST	LOINC	Nome del vocabolario utilizzato (ad es. LOINC).

<act>/<specimen>/<specimenPlayingEntity>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[CODICE CAMPIONE]	Elemento estratto dal vocabolario utilizzato.
codeSystem	OID	[CODICE VOCABOLARIO]	OID del vocabolario utilizzato (ad es. 2.16.840.1.113883.6.1).
codeSystemName	ST	[NOME VOCABOLARIO]	Nome del vocabolario utilizzato (ad es. LOINC).
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	[NOME CAMPIONE]	Nome della specialità del vocabolario utilizzata.


Esempio d'utilizzo:

```

<specimen typeCode="SPC">
  <specimenRole classCode="SPEC">
    <specimenPlayingEntity>
      <code code="xxxx" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.4"
codeSystemName="SNOMED-CT" displayName="xxxxxxxx" />
    </specimenPlayingEntity>
  </specimenRole>
</specimen>

```

È inoltre possibile codificare l'organo dal quale è stato prelevato il campione per l'analisi utilizzando l'elemento <entryrelationship>/<procedure> applicato alla <entry> che codifica il campione. La struttura degli elementi è la seguente:

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

Esempio d'utilizzo:

```

<entry typeCode="COMP" >
  <act>
    <code .../>
    <specimen>
      ...
    </specimen>
    <entryRelationship>
      <procedure>
        .....
      </procedure>
    </entryRelationship>
  </act>
</entry>

```

Per identificare univocamente il campione prelevato si DEVE utilizzare l'attributo id dell'elemento <specimenRole>. È fondamentale utilizzare tale elemento nel caso si voglia far riferimento al campione raccolto nelle altre sezioni del CDA.

CONF-26: Il referto di anatomia patologica DEVE contenere esattamente una e sola sezione "Prelievi". La sezione Prelievi DEVE contenere un blocco narrativo e DEVE contenere clinical statement. Ogni clinical statement deve includere uno o più elementi act con code uguale a 33882-2 (Specimen collection).

CONF-26-1: Per identificare univocamente il campione prelevato si DEVE utilizzare l'attributo <id> dell'elemento <specimenRole>.

CONF-27: La sezione "Prelievi" deve contenere l'elemento Section / code.


CONF-27.1: Il valore per "Section / code" deve essere "22633-2" "Path report site of origin" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC.

4.3.1.1 Descrizione Macroscopica: <section>

Il dataset di riferimento adottato, classifica questa sezione come RACCOMANDATA.

Questa sezione è dedicata alla descrizione macroscopica, cioè alla descrizione visiva il più possibile accurata e completa, del campione chirurgico prelevato per l'analisi.

Se presente, contiene una parte testuale OBBLIGATORIA ed una codificata OPZIONALE con la descrizione fisica macroscopica del campione.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	22634-0	Path report gross observation
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	LOINC
codeSystemName	ST	LOINC	
displayName	ST	Descrizione macroscopica	

Esempio d'utilizzo:

```

<!--Descrizione macroscopica-->
<component>
<section>
<section>
<code
code="22634-0"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1">
</code>
<title>Descrizione macroscopica</title>
<!-- Blocco narrativo -->
<text>
<paragraph>
Testo della descrizione macroscopica
</paragraph>
</text>
</section>
</component>

```


Se l'osservazione inserita fa riferimento ad uno specifico campione prelevato si DEVE utilizzare l'attributo id dell'elemento <observation>/<specimen>/<specimenRole>, per far riferimento a tale campione, coerentemente con quanto già indicato nella sezione "Prelievi" del CDA.

Esempio d'utilizzo:

```

<section>
  <entry>
    <act>
      <entryRelationship>
        <observation>
          <specimen>

```

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

<specimenRole id="riferimento all'id del campione prelevato
indicato nella sezione Prelievi del CDA"/>
</specimen>
</observation>
</entryRelationship>
</act>
</entry>
</section>

```


- CONF-28:** Il referto di anatomia patologica DOVREBBE contenere esattamente una e sola sezione "Descrizione macroscopica". La sezione "Descrizione macroscopica" DEVE contenere un blocco narrativo e Può contenere clinical statement. Se presente la parte codificata deve includere per ogni paragrafo della parte testuale un elemento <entry>/<observation>.
- CONF-28-1:** Se l'osservazione macroscopica riguarda uno specifico campione prelevato si DEVE utilizzare l'attributo id dell'elemento <observation>/<specimen>/ <specimenRole>, per far riferimento a tale campione, coerentemente con quanto già indicato nella sezione "Prelievi" del CDA.
- CONF-29:** La sezione "Descrizione Macroscopica" deve contenere l'elemento Section / code.
- CONF-29.1:** Il valore per "Section / code" deve essere "22634-0" "Path report gross observation" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC.

4.3.1.2 Descrizione Microscopica del campione raccolto <section>

Il dataset di riferimento adottato, classifica questa sezione come RACCOMANDATA. Questa sezione è dedicata alla descrizione microscopica del campione chirurgico prelevato per l'analisi. La sezione relativa a queste informazioni, prevede un blocco narrativo e un blocco strutturato logicamente correlati. Per la sezione devono essere imposte le seguenti informazioni:

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	22635-7	Path report microscopic observation
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.2.6.1	LOINC

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

codeSystemName	ST	LOINC	
displayName	ST	Descrizione microscopica	

Esempio d'utilizzo:

```

<!--Descrizione microscopica-->
<component>
<section>
<title>Descrizione microscopica</title>
<!-- Blocco narrativo -->
<text>
<paragraph>
Testo della descrizione microscopica
</paragraph>
</text>
</section>
</component>

```

Si consiglia di utilizzare, per ogni paragrafo presente nella parte testuale della sezione, un corrispettivo elemento <entry>/<observation> nella parte della sezione codificata.


Esempio d'utilizzo:

