



HL7 Italia

www.hl7italia.it

Implementation Guide
Clinical Document Architecture (CDA) Rel. 2

Profilo Sanitario Sintetico ***(Patient Summary)***

(IT Realm)

Normativo

Versione 1.3
Novembre 2019

Questo documento¹

Titolo (dc:title):	HL7 Italia Implementation Guide per CDA R2 - Profilo Sanitario Sintetico
Data (dc:date):	08/11/2019
Status/Versione (hl7italia:version):	v01.3 – Standard Informativo
Sostituisce (dc:relation.replaces):	v1.2
Diritti di accesso (dc:right.accessRights)	Documento pubblico
Nome File (hl7it:fileName):	HL7It-IG_CDA2_PSS-v1.3_S.docx
Approvato da (hl7it:isRatifiedBy):	Comitato Tecnico Strategico HL7 IT
Emesso da: (dc:publisher):	[HL7 Italia]

Partecipanti alla redazione:

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

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

REGISTRO DELLE MODIFICHE

Versione	Stato	Data	Commenti
1.0	Ballot 01	14/04/2011	Prima emissione ballot
1.1	Ballot 02	22/09/2011	Seconda emissione ballot
1.1	Normativo	23/11/2011	Normativo – prima emissione
1.2	Ballot 01	27/05/2015	Prima emissione ballot della versione revisionata ai sensi del DPCM su FSE
1.2	Normativo	24/11/2015	Normativo – Seconda emissione
1.3	Ballot 01	10/03/2019	Prima emissione ballot della versione revisionata
1.3	Ballot 02	07/10/2019	Seconda emissione ballot
1.3	Normativo	08/11/2019	Normativo – terza emissione

SOMMARIO

1	INTRODUZIONE	9
1.1	SCOPO DEL DOCUMENTO	9
1.2	CONTESTO DI RIFERIMENTO	9
1.3	A CHI È INDIRIZZATO IL DOCUMENTO	10
1.4	CONTRIBUTI	10
1.5	RIFERIMENTI	12
1.6	USO DEI TEMPLATE	13
1.7	CONVENZIONI	13
1.7.1	Requisiti di Conformità	13
1.7.2	Notazioni specifiche	13
1.7.3	Convenzioni utilizzate	14
1.7.4	Esempi xml	15
1.7.5	OID di test	15
1.8	PROPEDEUTICITÀ	15
1.9	ATTESTAZIONE DI CONFORMITÀ	15
1.10	ACRONIMI E DEFINIZIONI	17
2	CDA RELEASE 2 – PROFILO SANITARIO SINTETICO	18
2.1	CDA CONFORMANCE	18
2.1.1	Responsabilità del “Recipient”	18
2.1.2	Responsabilità dell’ “Originator”	19
2.2	RENDERING DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL DOCUMENTO CDA	20
3	CDA HEADER	21
3.1	CLINICALDOCUMENT	21
3.1.1	ClinicalDocument/realmCode	21
3.1.2	ClinicalDocument/typeld	22
3.1.3	ClinicalDocument/templated	22
3.1.4	ClinicalDocument/id	22
3.1.5	ClinicalDocument/code	23
3.1.6	ClinicalDocument/title	23

3.1.7	ClinicalDocument/effectiveTime	23
3.1.8	ClinicalDocument/confidentialityCode	23
3.1.9	ClinicalDocument/languageCode	23
3.1.10	ClinicalDocument/setId e ClinicalDocument/versionNumber	24
3.2	PARTICIPANTS.....	24
3.2.1	recordTarget.....	24
3.2.2	author.....	27
3.2.3	custodian	28
3.2.4	authenticator	28
3.2.5	legalAuthenticator.....	29
3.2.6	informationRecipient	30
3.2.7	dataEnterer.....	30
3.2.8	informant.....	30
3.2.9	participant	30
3.2.10	inFulfillmentOf	34
3.2.11	documentationOf.....	34
3.2.12	relatedDocument	34
3.2.13	authorization.....	34
3.2.14	componentOf	35
4	CDA STRUCTURED BODY	36
4.1	GENERALITÀ	36
4.2	MAPPATURA CLASSI INFORMATIVE	37
4.3	ALLERGIE E INTOLLERANZE	43
4.3.1	Requisiti di sezione	44
4.3.2	Allergia o Intolleranza	45
4.3.3	Osservazione Allergia o Intolleranza	46
4.4	TERAPIE FARMACOLOGICHE (MEDICATIONS).....	60
4.4.1	Requisiti di sezione	60
4.4.2	Terapia	61
4.4.3	Dettagli Farmaco	64
4.4.4	Indicazione Assenza Terapie note.....	67
4.5	VACCINAZIONI (IMMUNIZATIONS)	68

4.5.1	Requisiti di Sezione	69
4.5.2	Vaccinazione	69
4.5.3	Dettagli Vaccino	72
4.6	LISTA DEI PROBLEMI (PROBLEMS)	76
4.6.1	Requisiti di sezione	77
4.6.2	Problema	78
4.6.3	Dettagli problema	79
4.7	ANAMNESI FAMILIARE (FAMILY HISTORY)	86
4.7.1	Requisiti di sezione	86
4.7.2	Organizer Anamnesi Familiare	88
4.7.3	Dettaglio Anamnesi Familiare	89
4.8	STILE DI VITA (SOCIAL HISTORY)	95
4.8.1	Requisiti di Sezione	95
4.8.2	Osservazione su Stile di Vita	96
4.9	GRAVIDANZE E PARTO (HISTORY OF PREGNANCIES)	100
4.9.1	Requisiti di Sezione	100
4.9.2	Gravidanze, parti, stato mestruale	101
4.10	PARAMETRI VITALI (VITAL SIGNS)	104
4.10.1	Requisiti di sezione	104
4.10.2	Organizer Parametri Vitali	105
4.10.3	Osservazione Parametri Vitali	106
4.11	PROTESI, IMPIANTI E AUSILI (MEDICAL EQUIPMENT)	109
4.11.1	Requisiti di sezione	109
4.11.2	Dettaglio Protesi Impianti Ausili	110
4.11.3	Indicazione Assenza Protesi Impianti Ausili	111
4.12	PIANI DI CURA (PLAN OF CARE)	112
4.12.1	Requisiti di sezione	112
4.12.2	Dettagli Attività Piano di Cura	113
4.13	TRATTAMENTI E PROCEDURE TERAPEUTICHE, CHIRURGICHE E DIAGNOSTICHE (PROCEDURES) 121	
4.13.1	Requisiti di sezione	121
4.13.2	Procedura	122

4.14	VISITE E RICOVERI (ENCOUNTERS)	125
4.14.1	Requisiti di sezione	125
4.14.2	Dettagli Visita o Ricovero	126
4.15	STATO FUNZIONALE DEL PAZIENTE (FUNCTIONAL STATUS)	128
4.15.1	Requisiti di sezione	128
4.15.2	Capacità motoria.....	129
4.15.3	Regime di assistenza.....	129
4.16	INDAGINI DIAGNOSTICHE E ESAMI DI LABORATORIO (RESULTS).....	133
4.16.1	Requisiti di sezione	133
4.16.2	Organizer Risultati.....	134
4.16.3	Dettaglio Risultato	135
4.17	ASSENSO/DISSENSO DONAZIONE ORGANI (ADVANCE DIRECTIVES)	139
4.17.1	Requisiti di sezione	139
4.18	ESENZIONI.....	141
4.18.1	Requisiti di sezione	141
4.18.2	Esenzione	142
4.19	RETI DI PATOLOGIA	145
4.19.1	Requisiti di sezione	145
4.19.2	Rete di Patologia	146
5	APPENDICE A: TABELLA DI SINTESI DEGLI ELEMENTI DEFINITI NEL TEMPLATE.....	148
5.1	ALLERGIE E INTOLLERANZE (ALERTS)	149
5.2	TERAPIE FARMACOLOGICHE (MEDICATIONS).....	152
5.3	VACCINAZIONI (IMMUNIZATIONS)	154
5.4	LISTA DEI PROBLEMI (PROBLEMS)	156
5.5	ANAMNESI FAMILIARE (FAMILY HISTORY)	158
5.6	STILE DI VITA (SOCIAL HISTORY)	159
5.7	GRAVIDANZE E PARTO (HISTORY OF PREGNANCIES).....	161
5.8	PARAMETRI VITALI (VITAL SIGNS).....	161
5.9	PROTESI, IMPIANTI E AUSILI (MEDICAL EQUIPMENT)	164
5.10	PIANI DI CURA (PLAN OF CARE)	164
5.11	TRATTAMENTI E PROCEDURE TERAPEUTICHE, CHIRURGICHE E DIAGNOSTICHE (PROCEDURES)	166