```

<section>
  <entry>
    <act>
      <entryRelationship>
        <observation>
          <specimen>
            <specimenRole id="riferimento all'id del campione prelevato
indicato nella sezione Prelievi del CDA"/>
          </specimen>
        </observation>
      </entryRelationship>
    </act>
  </entry>
</section>

```

Se l'osservazione codificata fa riferimento ad uno specifico campione prelevato, si DEVE utilizzare l'attributo id dell'elemento

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

<observation>/<specimen>/<specimenRole> per far riferimento a tale campione, coerentemente con quanto già indicato nella sezione "Prelievi" del CDA.

Esempio d'utilizzo:

```

<section>
  <entry>
    <act>
      <entryRelationship>
        <observation>
          <specimen>
            <specimenRole id="riferimento all'id del campione prelevato
indicato nella sezione Prelievi del CDA"/>
          </specimen>
        </observation>
      </entryRelationship>
    </act>
  </entry>
</section>

```

CONF-30: Il referto di anatomia patologica DOVREBBE contenere esattamente una e sola sezione "Descrizione microscopica". La sezione "Descrizione microscopica" DEVE contenere un blocco narrativo e DEVE contenere clinical statement. Ogni clinical statement parte codificata deve includere per ogni paragrafo della parte testuale un elemento <entry>/<observation> .

CONF-30-1: Nella osservazione codificata, per far riferimento ad uno specifico campione prelevato, si DEVE utilizzare l'attributo id dell'elemento <observation>/<specimen>/<specimenRole>, coerentemente con quanto già indicato nella sezione "Prelievi" del CDA.


CONF-31: La sezione "Descrizione microscopica" deve contenere l'elemento Section / code.

CONF-31.1: Il valore per "Section / code" deve essere "22635-7" "Path report microscopic observation" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC.

4.3.1.1 Epicrisi: <section>

Il dataset di riferimento adottato, classifica questa sezione come OPZIONALE.

Questa sezione è OBBLIGATORIA nel caso il referto venga prodotto in seguito ad un esame autoptico. Se presente, contiene nella parte testuale OBBLIGATORIA ed una codificata OPZIONALE contenente un giudizio conclusivo a illustrazione di un caso

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

clinico.

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	33746-9	Pathologic findings
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.2.6.1	LOINC
codeSystemName	ST	LOINC	
displayName	ST	Epicrisi	

Esempio d'utilizzo:


```

<section>
  <entry>
    <act>
      <entryRelationship>
        <observation>
          <specimen>
            <specimenRole id="riferimento all'id del campione prelevato
indicato nella sezione Prelievi del CDA"/>
          </specimen>
        </observation>
      </entryRelationship>
    </act>
  </entry>
</section>

```

CONF-32: Il referto di anatomia patologica Può contenere esattamente una e sola sezione "Epicrisi". La sezione "Epicrisi" DEVE contenere un blocco narrativo e Può contenere clinical statement.

CONF-32-1: Nella osservazione codificata, per far riferimento ad uno specifico campione prelevato, si DEVE utilizzare l'attributo id dell'elemento <observation>/<specimen>/<specimenRole>, coerentemente con quanto già indicato nella sezione "Prelievi" del CDA.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

CONF-33: La sezione "Epicrisi" deve contenere l'elemento Section / code.

CONF-33.1: Il valore per "Section / code" deve essere "33746-9" "Pathologic findings" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC.

4.3.1.2 Diagnosi: <section>

Il dataset di riferimento adottato, classifica questa sezione come OBBLIGATORIA.

Questa sezione è dedicata alla rappresentazione della diagnosi del referto.

La sezione relativa a queste informazioni, prevede un blocco narrativo e un blocco strutturato logicamente correlati.

<section>/<code>:


Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	22637-3	Pathology report final diagnosis
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.2.9.6.1	LOINC
codeSystemName	ST	LOINC	
displayName	ST	Diagnosi	

Attraverso gli assi Topografico e Morfologicoresi (<observation>) è possibile rappresentare la diagnosi del referto.

La parte strutturata, sia per l'asse topografico principale che secondario, riporterà un elemento <observation> costruito secondo la seguente specifica:

<obeservation>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	29548-5	Codice rappresentante la diagnosi secondo la codifica LOINC
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID Sistema di codifica LOINC

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Data: 20/06/2011 Stato: DEF


codeSystemName	ST	LOINC	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
displayName	ST	"DIAGNOSYS"	Fisso a 'DIAGNOSYS'

<observation>/<code>/<qualifier>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	22035-0 o 22036-0	Codice per, rispettivamente, l'asse topografico principale e secondario
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID Sistema di codifica LOINC
codeSystemName	ST	LOINC	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
displayName	ST	'PRIMARY SITE' o 'SECONDARY SITE'	Descrizione per, rispettivamente, l'asse topografico principale e secondario

<code>/<value xsi:type='CE'> per descrivere la Morfologia

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[CODICE]	Codice per la rappresentazione della morfologia
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.52 o 2.16.840.1.113883.6.51	Rispettivamente OID Sistema di codifica SNOMED Topology Code oppure SNOMED International

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Data: 20/06/2011 Stato: DEF


codeSystemName	ST	SNOMED Topology Code o SNOMED International	
displayName	ST	[DESCRIZIONE]	Descrizione della morfologia

<code>/<value xsi:type='CE'> per describe la Procedura di analisi

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[CODICE_PROCEDURA]	Codice per la procedura secondaria secondo la codifica SNOMED
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.96	OID Sistema di codifica SNOMED
codeSystemName	ST	SNOMED	
displayName	ST	[DESCRIZIONE_PROCEDURA]	Descrizione della procedura

<code>/<targetSiteCode>: per describe la Topografia

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[CODICE]	Codice per, la rappresentazione della topografia
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.52 o 2.16.840.1.113883.6.51	Rispettivamente OID Sistema di codifica SNOMED Topology Code oppure SNOMED International
codeSystemName	ST	SNOMED Topology Code o SNOMED International	

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

displayName	ST	[DESCRIZIONE]	Descrizione della topografia
-------------	----	---------------	------------------------------

Di seguito, un esempio della rappresentazione della diagnosi utilizzando la codifica SNOMED:

Esempio d'utilizzo:

```

<!-- Rappresentazione SNOMED della diagnosi -->
<component>
<section>
<!--
tag code (OBBLIGATORIO):
- code: identificativo univoco dell'indagine diagnostica da catalogo
prestazioni Italia
- codeSystem: OID HL7 Italia per catalogo prestazioni Italia
-->
<code
code="50.11"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11">
<!--
tag translation (OPZIONALE):
- nullFlavor = 'OTH'
- codeSystem: OID HL7 del catalogo prestazioni della Regione
-->
<translation
nullFlavor = 'OTH'
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.6.11"/>
</code>
<title>Codice SNOMED</title>
<!-- blocco narrativo -->
<text>
<table>
<tbody>
<tr>
<th>Topografico principale</th>
<th>Morfologico principale</th>
<th>Topografico secondario</th>
<th>Morfologico secondario</th>
</tr>
<tr>
<td><content ID="DATO-1">T-62000</content></td>
<td><content ID="DATO-2">M-78000</content></td>
<td><content ID="DATO-3">T-63000</content></td>
<td><content ID="DATO-4">M-43000</content></td>
</tr>
</tbody>
</table>
</text>
<!-- blocco strutturato -->

```




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

Tavolo permanente di Sanità Elettronica

Titolo: Specifiche tecniche per la creazione
del "Documento di Referto" secondo lo
standard HL7-CDA Rel. 2

Data: 20/06/2011
Stato: **DEF**


```
<entry>
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
<!-- Asse topografico principale -->
<code
code="29548-5"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC"
displayName="DIAGNOSIS"
codeSystemVersion="2.16">
<qualifier
code="22035-0"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC"
displayName="PRIMARY SITE"
codeSystemVersion="2.16"/>
</code>
<!--
Morfologia principale secondo la codifica SNOMED (Morfologia)
-->
<value xsi:type="CE"
code="M-78000"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.52"
codeSystemName="SNOMED Topology codes"
displayName="Morfologia abnormal"
codeSystemVersion="3">
<originalText>
<reference value="#DATO-2"/>
</originalText>
</value>
<!--
Sede principale della patologia secondo la codifica SNOMED
(Topografia)
-->
<targetSiteCode
code="T-62000"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.52"
codeSystemName="SNOMED Topology codes"
displayName="Polmone destro"
codeSystemVersion="3">
<originalText>
<reference value="#DATO-1"/>
</originalText>
</targetSiteCode>
</observation>
</entry>
<entry>
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
<!--Asse topografico secondario -->
<code
code="29548-5"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC"
```

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

displayName="DIAGNOSIS"
codeSystemVersion="2.16">
<qualifier
code="22036-0"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC"
displayName="SECONDARY SITE"
codeSystemVersion="2.16"/>
<originalText><reference value="#DATO-1"/></originalText>
</code>
<!--
Morfologia secondaria secondo la codifica SNOMED (Morfologia)
-->
<value xsi:type="CE"
code="M-43000"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.52"
codeSystemName="SNOMED Topology codes"
displayName="Morfologia abnormal"
codeSystemVersion="3">
<originalText>
<reference value="#DATO-4"/>
</originalText>
</value>
<!--
Procedura secondaria secondo la codifica SNOMED (Procedure)
-->
<value xsi:type="CE"
code="P1-03101 "
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
codeSystemName="SNOMED CT"
displayName="BIOPSIA ESCISSORIALE"/>
<!--
Sede principale della patologia secondo la codifica SNOMED
(Topografia)
-->
<targetSiteCode
code="T-63000"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.52"
codeSystemName="SNOMED Topology codes"
displayName="Polmone destro"
codeSystemVersion="3">
<originalText>
<reference value="#DATO-3"/>
</originalText>
</targetSiteCode>
</observation>
</entry>
</section>
</component>

```

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

Codice SNOMED

Topografico principale	Morfologico principale	Topografico secondario	Morfologico secondario
T-62000	M-78000	T-63000	M-43000

CONF-34: Il referto di anatomia patologica DEVE contenere esattamente una e sola sezione "Diagnosi". La sezione "Diagnosi" DEVE contenere un blocco narrativo e un blocco strutturato logicamente correlati tra loro.

CONF-35: La sezione "Diagnosi" deve contenere l'elemento Section / code.

CONF-35.1: Il valore per "Section / code" deve essere "22637-3" "Pathology report final diagnosis" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC.

4.3.1.3 Altre informazioni cliniche: <section>

Il dataset di riferimento adottato, classifica questa sezione come OPZIONALE.


Questa sezione è destinata ad accogliere informazioni (booleane) relative a:

- Positività neoplasia
- Familiarità neoplasia
- Precedenti esami istologici

La sottosezione relativa a queste informazioni, prevede un blocco narrativo e un blocco strutturato logicamente correlati. Devono essere imposte le seguenti informazioni:

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS		Codice
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.2.9.6.1	LOINC
codeSystemName	ST	LOINC	
displayName	ST	"Altre informazioni cliniche"	

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 20/06/2011 Stato: DEF
---	--	---

Il blocco strutturato riporterà una entry per ogni informazione clinica rappresentata, ciascuna contenente un elemento <observation> così strutturata:

Positività neoplasia


<observation>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	29548-5	Codice rappresentante la diagnosi secondo la codifica LOINC
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID Sistema di codifica LOINC
codeSystemName	ST	LOINC	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
displayName	ST	[DESCRIZIONE_PRESTAZIONE]	Fisso a 'DIAGNOSYS'

<code>/<value xsi:type='CE'> per descrivere la DIAGNOSI

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[CODICE]	Codice della diagnosi
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.2	OID Sistema di codifica ICD9-CM
codeSystemName	ST	ICD9-CM	
displayName	ST	[DESCRIZIONE_DIAGNOSI]	Descrizione della diagnosi