5.12	VISITE O RICOVERI (ENCOUNTERS)	167
5.13	STATO FUNZIONALE DEL PAZIENTE (FUNCTIONAL STATUS)	168
5.14	INDAGINI DIAGNOSTICHE E ESAMI DI LABORATORIO (RESULTS).....	168
5.15	ASSENSO / DISSENSO DONAZIONE ORGANI (ADVANCE DIRECTIVES).....	169
5.16	ESENZIONI (REASON FOR CO-PAYMENT EXEMPTION)	169
5.17	RETI DI PATOLOGIA (RETI DI PATOLOGIA)	171
6	APPENDICE B: OID E VOCABOLARI.....	173
6.1	TEMPLATE ID IN QUESTA GUIDA	173
6.2	VOCABOLARI.....	175
6.2.1	Value Set.....	175
7	APPENDICE C: MAPPING CON VALUE SET SNOMED CT	202
7.1.1	Tipo allergia/intolleranza	202
7.1.2	Codice Reazione	202
7.1.3	Codice Vaccino	204
7.1.4	Stato clinico del problema	206
7.1.5	Osservazione sulla social history	207
7.1.6	Problem code	207

1 INTRODUZIONE

1.1 Scopo del Documento

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

1.2 Contesto di Riferimento

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

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

Dalla definizione dello schema di DPCM sul FSE:

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

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

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

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

1.3 A chi è indirizzato il documento

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

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

1.4 Contributi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

85 1.5 Riferimenti

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

1.6 Uso dei template

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

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

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

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

120 1.7 Convenzioni

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

1.7.1 Requisiti di Conformità

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

125

CONF-PSS-999 La sezione "Terapie Farmacologiche" (LOINC: "10160-0", " Storia di uso di farmaci") **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2".

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

1.7.2 Notazioni specifiche

135 Nel documento vengono utilizzate le seguenti notazioni specifiche:

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

140 1.7.3 Convenzioni utilizzate

Nella definizione dei requisiti, delle specifiche e delle regole descritte nei documenti sono utilizzate le parole chiave **DEVE, NON DEVE, OBBLIGATORIO, VIETATO, DOVREBBE, CONSIGLIATO, NON DOVREBBE, SCONSIGLIATO, PUÒ, OPZIONALE** che devono essere interpretate in conformità con RFC2119².

145

In particolare:

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

155

160

165

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

170

I vincoli sui Value set possono essere "STATIC," che significa che sono vincolati ad una specifica versione del value set, o "DYNAMIC," che significa che sono vincolati alla più recente versione del value set. Si usa un formalismo semplificato quando il binding è riferito ad un singolo codice.

175

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

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

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

1.7.4 Esempi xml

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

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

190

1.7.5 OID di test

195 Si osserva che tutti gli OID relativi al "ramo" "99" sono OID non permanenti usati solo a titolo esemplificativo per test e/o debugging, non devono pertanto essere utilizzati nella produzione di istanze di documenti CDA.

1.8 Propedeuticità

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

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

1.9 Attestazione di conformità

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

Tale Identificativo per il documento descritto da questa guida è: 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.1.1, versione 1.3.

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

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

```
215 <ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3">
    <typeId extension="POCD_HD000040" root="2.16.840.1.113883.1.3"/>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.4.1.1" extension="1.3"/>
    ...
</ClinicalDocument>
```

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

225

Per attestare l'aderenza di un "modulo" alle specifiche di questa guida, si dovrà utilizzare l'elemento *templateId* come segue:

```
<section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.99.99"/>
230 ...
    <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.99.99.99"/>
        ...
    </observation>
235 </section>
```

1.10 Acronimi e definizioni

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

Tabella 1: Acronimi e definizioni

240 2 CDA RELEASE 2 – PROFILO SANITARIO SINTETICO

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

245 2.1 CDA Conformance

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

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

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

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

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

2.1.1 Responsabilità del “*Recipient*”

- 270 • **Header CDA**: un “*Recipient*” di documenti CDA deve essere in grado di effettuare il parsing e l’interpretazione di tutto il contenuto informativo dell’Header CDA. Per quanto concerne il rendering dell’Header del documento CDA, le applicazioni potrebbero scegliere di visualizzare dei dati anagrafici oppure altri dati contenuti nel

³ La validazione di una istanza rispetto allo schema XSD – una volta rimosse tutte le estensioni - è una condizione necessaria, ma non sufficiente per la validità dell’istanza stessa.

- 275 CDA Header ed è per questo motivo che l'implementazione del rendering del documento CDA Header è a discrezione del "Recipient". Il rendering del documento CDA Header può dipendere anche dagli obiettivi di business dei singoli applicativi (es. organizzazione di un fascicolo sanitario elettronico, costruzione di un repository di dati clinici anonimi; etc). Si osserva che, laddove l'applicazione che origina i documenti CDA, vuole suggerire un particolare rendering, allora essa includerà assieme al documento scambiato, uno o più xml style sheet. Comunque l'uso di questi style sheet è a discrezione del "Recipient".
- 280 • **Body CDA Livello 2:** un "Recipient" di documenti CDA deve essere in grado di effettuare il parsing e l'interpretazione del Body CDA per garantire il rendering delle informazioni contenute nel Body a partire dall'applicazione di queste regole:
- 285 ○ Se il CDA Body è di tipo non-XML, allora è necessario che il rendering del Body venga effettuato da un applicativo software che riconosca il particolare formato MIME media type con cui è stato allegato il documento clinico;
 - Se il CDA Body è di tipo strutturato, allora deve essere effettuato il rendering dell'etichetta della section che, per convenzione, viene inserita nell'elemento Section.title. L'assenza del Section.title implica che la section non è etichettata;
 - 290 ○ Se il CDA Body è di tipo strutturato, allora deve essere effettuato il rendering del contenuto dell'elemento Section.text secondo le regole definite dallo schema (NarrativeBlock.xsd) che definiscono la cosiddetta Section Narrative Block (es. interpretazione degli elementi che vengono utilizzati all'interno della Section.text per la formattazione del testo come ad esempio
, <table>, <list>, etc. e per i riferimenti alla parte Machine Readable del Body come per esempio <renderMultiMedia>, etc.).
- 295
- 300 • **Body CDA Livello 3 (CDA Entry):** ad un "Recipient" di documenti CDA non è richiesto di effettuare il parsing e l'interpretazione completa delle Entry contenute nel Body CDA. Si osserva che è possibile per gli applicativi che si scambiano documenti CDA, estendere le responsabilità degli *Application Role* a livello locale, in modo tale da interpretare alcune particolari Entry.