In caso di negatività (positività neoplasia uguale a NO) si riporterà la rappresentazione del risultato secondo la codifica SNOMED, così come rappresentato nell'elemento <value> per la familiarità neoplasia o precedenti esami istologici.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

Familiarità neoplasia

<observation>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	DF-00440	Codice per la rappresentazione della familiarità
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.96	OID Sistema di codifica SNOMED-CT
codeSystemName	ST	SNOMED-CT	
displayName	ST	'Familiar neoplastic disease (disorder)'	Descrizione della familiarità


<code>/<value xsi:type='CE'>

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	260385009 o 10828004	Codice per rappresentare l'esito (rispettivamente, negativo o positivo)
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.96	OID Sistema di codifica SNOMED-CT
codeSystemName	ST	SNOMED-CT	
displayName	ST	'negative' o 'positive'	Descrizione dell'esito

Precedenti esami istologici

<observation>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	373372005	Codice per la rappresentazione dei precedenti istologici

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Data: 20/06/2011 Stato: DEF

codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.96	OID Sistema di codifica SNOMED-CT
codeSystemName	ST	SNOMED-CT	
displayName	ST	'Histological grade finding (finding)'	Descrizione dei precedenti istologici

<code>/<value xsi:type='CE'>


Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	260385009 o 10828004	Codice per rappresentare l'esito (rispettivamente, negativo o positivo)
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.96	OID Sistema di codifica SNOMED-CT
codeSystemName	ST	SNOMED-CT	
displayName	ST	'negative' o 'positive'	Descrizione dell'esito

Il seguente esempio mostra una rappresentazione di queste informazioni:

```

<!-- Altre informazioni cliniche rappresentate nel referto -->
<component>
<section>
<!--
tag code (OBBLIGATORIO):
- code: identificativo univoco dell'indagine diagnostica da catalogo
prestazioni Italia
- codeSystem: OID HL7 Italia per catalogo prestazioni Italia
-->
<code
code="50.11"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11">
<!--
tag translation (OPZIONALE):
- nullFlavor = 'OTH'
- codeSystem: OID HL7 del catalogo prestazioni della Regione
-->

```

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

<translation
nullFlavor = 'OTH'
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.6.11"/>
</code>
<title>Altre informazioni cliniche</title>
<!-- Blocco narrativo -->
<text>
<table>
<tbody>
<tr>
<td><content ID="DATO-5">Positività neoplasia</content></td>
<td>SI</td>
</tr>
<tr>
<td><content ID="DATO-6">Familiarità neoplasia</content></td>
<td>NO</td>
</tr>
<tr>
<td>
<content ID="DATO-7">
Precedenti esami istologici
</content>
</td>
<td>SI</td>
</tr>
</tbody>
</table>
</text>
<!-- Entries (blocco strutturato) -->
<entry>
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
<!-- Positività neoplasia -->
<code
code="29548-5"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC"
displayName="DIAGNOSIS"
codeSystemVersion="2.16">
<originalText>
<reference value="#DATO-5"/>
</originalText>
</code>
<!-- Diagnosi secondo la codifica ICD9-CM -->
<value xsi:type="CE"
code="V1004"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2"
codeSystemName="ICD9CM"
displayName="Anamnesi personale di tumore maligno dello
stomaco"/>
</observation>
</entry>
<entry>

```



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

Tavolo permanente di Sanità Elettronica


Titolo: Specifiche tecniche per la creazione
del "Documento di Referto" secondo lo
standard HL7-CDA Rel. 2

Data: 20/06/2011
Stato: **DEF**

```
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
<!-- Familiarità neoplasia -->
<code
code="DF-00440"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
codeSystemName="SNOMED CT"
displayName="Familial neoplastic disease (disorder)"/>
<!--
Familiarità neoplasia 260385009 R-40759 negative 10828004 G-A200
positive
-->
<value xsi:type="CD"
code="260385009"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
codeSystemName="SNOMED CT"
displayName="negative"/>
</observation>
</entry>
<entry>
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
<!--
Familiarità neoplasia
Precedenti esami istologici
-->
<code
code="373372005"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
codeSystemName="SNOMED CT"
displayName="Histological grade finding (finding)"/>
<!--
Precedenti esami istologici 260385009 R-40759 negative 10828004
G-A200 positive
-->
<value xsi:type="CD"
code="260385009"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.96"
codeSystemName="SNOMED CT"
displayName="negative"/>
</observation>
</entry>
</section>
</component>
```

Altre informazioni cliniche

Positività neoplasia	SI
Familiarità neoplasia	NO
Precedenti esami istologici	SI

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

4.3.1.1 Commenti: <section>

Il dataset di riferimento adottato, classifica questa sezione come OPZIONALE.

Se presente, contiene nella parte testuale OBBLIGATORIA le informazioni integrative fornite a giudizio del patologo, come ad esempio le possibili fonti di metastasi, paragoni per campioni precedenti, indicazione di necessità di interventi chirurgici aggiuntivi o di nuovi prelievi o altri esami utili. Per la rappresentazione non è previsto l'utilizzo di un blocco strutturato, fatta eccezione per eventuali oggetti allegati a corredo del testo.

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	22638-1	Path report comments
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.2.9.6.1	LOINC
codeSystemName	ST	LOINC	
displayName	ST	Commenti	Path report comments

Esempio d'utilizzo:


```

<!-- Commenti -->
<component>
<section>
<title>Commenti</title>
<!-- Blocco narrativo -->
<text>
<paragraph>
.....
.....
</paragraph>
</text>
</section>
</component>

```

CONF-36: Il referto di anatomia patologica Può contenere esattamente una e sola sezione "Commenti". La sezione "Commenti" DEVE contenere un blocco narrativo e Può contenere clinical statement.

CONF-37: La sezione "Commenti" 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: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

CONF-37.1: Il valore per "Section / code" deve essere "22638-1" "Path report comments" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC.

4.3.1.1 Conclusioni: <section>

Il dataset di riferimento adottato, classifica questa sezione come OPZIONALE.

Se presente, contiene nella parte testuale OBBLIGATORIA le informazioni a conclusione dello studio. Per la rappresentazione non è previsto l'utilizzo di un blocco strutturato, fatta eccezione per eventuali oggetti allegati a corredo del testo.

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	22034-3	Pathology report total
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.2.9.6.1	LOINC
codeSystemName	ST	LOINC	
displayName	ST	Conclusioni	


Esempio d'utilizzo:

```

<!-- Conclusioni -->
<component>
<section>
<title>Conclusioni</title>
<!-- Blocco narrativo -->
<text>
<paragraph>
.....
.....
</paragraph>
</text>
</section>
</component>

```


CONF-38: Il referto di anatomia patologica Può contenere esattamente una e sola sezione "Conclusioni". La sezione "Conclusioni" DEVE contenere un blocco narrativo e non è

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

previsto l'utilizzo di un blocco strutturato, fatta eccezione per eventuali oggetti allegati a corredo del testo


CONF-39:La sezione "Conclusioni" deve contenere l'elemento Section / code.

CONF-39.1:Il valore per "Section / code" deve essere "22034-3" "Pathology report total" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---


5 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
[IBSE]	Strategia architetture 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?curent_file=361&curent_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.x</i>
[REFSAR]	MEDIR-Specifiche_tecniche_CDA_Referto_v12.00

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

Appendice A - Elenco OID

Le codifiche ufficiali e 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: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

Appendice B - Vocabolari

Di seguito vengono riportati i valori di riferimento per il completamento dei codici utilizzabili nel documento.

B.1 Codifiche allegati multimediali


Nota: insieme non esaustivo. Sono riportati unicamente i formati marcati come *required* e *recommended* dallo standard HL7 v3. Sono indicati quali formati devono essere obbligatoriamente supportati dallo standard.

Formato	Descrizione	Obbligatorio
text/plain	Semplice documento di testo ASCII	x
text/x-hl7-ft	Testo HL7 per retrocompatibilità con versione 2.xx	
text/html	HyperText Markup Language	
application/pdf	Portable Document Format	
text/rtf	Rich Text Format	
audio/basic	Singolo canale audio 8 bit PCM @8KHz	x
audio/mpeg	Formato audio compresso definito in ISO 11172-3 e 13818-3	x
image/png	Standard di compressione immagini senza perdite	x
image/jpeg	Alta compressione di immagini ancora in buona qualità	x
image/g3fax	Formato per applicazioni fax	
application/dicom	Tipo MIME definito in RFC3240	
video/mpeg	Standard internazionale per il video	x
model/vrml	Formato 3D per applicazioni di realtà virtuale	

B.2 Algoritmi di hashing

Algoritmi utilizzabili per il calcolo dell'impronta dei documenti. Viene suggerito l'algoritmo di default da utilizzare.

OID	Valore	Default
-----	--------	---------

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Data: 20/06/2011 Stato: DEF


1.3.14.3.2.26	SHA-1	x
2.16.840.1.101.3.4.2.1	SHA-256	

B.3 Unità di misura

Nota: insieme non esaustivo, estratto dalle specifiche UCUM riscontrabili sul web all'indirizzo: <http://aurora.rg.iupui.edu/UCUM/>, così come richiesto da HL7 v3.

Unità di misura:

Simbolo	Significato	Descrizione
m	metri	Lunghezze
g	grammi	Peso
s	secondi	Tempo
rad	radianti	Misurazione di angoli
K	Kelvin	Temperatura
°C	degree Celsius	Temperatura
mol	mole	Quantità di una sostanza
Hz	Hertz	Frequenza
Sv	Sievert	Dose equivalente di radiazioni
Gy	Gray	Dose equivalente energetica di radiazioni
Bq	Becquerel	Radioattività
V	Volt	Potenziale elettrico
F	Farad	Capacità elettrica
Ω	Ohm	Resistenza elettrica
S	Siemens	Conduttanza elettrica
T	Tesla	Densità del flusso magnetico
H	Henry	Induttanza
A	Ampere	Intensità di corrente
W	Watt	Potenza
J	Joule	Energia
Pa	Pascal	Pressione
N	Newtow	Forza
L	Liter	Volume
bar	Bar	Pressione
cal	Caloria	Calorie
pH	pH	Grado di acidità
HPF	High Power Field	Area visibile al microscopio
LPF	Low Order Field	Area visibile al microscopio
dpt	Diopter	Diottria
S	Svedberg	Unità di sedimentazione
kat	Katal	Attività catalitica

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Data: 20/06/2011 Stato: DEF

U	Unit	Attività catalitica
Np	Neper	Unità di livello
B	Bel	Unità di livello


Quantificatori:

Simbolo	Significato	Descrizione
ppth	Part Per Thousands	Parti Per Migliaia
ppm	Part Per Million	Parti Per Milione
ppb	Part Per Billion	Parti Per Miliardo
10*	Ten to the power of	Potenza di dieci
<i>n</i>	<i>exponent</i>	Esponente a cui elevare l'unità di misura (ad es. mm ³ = millimetri cubici): intero scritto immediatamente dopo l'unità di misura stessa
P	Peta	10*15
T	Tera	10*12
G	Giga	10*9
M	Mega	10*6
k	Kilo	10*3
h	Hetto	10*2
da	Deca	10*1
d	Deci	10*-1
c	Centi	10*-2
m	Milli	10*-3
□	Micro	10*-6
n	Nano	10*-9
p	Pico	10*-12
f	Femto	10*-15

B.4 Elenco OID suddiviso per gruppi

Vocabolari:

OID	Descrizione
2.16.840.1.113883.6.1	LOINC
2.16.840.1.113883.6.2	ICD9-CM
2.16.840.1.113883.6.3	ICD10
2.16.840.1.113883.6.3.1	ICD10-AE
2.16.840.1.113883.6.3.2	ICD10-DUT
2.16.840.1.113883.6.3.3	DMD-ICD10
2.16.840.1.113883.6.4	SNOMED-CT


	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

Schemi di identificazione esterna:

OID	Descrizione
2.16.840.1.113883.2.9.4.1	Ministero della Salute
2.16.840.1.113883.2.9.4.2	ISTAT
2.16.840.1.113883.2.9.4.3	Ministero dell'Economia e delle Finanze
2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2	Ministero dell'Economia e delle Finanze - Codice Fiscale

Dizionari esterni:

OID	Descrizione
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.4	Ministero della Salute - ICD9
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5	Ministero della Salute - AIC
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.6	Ministero della Salute - Trauma
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.7	Ministero della Salute - Modalità Dimissione
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.8	Ministero della Salute - Motivo Ricovero
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.9	Ministero della Salute - Disciplina
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.10	Ministero della Salute - Branca
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11	Ministero della Salute - Prestazione
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.12	Ministero della Salute - ATC
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.13	Ministero della Salute - Onere Degenza
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.14	Ministero della Salute - Proposta di Ricovero
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.15	Ministero della Salute - Stato Civile
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.16	Ministero della Salute - Tipo Ricovero
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.17	Ministero della Salute - AFO
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.18	Ministero della Salute - Status
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.19	Ministero della Salute - Tipologia Assistiti
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.20	Ministero della Salute - Prestazioni Extra
2.16.840.1.113883.2.9.6.1.21	Ministero della Salute - Tipologia Esecuzione
2.16.840.1.113883.2.9.6.2.1	ISTAT - Titolo di Studio
2.16.840.1.113883.2.9.6.2.2	ISTAT - Attività Economiche
2.16.840.1.113883.2.9.6.2.3	ISTAT - Professioni
2.16.840.1.113883.2.9.6.2.4	ISTAT - ICD10
2.16.840.1.113883.2.9.6.2.6	ISTAT - Nomenclature Territoriali
2.16.840.1.113883.2.9.6.2.7	ISTAT - Occupazioni
2.16.840.1.113883.2.9.6.2.8	ISTAT - Educazione

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica	Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2
	Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Data: 20/06/2011 Stato: DEF

Appendice C - Codifiche Internazionali

C.1 Specialità di Laboratorio: LOINC


Si riportano le codifiche LOINC per le diverse specialità di laboratorio.

Codice	Descrizione
18717-9	BLOOD BANK STUDIES
18718-7	CELL MARKER STUDIES
18719-5	CHEMISTRY STUDIES
18720-3	COAGULATION STUDIES
18721-1	THERAPEUTIC DRUG MONITORING STUDIES
18722-9	FERTILITY STUDIES
18723-7	HEMATOLOGY STUDIES
18724-5	HLA STUDIES
18725-2	MICROBIOLOGY STUDIES
18727-8	SEROLOGY STUDIES
18728-6	TOXICOLOGY STUDIES
18729-4	URINALYSIS STUDIES
18767-4	BLOOD GAS STUDIES
18768-2	CELL COUNTS+DIFFERENTIAL STUDIES
18769-0	MICROBIAL SUSCEPTIBILITY STUDIES
26435-8	MOLECULAR PATHOLOGY STUDIES
26436-6	LABORATORY STUDIES
26437-4	CHEMISTRY CHALLENGE STUDIES
26438-2	CYTOLOGY STUDIES

C.2 Codici di sezione: LOINC

Si riportano le codifiche LOINC per le diverse sezioni che è possibile inserire all'interno di un referto RADIOLOGICO, insieme alla codifica DICOM DCM.

DCM	Descrizione DCM	LOINC	Descrizione LOINC
121060	History	11329-0	History general
121062	Request		