2.1.2 Responsabilità dell'"Originator"

- 305 • **Correttezza della struttura del CDA Narrative Block:** un "Originator" di documenti CDA deve assicurare che quella particolare porzione del Body del documento CDA afferente al Narrative Block, venga strutturata in modo tale che il "Recipient" sia in grado di effettuare il rendering del documento in aderenza alle proprie responsabilità (vedi "Recipient"). Questo si traduce nelle seguenti regole:
- 310 ○ Se il CDA Body è di tipo strutturato, l'etichetta della section deve, per convenzione, essere gestita nell'elemento Section.title. L'assenza del Section.title implica che la section non è etichettata;
 - Se il CDA Body è di tipo strutturato, la parte narrative della section deve essere gestita nell'elemento Section.text, anche se alcune informazioni sono riportate nelle Entry del CDA. I riferimenti multimediali all'interno del

- 315 Narrative Block devono essere corrisposti dalle Entry di tipo ObservationMedia e/o di tipo RegionOfInterest.
- Se il CDA Body è di tipo strutturato, il contenuto dell'elemento Section.text deve essere generato a partire dalle regole definite per la generazione della Section Narrative Block (NarrativeBlock.xsd – vedi paragrafo 4.3.5 in “HL7 Clinical Document Architecture, Release 2- 4/21/2005”)
- 320 • **Codifica del Narrative Block in CDA entry:** Ad un “Originator” di documenti CDA non è richiesto di codificare tutto il contenuto informativo del Narrative Block in CDA Entry all'interno del CDA Body.

325 2.2 Rendering delle informazioni contenute nel documento CDA

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

330

3 CDA HEADER

335

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

3.1 clinicalDocument

340

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

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

345

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

CONF-PSS-1 Le istanze **NON DOVREBBERO** includere l'elemento *xsi:schemaLocation*⁴.

Esempio di utilizzo:

350

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

355

3.1.1 ClinicalDocument/realmCode

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

360

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

365

CONF-PSS-2 Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *ClinicalDocument/realmCode*, con l'attributo *code* valorizzato ad "*IT*".

⁴ "The xsi:schemaLocation element is not recommended by the XML ITS because of security risks. Receivers who choose to perform validation should use a locally cached schema." Da Progetto CDA4CDT (ripreso anche da IHE PCC).

Esempio di utilizzo:

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

370 3.1.2 ClinicalDocument/typeld

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

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

3.1.3 ClinicalDocument/templated

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

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

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

385 **CONF-PSS-3** Almeno un *ClinicalDocument/templated* **DEVE** avere valore *clinicalDocument/templated/@root* uguale a "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.1.1" e *clinicalDocument/templated/@extension* uguale a "1.3".

Esempio di utilizzo:

```
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.1.1" extension="1.3"/>
```

390

3.1.4 ClinicalDocument/id

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

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

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

3.1.5 ClinicalDocument/code

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

CONF-PSS-4 Il valore per *ClinicalDocument/code* **DEVE** essere valorizzato con il codice LOINC "60591-5" "Profilo Sanitario Sintetico" "2.16.840.1.113883.6.1" LOINC STATIC.

3.1.6 ClinicalDocument/title

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

CONF-PSS-5 L'elemento *ClinicalDocument/title* **DOVREBBE** essere valorizzato a "Profilo Sanitario Sintetico".

3.1.7 ClinicalDocument/effectiveTime

410 Elemento **OBBLIGATORIO** che indica la data di creazione del documento.

L'elemento value di *ClinicalDocument/effectiveTime* **DEVE** essere valorizzato nel formato YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz (Anno, mese, giorno, ora, minuti, secondi. ZZzz rappresenta l'offset rispetto al tempo di Greenwich - GMT - Greenwich Mean Time). La data di creazione del documento **DEVE** quindi essere espressa con precisione al secondo e

415 **DEVE** riportare l'offset rispetto all'ora di Greenwich; per l'Italia tale valore può essere quindi +0100 o +0200 a seconda che si sia in condizioni di ora legale o solare.

3.1.8 ClinicalDocument/confidentialityCode

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

420

La gestione del livello di riservatezza/oscuramento è esterna al documento PSS.

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

425 **CONF-PSS-6** L'elemento *ClinicalDocument/confidentialityCode* **DEVE** riportare l'attributo code valorizzato con uno dei valori "N" or "R" or "V", l'attributo @codeSystem valorizzato con "2.16.840.1.113883.5.25", l'attributo @codeSystemName valorizzato con "Confidentiality".

3.1.9 ClinicalDocument/languageCode

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

430 **CONF-PSS-7** L'attributo *ClinicalDocument/languageCode/@code* **DOVREBBE** essere valorizzato "it-IT".

3.1.10 ClinicalDocument/setId ClinicalDocument/versionNumber

e

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

440 **CONF-PSS-8** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *ClinicalDocument/setId* ed uno ed solo elemento *ClinicalDocument/versionNumber*.

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

445 3.2 Participants

3.2.1 recordTarget

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

450 **CONF-PSS-9** La molteplicità dell'elemento *recordTarget* **DEVE** essere uguale ad 1.

3.2.1.1 *recordTarget/patientRole*

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

455 Si rimanda al documento Rif. 8 per ulteriori dettagli.

3.2.1.2 *recordTarget/patientRole/id*

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

460

CONF-PSS-10 Nel caso in cui il soggetto sia di cittadinanza italiana, o straniero residente, (iscritti al SSN) l'elemento *recordTarget/patientRole* **DEVE** contenere almeno un elemento *id*, di cui uno con *@root* valorizzato a "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" ed *@extension* valorizzato con il Codice Fiscale del soggetto.

465

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

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

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

480

3.2.1.3 *recordTarget/patientRole/addr*

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

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

485

CONF-PSS-11 DEVE essere presente almeno un elemento *recordTarget/patientRole/addr/* di cui uno abbia l'attributo *@use* valorizzato con "HP" (primary home)

Si osserva che:

- 490
- per indicare l'indirizzo di domicilio si utilizza il valore *@use* ="HP" (primary home);
 - per indicare l'indirizzo di residenza si utilizza il valore *@use* ="H" (home);

CONF-PSS-12 Se l'attributo *recordTarget/patientRole/addr/@use* è uguale a "HP" (Domicilio), allora l'elemento *addr/postalCode* **DEVE** essere valorizzato con CAP del domicilio.

495

CONF-PSS-13 Se l'attributo *recordTarget/patientRole/addr/@use* è uguale a "HP" (Domicilio), allora l'elemento *addr/streetAddressLine* **DEVE** essere valorizzato con il l'indirizzo di domicilio.

500

CONF-PSS-14 Se l'attributo *recordTarget/patientRole/addr/@use* è uguale a "HP" (Domicilio), allora l'elemento *addr/censusTract* **DEVE** essere valorizzato con il codice ISTAT del comune di domicilio.

3.2.1.4 *recordTarget/patientRole/telecom*

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

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

510

Esempi di implementazione:

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

515

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

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

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

520 **CONF-PSS-15** L'elemento *recordTarget/patientRole* **PUÒ** contenere un elemento *telecom* in cui sono riportati i riferimenti (e-mail; PEC; telefono fisso o mobile;..) necessari per contattare l'assistito.

3.2.1.5 *recordTarget/patientRole/patient*

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

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

CONF-PSS-16 Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento *recordTarget/patientRole/patient*.

535 **CONF-PSS-17** L'elemento *patientRole/patient* **DEVE** contenere l'elemento *patient/name* con i suoi sotto-elementi *name/given* (Nome) e *name/family* (Cognome)

CONF-PSS-18 L'elemento *patientRole/patient* **DEVE** contenere l'elemento *patient/administrativeGenderCode* (sesso)

540

CONF-PSS-19 L'elemento *patientRole/patient* **DEVE** contenere l'elemento *patient/birthTime* (data di nascita)

545 **CONF-PSS-20** L'elemento *patientRole/patient* **DEVE** contenere l'elemento *patient/birthPlace/place/addr/censusTract* che riporta il codice ISTAT del luogo di nascita dell'assistito.