121064	Current Procedure Descriptions		
121066	Prior Procedure Descriptions		
121068	Previous Findings	18834-2	Radiology Comparison Study Observation
121070	Findings	18782-3	Radiology Study Observation
121072	Impressions	19005-8	Radiology Impression


	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

121074	Recommendations	18783-1	Radiology Study Recommendation
121076	Conclusions		
121078	Addendum		
121109	Indications for Procedure	18785-6	Radiology Reason for Study
121110	Patient Presentation		
121113	Complications		
121111	Summary		
121180	Key Images		

C.3 Sistema di classificazione: ICD9-CM

Tutte le informazioni ed i codici relativi al sistema di classificazione ICD9-CM, versione italiana possono essere reperiti all'indirizzo web:


http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/ric_codice/default.jsp

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

Appendice D - Ipotesi di composizione dello IUD

D1 – 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)	numero progressivo della prescrizione	alfanumerico	a livello regionale	gestito mediante smartcard dell'operatore
	codice prescrittore			
	check digit			

	Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica Tavolo permanente di Sanità Elettronica	Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 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

D2 – Ipotesi di normalizzazione dello IUD

Il requisito fondamentale dell'id del documento è che esso sia univoco sull'intero dominio nazionale del FSE in vista della futura federazione dei 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 di valorizzare l'attributo **root** con l'OID assegnato ad ogni ASL/AO distribuita sul territorio nazionale.

L'attributo **extension**, invece, riporterebbe una codifica univoca per un 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'identificativo <ID OPERATORE>.
- <ID OPERATORE> è l'ID univoco assegnato dalla struttura competente ad ogni attore in grado di interagire con il 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 dell'ID (5 caratteri alfanumerici).

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

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


(normativa)

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: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

Appendice F - Clinical Document Architecture: Panoramica

(informativa)

Nel seguito di questa appendice viene fornita una panoramica dello standard HL7-CDA Rel. 2.0 in relazione agli elementi utili ai fini della strutturazione del referto come definito dalla normativa vigente. 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.

F1 - 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, 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.

F1.1 - L'HL7 Reference Information Model (RIM) e la 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: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 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>.

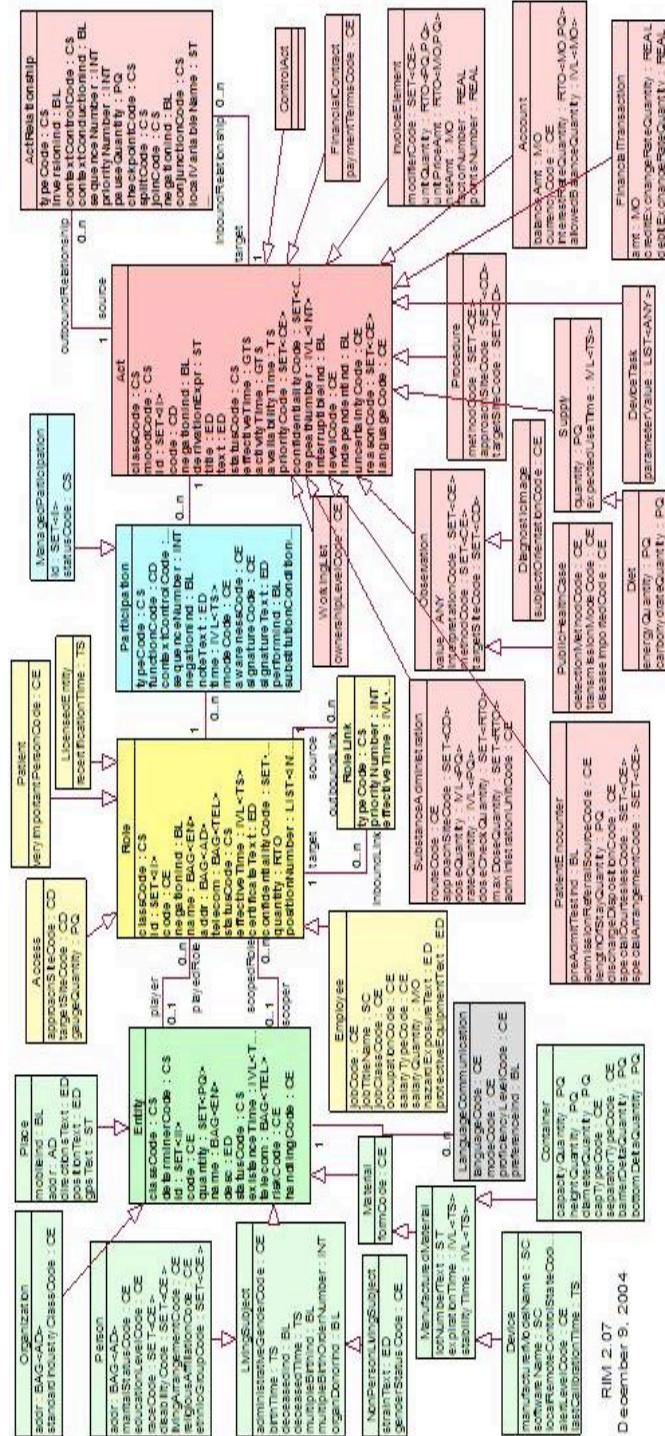



Figura 2 – HL7 Normative Class: FoundationClasses Subject Area

Dal RIM vengono derivati, in modo formale, i modelli D-MIM (*Domain Message*

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

*Information Model*¹¹) e successivamente R-MIM (*Refined Message Information Model*¹²) e, infine, l'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.

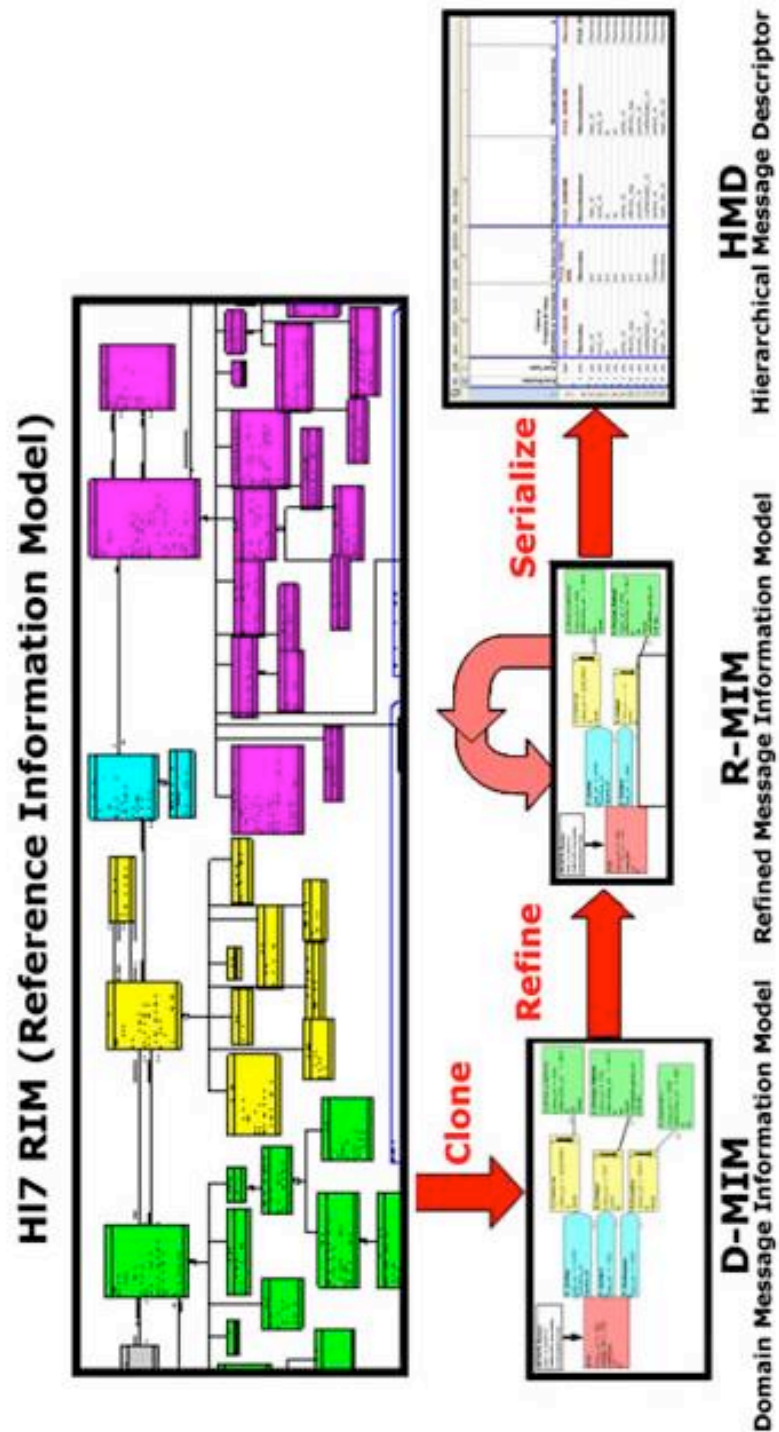



Figura 3 – Processo di generazione dei messaggi/documenti HL7v3

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

HL7 ha prodotto una serie di standard basati sul RIM tra i quali rientra il *Clinical Document Architecture Release 2*, su cui è basato il presente documento, rilasciato con codice **ANSI/HL7 CDA, R2-2005 il 04/21/2005**.

F2 - 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 contenute.

Lo standard HL7-CDA Rel. 2.0 fornisce in tale ambito delle specifiche norme che tale 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,

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.

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

estensioni), la completa conformità allo standard.

F2.1 - 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]
  