3.2.1.6 *recordTarget/patientRole/patient/guardian*

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

555 **CONF-PSS-21** Il documento **PUÒ** includere un elemento *recordTarget/patientRole/patient/guardian*. Tale elemento **DOVREBBE** essere valorizzato se riferito ad un individuo soggetto a podestà familiare o tutela legale.

3.2.2 author

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

560

CONF-PSS-22 **DEVE** esistere uno ed un solo elemento *clinicalDocument/author/assignedAuthor/assignedPerson*.

565

CONF-PSS-23 L'autore di questo documento **DEVE** essere un medico di famiglia (MMG, PLS o assimilato).

570

CONF-PSS-24 L'elemento *author/assignedAuthor* **DEVE** contenere un elemento *id* con *@root* valorizzato a "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" ed in cui nell'attributo *@extension* è riportato il Codice Fiscale del medico autore del documento.

575

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

580

CONF-PSS-26 L'elemento *author/assignedAuthor* **PUÒ** contenere un elemento *id*, unico a livello regionale, che riporta il Codice Identificativo Regionale del medico autore del documento.

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

590 **CONF-PSS-27** L'elemento `author/assignedAuthor` **PUÒ** contenere l'elemento `assignedAuthor/code` che rappresenta la tipologia del medico. In caso, il valore di `author/assignedAuthor/@code` **DEVE** essere selezionato dal Value Set `assignedAuthorCode_PSSIT DYNAMIC (@codeSystem 2.16.840.1.113883.2.9.5.1.111)`

Si veda 6.2.1.1 - `assignedAuthorCode_PSSIT` per i possibili valori.

595 **CONF-PSS-28** L'elemento `assignedAuthor/assignedPerson` **DEVE** contenere l'elemento `assignedPerson/name` con i suoi sotto-elementi `name/given` (Nome) e `name/family` (Cognome)

600 **CONF-PSS-29** L'elemento `assignedAuthor/representedOrganization/id` - se presente - **DEVE** essere valorizzato con l'identificativo dell'ASL di convenzione del medico autore del documento. Il valore **DEVE** essere derivato dalla tabella FLS 11 DYNAMIC "2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1" (@root).

3.2.3 custodian

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

CONF-PSS-30 `Custodian/AssignedCustodian/representedCustodianOrganization` **DEVE** contenere uno ed un solo elemento `representedCustodianOrganization/id`.

610 3.2.4 authenticator

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

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

CONF-PSS-31 Il ruolo di validatore (*authenticator*) **DEVE** essere svolto dalla stessa persona che interpreta il ruolo di autore (*author*).

620 **CONF-PSS-32** L'elemento *authenticator* **DEVE** contenere un elemento *authenticator/assignedEntity/id* con *@root* valorizzato a "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" ed in cui nell'attributo *@extension* è riportato il Codice Fiscale del medico validatore.

625 **CONF-PSS-33** L'elemento *authenticator* **DEVE** contenere l'elemento *legalAuthenticator/time* la cui componente value **DEVE** seguire la sintassi *YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz*

CONF-PSS-34 L'attributo *authenticator/signatureCode/@code* **DEVE** essere valorizzato a "S" (Signed).

630

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

Bisogna riportare identificativo, nome, recapito telefonico e indirizzo.

635

CONF-PSS-35 L'elemento *authenticator/assignedEntity/representedOrganization/id* **DEVE** essere valorizzato con l'identificativo dell'ASL di convenzione del medico validatore del documento. Il valore **DEVE** essere derivato dalla tabella FLS 11 DYNAMIC "2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1" (*@root*).

640 **CONF-PSS-36** L'elemento *authenticator/assignedEntity/representedOrganization/name* **DEVE** essere valorizzato con il nome dell'ASL di convenzione del medico validatore del documento.

CONF-PSS-37 L'elemento *authenticator/assignedEntity/representedOrganization/telecom, ripetibile*, **DEVE** essere valorizzato con i recapiti telefonici dell'ASL di convenzione del medico validatore del documento.

645

CONF-PSS-38 L'elemento *authenticator/assignedEntity/representedOrganization/addr* **DEVE** essere valorizzato con l'indirizzo dell'ASL di convenzione del medico validatore del documento.

650 3.2.5 legalAuthenticator

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

655 Si osserva che il CDA R2 non gestisce direttamente la firma elettronica del soggetto⁵ che ha legalmente autenticato il documento, ma gestisce, attraverso l'indicazione di uno specifico attributo, il fatto che il documento sia stato firmato (vedi di seguito elemento *signatureCode*). La firma elettronica può poi essere apposta secondo la normativa vigente.

⁵ Questo aspetto non va, ovviamente, interpretato come una limitazione dello standard al contrario è un aspetto di flessibilità.

660

CONF-PSS-39 Il ruolo di firmatario (*legalAuthenticator*) **DEVE** essere svolto dalla stessa persona che interpreta il ruolo di autore (*author*).

665

CONF-PSS-40 Se presente, l'elemento *legalAuthenticator* **DEVE** contenere un elemento *legalAuthenticator/assignedEntity/id* con *@root* valorizzato a "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" ed in cui nell'attributo *@extension* è riportato il Codice Fiscale del medico firmatario.

670

CONF-PSS-41 Se presente, l'elemento *legalAuthenticator* **DEVE** contenere l'elemento *legalAuthenticator/time* la cui componente value **DEVE** seguire la sintassi *YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz*

CONF-PSS-42 L'attributo *legalAuthenticator/signatureCode/@code* **DEVE** essere valorizzato a "S" (Signed).

3.2.6 informationRecipient

675

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

CONF-PSS-43 In questo tipo di documento la molteplicità dell'elemento *informationRecipient* **DEVE** essere uguale a zero

680

3.2.7 dataEnterer

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

3.2.8 informant

685

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

690

3.2.9 participant

participant è un elemento **OPZIONALE** ed è usato per rappresentare tutti coloro (persone od organizzazioni) che sono in qualche forma coinvolti nell'atto descritto, ma non

695 esplicitamente referenziate in altri elementi (*author, informant, authenticator, etc.*). L'entità *participant* non deve necessariamente essere coinvolta direttamente nell'atto documentato.

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

CONF-PSS-44 L'ordine di elencazione dei *participant* **DOVREBBE** essere usato per indicare la priorità con cui i riferimenti devono essere chiamati in caso di necessità.

3.2.9.1 **Esempio di uso del *participant* per indicare eventuali contatti**

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

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

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

720

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

- 725 ↘ parenti
- ↘ contatti in caso di emergenza
- ↘ assistenza a malati ed anziani

3.2.9.1.1 Parenti

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

Esempio

```

735 <participant typeCode="IND">
    <associatedEntity classCode="NOK">
        <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="GNRBLM71E57A662F" />
        <code code="FTH" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.111"
            codeSystemName="PersonalRelationshipRoleType"
            displayName="Padre " />
        <telecom value="tel: 0654981932"/>
740 <associatedPerson>
        <name>
            <given>Gennaro</given>
            <family>Bellomo</family>
        </name>
745 </associatedPerson>
    </associatedEntity>
</participant>
  
```

3.2.9.1.2 Emergenza

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

```

755 <participant typeCode="IND">
    <associatedEntity classCode="ECON">
        <telecom value="tel: 0654981932"/>
        <associatedPerson>
            <name>
                <given>Teresa</given>
                <family>Bellomo</family>
            </name>
760 </associatedPerson>
    </associatedEntity>
</participant>
  
```

3.2.9.1.3 Assistenza Malati ed Anziani

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

770

```

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

775

780

3.2.9.2 Nota realizzativa

785

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

790

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

795

```

<!-- CONTATTO PARZIALMENTE DESTRUTTURATO -->
<participant typeCode="IND">
  <associatedEntity classCode="ECON">
    <addr>${STR_INDIRIZZO_CONTATTO}</addr>
    <associatedPerson>
      <name>${STR_REF_CONTATTO}</name>
    </associatedPerson>
  </associatedEntity>
</participant>
  
```

800

805

```

<!-- CONTATTO TOTALMENTE DESTRUTTURATO -->
<participant typeCode="IND">
  <associatedEntity classCode="NOK">
    <addr>${STR_CONTATTO}</addr>
  </associatedEntity>
  
```

810 </participant>

3.2.10 inFulfillmentOf

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

CONF-PSS-45 In questo tipo di documento la molteplicità dell'elemento *inFulfillmentOf* **DEVE** essere uguale a zero

820 3.2.11 documentationOf

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

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

825 3.2.12 relatedDocument

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

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

3.2.13 authorization

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

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

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

845 3.2.14 componentOf

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

850

CONF-PSS-46 In questo tipo di documento la molteplicità dell'elemento *componentOf* **DEVE** essere uguale a zero

4 CDA STRUCTURED BODY

4.1 Generalità

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

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

865 **CONF-PSS-47** Ogni sezione **DEVE** contenere un CDA Narrative Block [parte narrativa di sezione] (*clinicalDocument/component/structuredBody/component/section/text*) ed un codice che ne definisce il tipo (*clinicalDocument/component/structuredBody/component/section/code*).

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

L'attributo
ClinicalDocument/component/structuredBody/component/section/entry/@typeCode PUÒ essere valorizzato a "DRIV", che equivale a dire che la parte narrativa di sezione è interamente derivata dalle entry strutturate, di conseguenza la presenza di entry di tipo "DRIV" implica che a livello di sezione esiste una "sostanziale" corrispondenza 1 a 1 fra contenuto informativo della parte narrativa e di quella codificata.

880 **CONF-PSS-48** Ogni informazione codificata contenuta nelle entry **DOVREBBE** referenziare esplicitamente il corrispettivo informativo nella parte narrativa, dove questo è applicabile.

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

Esempio:

```

890 .....
      <text>
      <table>
      <tbody>
      <tr ID="id_farmaco_1">
895   <td ID="nome_farmaco_1">ADVIL IST.L.GELS*100CPS PVC</td>
      <td ID="pa_farmaco_1">IBUPROFENE</td>
      <td ID="dosaggio_farmaco_1">200 MG</td>
      <td ID="posologia_farmaco_1">1 compressa dopo i pasti principali</td>
      <td ID="via_somm_farmaco_1"/>
900   </tr>
      </tbody>
      </table>
      </text>
      .....
905 <entry>
      <substanceAdministration classCode="SBADM" moodCode="EVN">
      <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.30.3.1.3.1" extension="RE00001.1"/>
      <text>
      <reference value="#id_farmaco_1"/>
910   </text>
      .....
      <consumable>
      <manufacturedProduct classCode="MANU">
      <manufacturedMaterial>
915   <code code="035718345" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5" codeSystemName="AIC" displayName="ADVIL IST.L.GELS*100CPS
      PVC">
      <originalText>
      <reference value="#nome_farmaco_1"/>
      </originalText>
920   </code>
      </entry>
  
```

4.2 Mappatura classi informative

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

Sezione PSS	Obbligatorietà	Descrizione
Allergie e Intolleranze	OBBLIGATORIO	<p>Sezione concepita per raccogliere ogni informazione relativa ad allergie, reazioni avverse, ed allarmi passati o presenti inerenti il paziente, se ritenute rilevanti.</p> <p>Tale sezione deve essere sempre presente e deve riportare almeno le seguenti informazioni, se riferite dall'assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reazioni avverse ai farmaci e/o alimenti note dell'assistito e eventuale descrizione delle caratteristiche della reazione osservata • Allergie documentate cutanee, respiratorie o sistemiche dell'assistito e eventuale descrizione delle caratteristiche della reazione osservata • Allergie a veleno di imenotteri <p>La parte della sezione inerente le allergie deve essere sempre presente, se non applicabile deve essere riportata esplicitamente la dizione: "Non sono note allergie" o un'espressione analoga.</p>
Terapie Farmacologiche	OBBLIGATORIO	<p>Sezione deputata alla registrazione di tutte le informazioni inerenti le terapie farmacologiche (prescrizioni, somministrazioni,...): terapie in atto, storia delle prescrizioni/terapie farmacologiche.</p> <p>Tale sezione deve essere sempre presente e deve riportare le terapie croniche in atto alla data di compilazione, ritenute rilevanti dal medico, come ad esempio la TAO e il trattamento insulinico.</p> <p>Informazioni su terapie pregresse possono essere eccezionalmente presenti qualora il medico le ritenga rilevanti per un corretto quadro clinico del paziente.</p> <p>Nel caso in cui non vi siano terapie in atto la sezione dovrebbe esplicitamente riportare la dizione "Non sono note terapie farmacologiche continuative in atto" o un'espressione analoga.</p>
Vaccinazioni	RACCOMANDATO	<p>Sezione usata per riportare le informazioni relative allo stato attuale di immunizzazione (vaccinazioni) del paziente e alle vaccinazioni effettuate a cui il paziente si è sottoposto in passato, di cui è a conoscenza documentata il medico di famiglia.</p>

Sezione PSS	Obbligatorietà	Descrizione
Lista dei Problemi	OBBLIGATORIO	<p>Tale sezione è concepita per documentare tutti i problemi clinici rilevanti noti al momento in cui è stato generato il documento (problemi clinici, condizioni, sospetti diagnostici e diagnosi certe, sintomi attuali o passati).</p> <p>Le parti inerenti i problemi potranno essere strutturate secondo strutture SOVP (Soggettività, Oggettività, Valutazione, Pianificazione).</p> <p>Tale sezione deve essere sempre presente e deve riportare almeno le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patologie croniche e/o rilevanti • Organi mancanti • Trapianti effettuati (diagnosi) • Rilevanti malformazioni. <p>Se non applicabile, deve essere riportata esplicitamente la dizione: "Non sono noti problemi cronici attivi" o un'espressione analoga".</p>
Anamnesi Familiare	OPZIONALE	<p>Sezione usata per documentare l'anamnesi familiare relativa ai parenti biologici del paziente. Se necessario, vengono indicate l'età di morte e la causa di morte. Tali informazioni servono a qualificare potenziali fattori di rischio per il paziente in relazione alla storia dei membri familiari (rischio eredo-familiare).</p>
Stile di vita	RACCOMANDATO	<p>Questa sezione contiene i dati che definiscono lo stile di vita del paziente, l'attività lavorativa, la condizione sociale, fattori di rischio ambientali; così come informazioni amministrative come stato civile, livello di istruzione, razza, etnia,...</p> <p>Sono da riportarsi gli elementi che potrebbero avere una influenza sulla rappresentazione del quadro clinico, o sullo stato di benessere psicologico o fisico, del paziente.</p>
Gravidanze e Parto	OPZIONALE	<p>Questa sezione è utilizzata per riportare tutte le informazioni inerenti gravidanze, parti, eventuali complicanze derivate e stato mestruale (incluso menarca, menopausa, ecc.) ritenute rilevanti.</p>
Parametri Vitali	OPZIONALE	<p>Sezione utilizzata per riportare le informazioni relative ai parametri vitali, attuali e passati, rilevanti ai fini del quadro clinico del paziente, in particolare almeno altezza, peso, indice di massa corporea, pressione arteriosa.</p>

Sezione PSS	Obbligatorietà	Descrizione
Protesi, Impianti e Ausili	OBBLIGATORIO	<p>Sezione in cui sono descritte tutte le informazioni inerenti dispositivi medici, ausili, protesi,...("devices") siano essi impiantati che esterni, da cui dipende, o è dipeso, lo stato di salute del paziente.</p> <p>Tale sezione deve essere sempre presente e deve riportare almeno le seguenti informazioni relative a protesi e impianti permanenti e ad ausili, in uso dal paziente.</p> <p>Se non applicabile, deve essere riportata esplicitamente la dizione: "Non sono noti protesi, impianti o ausili" o un'espressione analoga.</p>
Piani di Cura	OPZIONALE	<p>Sezione usata per documentare tutte le informazioni relative a piani di cura riabilitativi o terapeutici.</p> <p>Potranno essere inseriti tutti gli ordini non ancora evasi legati a prestazioni, visite, procedure chirurgiche, terapie.</p> <p>Questa sezione può contenere anche informazioni concernenti memo clinici od esiti attesi.</p>
Trattamenti e Procedure Terapeutiche, Chirurgiche e Diagnostiche	OBBLIGATORIO	<p>Sezione utilizzata per documentare le procedure (interventistiche, diagnostiche, chirurgiche, terapeutiche,...) pertinenti il paziente oggetto del documento.</p> <p>Tale sezione deve essere sempre presente e deve riportare almeno le informazioni sui trapianti effettuati.</p> <p>Se non applicabile, deve essere riportata esplicitamente la dizione: "Non sono noti trattamenti e procedure chirurgiche" o un'espressione analoga.</p>
Visite o Ricoveri	OPZIONALE	<p>Sezione utilizzata per documentare i "contatti" rilevanti, recenti o passati, fra paziente e operatore sanitario (e.g. ricoveri, visite ambulatoriali o domiciliari,..) pertinenti il paziente oggetto del documento.</p>

Sezione PSS	Obbligatorietà	Descrizione
Stato funzionale del paziente	OBBLIGATORIO	<p>Tale sezione deve essere sempre presente e deve riportare almeno la valutazione della capacità motoria dell'assistito (autonomo, assistito, allettato).</p> <p>Opzionalmente possono riportate le indicazioni sul regime di assistenza (ADI, ADP).</p> <p>La sezione è deputata alla descrizione in senso lato delle capacità funzionali attuali del paziente, include informazioni, tra le altre, relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemi ambulatori • Mental test, scala di depressione • Valutazioni ADL (Activities of Daily Living) • Problemi di comunicazione (parlato, scritto, problemi cognitivi,...) • Capacità percettive (vista, udito, tatto, gusto, problemi di equilibrio,...) • Problemi di socializzazione e/o occupazionali <p>Il documento dovrebbe riportare ogni deviazione da condizioni di normalità.</p>
Indagini diagnostiche e Esami di laboratorio	RACCOMANDATO	Sezione in cui sono riportati tutti i risultati relativi ad indagini diagnostiche e ad esami di laboratorio rilevanti ai fini della storia clinica del paziente.
Assenso / Dissenso Donazione Organi	OPZIONALE	Sezione concepita per documentare le volontà del paziente in materia di espanto.
Esenzioni	RACCOMANDATO	Eventuali codici di esenzione dal pagamento del ticket dell'assistito
Reti di patologia	RACCOMANDATO	Eventuali reti di patologia cui appartiene l'assistito

Tabella 2 – Sezioni PSS

930

CONF-PSS-49 Il Profilo Sanitario Sintetico **DEVE** contenere una ed una sola sezione “Allergie e Intolleranze” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1”)

935

CONF-PSS-50 Il Profilo Sanitario Sintetico **DEVE** contenere una ed una sola sezione “Terapie Farmacologiche” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2”)

CONF-PSS-51 Il Profilo Sanitario Sintetico **DOVREBBE** contenere una ed una sola sezione “Vaccinazioni” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.3”)

940

CONF-PSS-52 Il Profilo Sanitario Sintetico **DEVE** contenere una ed una sola sezione “Lista dei Problemi” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.4”)

945

CONF-PSS-53 Il Profilo Sanitario Sintetico **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Anamnesi Familiare” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.16”)

950

CONF-PSS-54 Il Profilo Sanitario Sintetico **DOVREBBE** contenere una ed una sola sezione “Stile di Vita” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.6”)

955

CONF-PSS-55 Il Profilo Sanitario Sintetico **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Gravidanze e Parto” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.7”)

960

CONF-PSS-56 Il Profilo Sanitario Sintetico **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Parametri Vitali” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.8”)

965

CONF-PSS-57 Il Profilo Sanitario Sintetico **DEVE** contenere una ed una sola sezione “Protesi, impianti e ausili” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.9”)

970

CONF-PSS-58 Il Profilo Sanitario Sintetico **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Piani di cura” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.10”)

975

CONF-PSS-59 Il Profilo Sanitario Sintetico **DEVE** contenere una ed una sola sezione “Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11”)

980

CONF-PSS-60 Il Profilo Sanitario Sintetico **PUÒ** contenere una ed una sola sezione “Visite e Ricoveri” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.12”)

CONF-PSS-61 Il Profilo Sanitario Sintetico **DEVE** contenere una ed una sola sezione “Stato funzionale del Paziente” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13”)

CONF-PSS-62 Il Profilo Sanitario Sintetico **DOVREBBE** contenere una ed una sola sezione “Indagini diagnostiche e esami di laboratorio” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14”)

CONF-PSS-63 Il Profilo Sanitario Sintetico **PUÒ** contenere una sezione “Assenso / Dissenso Donazione Organi” (“2.16.840.1.113883.10.20.1.1”)

CONF-PSS-64 Il Profilo Sanitario Sintetico **DOVREBBE** contenere una sezione “Esenzioni” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17”)

CONF-PSS-65 Il Profilo Sanitario Sintetico **DOVREBBE** contenere una sezione “Reti di Patologia” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.18”).

4.3 Allergie e Intolleranze

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

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

- 990
- Reazioni avverse ai farmaci e/o alimenti note dell'assistito e eventuale descrizione delle caratteristiche della reazione osservata;
 - Allergie documentate cutanee, respiratorie o sistemiche dell'assistito e eventuale descrizione delle caratteristiche della reazione osservata;
 - Allergie a veleno di imenotteri.

995 Possibili asserzioni da gestire all'interno di questa sezione sono:

- Intolleranze/Allergie a Farmaci :
 - Reazione avversa a AUGMENTIN*12cpr riv 875mg+125M 026089019, (causato prurito e rossore). Insorgenza 10/05/2005
 - Intolleranza a AUGMENTIN*12cpr riv 875mg+125M (estesa a tutti gli ATC J01C)
 - 1000 • Intolleranza a P.A. amoxicillina
 - Allergia a P.A. amoxicillina
 - Intolleranza a tutti gli antibiotici tranne amoxicillina
 - Allergia ad ATC J01C
 - Reazione avversa a preparato erboristico con ortica

1005

- Altri Allarmi
 - Allergia pollini
 - Allergia prodotti caseari (attenzione possibile shock mortale!)
 - Intolleranza alimentare a formaggio (si gratta tutta la notte)
 - 1010 • Intolleranza alla luce
 - Non Sono Note Allergie

La sezione è obbligatoria.

1015 **CONF-PSS-66** La sezione "Allergie e Intolleranze" (LOINC: "48765-2", "*Allergie & o reazioni avverse*") **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1*.

1020 Nell'Appendice A (vedi paragrafo **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1* relativo alla sezione "Allergie e Intolleranze".

4.3.1 Requisiti di sezione

1025

CONF-PSS-67 La sezione “Allergie e Intolleranze” (“48765-2”) **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a “*Allergie e Intolleranze*”.

1030

Esempio:

1035

```

<component>
  <section>
    <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1' />
    <id $ID_SEZ />
    <code code='48765-2' displayName='Allergie, Reazioni Averse' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC' />
    <title>Allergie e Intolleranze</title>
    <text>
      $NARRATIVE_BLOCK
    </text>
    <!-- Molteplicità 1 ...N - Allergia o Intolleranza -->
    <entry>
      $ALLERGY
    </entry>
    <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..1-->
      $NOTE