```


	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 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 dalle specifiche HL7.

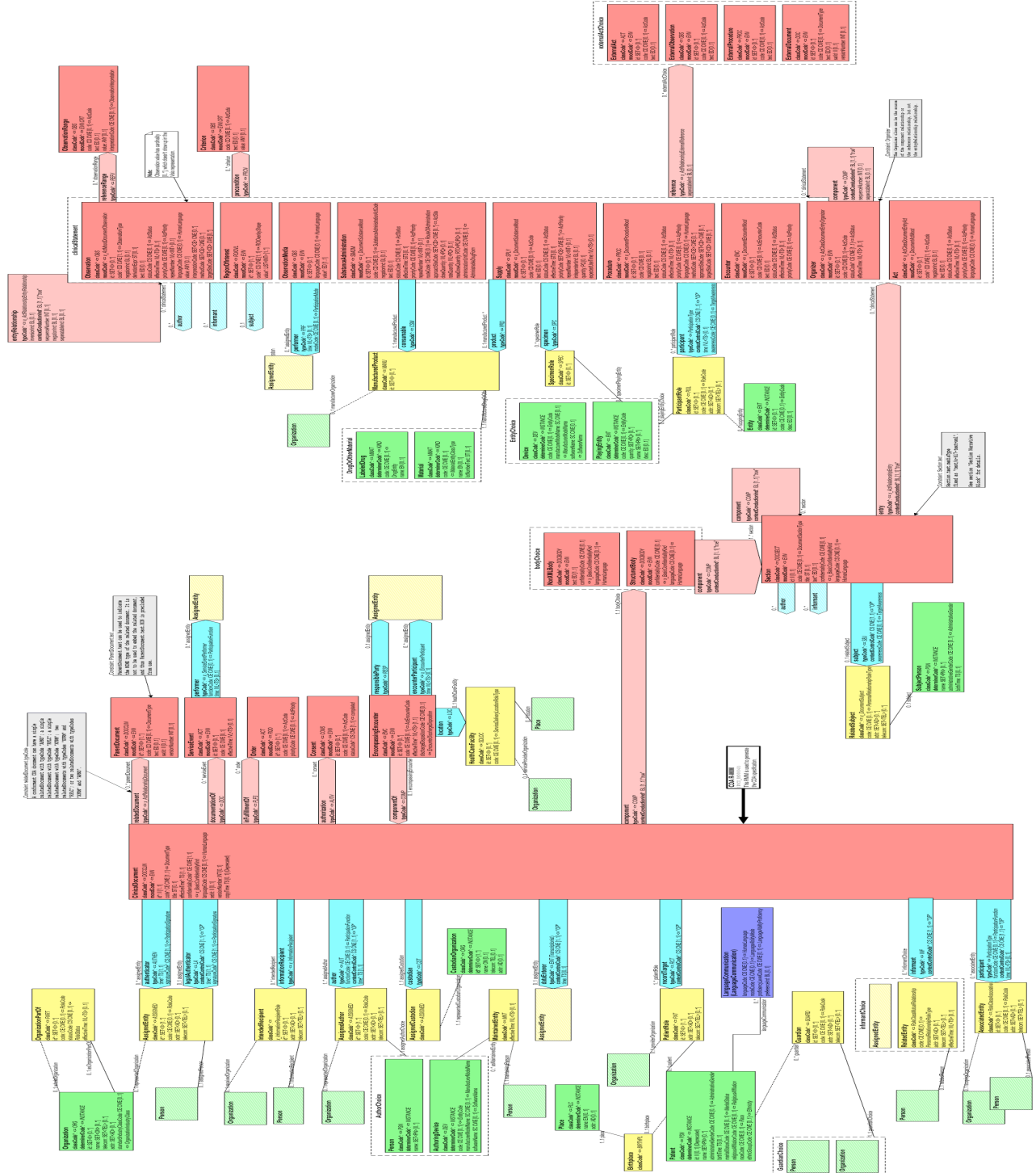




Figura 4 – Modello R-MIM (Refined Message Information Model) completo del CDA Rel. 2.0

	<p>Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica</p> <p>Tavolo permanente di Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011</p> <p>Stato: DEF</p>
---	---	--

F2.2 - 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: Specifiche tecniche per la creazione del "Documento di Referto" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 20/06/2011 Stato: DEF</p>
---	---	---

F2.3 - CDA Body

Di seguito si riportano i **principali** componenti del body del 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)
act	<act>	</act>	Azione generica