  </section>
</component>

```

1040

1045

1050

Descrizione:

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

\$NARRATIVE_BLOCK = descrizione testuale del contenuto di sezione.

1055

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

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

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

1060 È inoltre possibile utilizzare un elemento “Commenti” (**\$NOTE**) nel caso in cui, in presenza di uno o più elementi **\$ALLERGY** che indichino la presenza di uno o più tipi di Allergie o Intolleranze, si voglia comunque sottolineare la concomitante assenza di altri tipi di allergie o intolleranze, in relazione agli elementi obbligatori indicati all’inizio del presente capitolo.

4.3.2 Allergia o Intolleranza

1065 Le informazioni su un’allergia o un’intolleranza sono fornite attraverso un atto (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1).

CONF-PSS-69 Un elemento di tipo “Allergia o Intolleranza” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo del template dell’act: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1”.

1070

CONF-PSS-70 Un elemento di tipo “Allergia o Intolleranza” **DEVE** includere una ed una sola “Osservazione Allergia o Intolleranza”, conforme ad uno dei seguenti template: - “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3”; “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4”.

1075 Una “Osservazione Allergia o Intolleranza” **PUÒ** riguardare dati relativi ad intolleranze, allergie o reazioni avverse (template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3); o l’indicazione esplicita che non vi siano allergie da riportare (template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4).

1080 Il valore per *act/statusCode* **DEVE** essere derivato dal ValueSet X_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC. Si veda il paragrafo 6.2.1.2 per i possibili valori.

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

1085 L’elemento *effectiveTime* descrive l’intervallo di tempo in cui il “problema” è attivo.

CONF-PSS-71 L’elemento *act/effectiveTime/low* **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con @nullflavor = “UNK”

1090 L’elemento *act/effectiveTime/high* **DEVE** essere sempre presente quando lo *act/statusCode* è “completed” o “aborted”; **NON DEVE** essere presente negli altri casi.

Esempio

1095

```
<act classCode='ACT' moodCode='EVN'>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1" />
  <id $ID_SEZ />
  <code nullFlavor='NA' />
```

```

<statusCode code='$STATUS_CODE' />
<effectiveTime>
<!-- RICHIESTO -->
  <low ( value='$LOW_TS' | nullFlavor="UNK" )/>
  <!-- OPZIONALE -->
  <high value='$HIGH_TS' />
</effectiveTime>
<!-- UNA SOLA entryRelationship -->
  <entryRelationship type='SUBJ'>
    $OINT_CONCERN | $NO_ALLERGIES
  </entryRelationship>
</act>

```

1100

1105

1110

Descrizione:

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

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

1115

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

\$STATUS_CODE = Stato dell'atto. Nel Profilo Sanitario Sintetico DOVREBBE essere sempre valorizzato ad "active"

1120

\$OINT_CONCERN = Osservazione Intolleranza od Allergia vedi § 4.3.3 - Osservazione Allergia o Intolleranza.

\$NO_ALLERGIES = elemento da utilizzare in caso di assenza di allergie note. Vedi § 4.3.3.1 - Assenza Allergie Note

4.3.3 Osservazione Allergia o Intolleranza

1125

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

Nei successivi paragrafi viene fornita una descrizione di come l'Osservazione Allergia o Intolleranza sia coniugata nei diversi casi d'uso sopra indicati:

➤ § 4.3.3.1 " Assenza Allergie Note"

1130

➤ § 4.3.3.2 "Presenza Allergia o Intolleranza"

CONF-PSS-72 L'elemento di tipo "Osservazione Allergia o Intolleranza" **DEVE** essere conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3".

1135

CONF-PSS-73 L'elemento *observation/id* **DEVE** avere molteplicità 1

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

1140

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

1145

CONF-PSS-74 L'elemento *observation/effectiveTime/low* **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con *@nullflavor = "UNK"*

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

1150

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

1155

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

1160

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

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

1165

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

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

Vedi § 4.3.3.3 "Criticità dell'allergia o intolleranza" per i dettagli.

1170

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

Per descrivere lo stato clinico di un'allergia (attivo, in remissione, ...) **PUÒ** essere utilizzato il template "TemplateStatoProblema", "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6".

1175

Vedi § 4.3.3.4 "Stato dell'allergia" per i dettagli.

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

1180 Un Osservazione Allergia o Intolleranza **PUÒ** infine contenere uno o più commenti e annotazioni, descritti attraverso un atto conforme al template "Commenti" "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7" di cui viene fornita una descrizione nel § 4.3.3.5 "Commenti".

1185 Il valore di *entryRelationship/@typeCode* in una relazione fra una osservazione allergia o intolleranza ed i suoi commenti **DEVE** essere "SUBJ" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC.

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

4.3.3.1 Assenza Allergie Note

1190 L'indicazione di assenza di allergie note sarà descritta attraverso il template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4".

CONF-PSS-75 L'Indicazione Assenza di Allergie Note **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una *entryRelationship/observation* conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4".

1195

CONF-PSS-76 Il valore dell'elemento *observation/code* **DEVE** essere OINT, derivato da ActCode STATIC ("2.16.840.1.113883.5.4").

CONF-PSS-77 *Observation/value* **DEVE** essere valorizzato con valore derivato dal Value Set UnknownAllergies_PSSIT DYNAMIC.

1200

Si veda 6.2.1.3 - UnknownAllergies_PSSIT per i possibili valori.

1205 In caso di entry conforme a questo template è plausibile attendersi l'assenza di *entryRelationship* che descrivano la severità, lo stato Clinico, etc.

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

1210

```
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN" negationInd="false">
  <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4"/>
  <!-- Alert observation template -->
  <id $ID_SEZ />
  <code code="OINT" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4" codeSystemName='ObservationIntoleranceType'/>
  <statusCode code="completed"/>
  <text><reference value=' #REF_ALLARME'/></text>
```

```

1215 <effectiveTime>
      <low ( value='LOW_TS' | nullFlavor="UNK" )/>
    </effectiveTime>
    <value xsi:type="CD" code=" no-allergy-info " codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1150.1" displayName=" Informazioni non note su allergie " />
    <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..1-->
1220     $NOTE
    </observation>
  
```

Descrizione:

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

1225 **\$REF_ALLARME** = riferimento incrociato alla descrizione dell'elemento nella parte narrativa

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

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

1230 **4.3.3.2 Presenza Allergia o Intolleranza**

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

1235 **CONF-PSS-78** L'osservazione Intolleranza od Allergia **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una *entryRelationship/observation* conforme al template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3.

1240 **CONF-PSS-79** Il valore dell'elemento *observation/code* **DEVE** essere derivato dal Value Set ObservationIntoleranceType DYNAMIC, e in tal caso *observation/code/@codeSystem* **DEVE** essere valorizzato con "2.16.840.1.113883.5.4".

Codice	Designazione	Designazione (originale)	Descrizione
OINT	Allergia o Intolleranza	Intolerance	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa a fronte di una esposizione ad un agente. (Valore più generico)
ALG	Allergia	Allergy	Ipersensibilità ad un agente causato da una risposta immunologica ad una esposizione iniziale.
DALG	Allergia Farmaci	Drug Allergy	Allergia ad un prodotto farmacologico
EALG	Allergia Ambientale	Environmental Allergy	Allergia non associabile a farmaci o cibo. E.g. Lattice, polline, etc.

Codice	Designazione	Designazione (originale)	Descrizione
FALG	Allergia al Cibo	Food Allergy	Allergia ad una sostanza generalmente consumata per scopi nutritivi
NAINT	Intolleranza non allergica	Non-Allergy Intolerance	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa, di tipo non immunitario
FNAINT	Intolleranza non allergica al Cibo	Food Non-Allergy Intolerance	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa, di tipo non immunitario, associabile ad una sostanza generalmente consumata per scopi nutritivi
DNAINT	Intolleranza non allergica ai Farmaci	Drug Non-Allergy Intolerance	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa, di tipo non immunitario, associabile ad un farmaco
ENAIN	Intolleranza non allergica Ambientale	Environmental Non-Allergy Intolerance	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa, di tipo non immunitario, non associabile a farmaci o cibo. E.g. Lattice, polline, etc.
FINT	Intolleranza non allergica al Cibo	Food Intolerance	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa associabile ad una sostanza generalmente consumata per scopi nutritivi
DINT	Intolleranza non allergica ai Farmaci	Drug Intolerance	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa associabile ad un farmaco
EINT	Intolleranza non allergica Ambientale	Environmental Intolerance	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa non associabile a farmaci o cibo. E.g. Lattice, polline, etc.

Tabella 3 - Valori ammessi per observation/code (ObservationIntoleranceType) – HL7

1245

CONF-PSS-80 Il valore dell'elemento observation/value **DOVREBBE** essere `@code="52473-6"`, `@codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"`, `@displayName="Allergia o causa della reazione"`.

1250

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

Si veda il § 4.3.3.2.1 - Descrizione Agente.

1255

CONF-PSS-81 L'Osservazione Intolleranza ed Allergia **DEVE** includere almeno un elemento *participant* che rappresenta l'agente che ha causato l'allergia (intolleranza) e/o la reazione avversa. Tale agente **PUÒ** essere in forma codificata o non codificata.

1260

È possibile registrare anche eventuali informazioni sulle reazioni, manifestazioni dell'intolleranza o dell'allergia descritta attraverso l'Osservazione Intolleranza ed Allergia;

tale descrizione, rappresentata dall'elemento Osservazione Reazione Avversa, potrà essere in forma codificata o non codificata.

Si veda il § 4.3.3.2.2 - Descrizione Reazione.

1265 **CONF-PSS-82** Una Osservazione Intolleranza ed Allergia **PUÒ** includere una o più Osservazione Reazione Avversa. Una Osservazione Reazione Avversa **PUÒ** essere in forma codificata (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1) o non codificata (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2).

1270 **CONF-PSS-83** Il valore di *entryRelationship/@typeCode* in una relazione fra Alert observation ed una reaction observation (2.16.840.1.113883.10.20.1.54) **DEVE** essere "MFST", "In manifestation of" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC.

1275 In alcuni contesti, nel caso di intolleranze ai farmaci, può essere interessante poter distinguere la descrizione di una effettiva reazione avversa, da una generica indicazione di allergia, che potrebbe derivare da una inferenza del medico. Tale distinzione, non possibile tramite l'observation/code, può essere derivata dalla presenza o meno della descrizione della reazione avversa.

Esempio.

```

1280 <observation classCode='OBS' moodCode='EVN' negationInd='false'>
    <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3' />
    <id $ID_SEZ />
    <code code='$OBS_CODE' codeSystem='2.16.840.1.113883.5.4' codeSystemName='ObservationIntoleranceType' />
    <statusCode code='completed' />
1285 <text><reference value='#$REF_TXT_ALLARME' /></text>
    <effectiveTime>
        <low ( value='$LOW_TS' | nullFlavor="UNK" ) />
        <!-- OPZIONALE -->
        <high value='$HIGH_TS' />
1290 </effectiveTime>
    <value @code="52473-6", @codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1", @displayName="Allergia o causa della reazione" />
    <!-- Descrizione agente molteplicità 0..N; @nullflavor="UNK" solo nel caso in cui l'agente non sia noto-->
        $CODED_AGENT|$UNCODED_AGENT
    <!-- Descrizione Reazioni molteplicità 0..N-->
        $CODED_REACTION|$UNCODED_REACTION
1295 <!-- Descrizione della criticità dell'allergia o intolleranza 0..1-->
        $CRITICALITY
    <!-- Stato dell'Allergia molteplicità 0..1-->
        $STATO_ALLERGIA
1300 <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..1-->
        $NOTE
    </observation>

```

Descrizione:

- 1305 **\$ID_SEZ** = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.
- \$OBS_CODE** = Indica il tipo di reazione avversa che si sta descrivendo: intolleranza generica, intolleranza non allergica, allergia,.... Viene valorizzato con i dati del Value Set ObservationIntoleranceType (vedi anche Tabella 3).
- 1310 **\$LOW_TS** = data di insorgenza del problema. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = **UNK**.
- \$HIGH_TS** = data di risoluzione del problema. Se il problema è ancora attivo questo valore deve essere omesso.
- 1315 **\$REF_TXT_ALLARME** = riferimento incrociato alla descrizione dell'elemento nella parte narrativa
- \$CODED_AGENT** = Descrizione agente (codificata). Vedi § 4.3.3.2.1.1 - Descrizione Agente (Codificato).
- \$UNCODED_AGENT** = Descrizione agente (non codificata). Vedi § 4.3.3.2.1.2 - Descrizione Agente (Non Codificato)
- 1320 **\$CODED_REACTION** = Descrizione reazione (codificata). Vedi § 4.3.3.2.2.1 - Descrizione Reazioni Codificata
- \$UNCODED_REACTION** = Descrizione reazione (non codificata). vedi § 4.3.3.2.2.2 - Descrizione Reazioni Non Codificata
- 1325 **\$CRITICALITY** = Indicazione del livello di criticità dell'allergia o intolleranza. Vedi § 4.3.3.3 "Criticità dell'allergia o intolleranza".
- \$STATO_ALLERGIA** = Indicazione dello stato clinico del problema rilevato. Vedi § 4.3.3.4 - Stato dell'allergia
- \$NOTE** = Eventuali Note. Vedi § 4.3.3.5 - Commenti

4.3.3.2.1 Descrizione Agente

- 1330 L'allergia ad un agente (sia esso un farmaco o no) viene descritta attraverso una observation che DEVE contenere almeno un elemento di tipo <participant>, che referencia la sostanza scatenante all'interno di un elemento <playingEntity>.
- 1335 Tale soluzione è da utilizzarsi anche nel caso in cui la sostanza non sia un manufatto, o anche nel caso in cui non sia un elemento (e.g luce) ("*The agent responsible for an allergy or adverse reaction is not always a manufactured material, nor is it necessarily consumed. The following constraints reflect limitations in the base CDA R2 specification, and should be used to represent any type of responsible agent.*")
- 1340 Sebbene la struttura consenta di utilizzare l'elemento <translation> per referenziare quasi sinonimi dell'agente in altri schemi di codifica, l'uso di questo elemento deve essere fatto solo nei casi in cui realmente si tratti di mappare la stessa informazione su due schemi

1345 diversi sullo stesso atto. Per esempio nell'esempio sopra riportato "Intolleranza a AUGMENTIN*12cpr riv 875mg+125M (estesa a tutti gli ATC J01C)", l'allergia al farmaco AUGMENTIN*12cpr riv 875mg è un fatto, l'indicazione che possa essere allergico a tutti i Beta-Lattanidi è una inferenza.

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

1350 Se l'agente che ha causato la reazione allergica non è noto, allora si utilizzerà un nullFlavor valorizzato con "UNK".

CONF-PSS-84 Se l'agente che ha causato la reazione allergica non è noto, **DEVE** essere valorizzato solo l'attributo `@nullFlavor="UNK"` di `participant/participantRole/playingEntity/code`.

1355 **4.3.3.2.1 Descrizione Agente (Codificato)**

CONF-PSS-85 Il valore per `participant/participantRole/playingEntity/code` - per le somministrazioni farmaceutiche - **DEVE** essere selezionato dai sistemi di codifica WHO ATC (2.16.840.1.113883.6.73) o AIC (2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5).

1360 **CONF-PSS-86** Il valore per `participant/participantRole/playingEntity/code` - per le allergie non a farmaci - **DOVREBBE** essere selezionato dal value set AllergenNoDrugs_PSSIT DYNAMIC.

1365 Per il value set AllergenNoDrugs_PSSIT si veda il paragrafo 6.2.1.5.

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

```

1370 <participant typeCode='CSM'>
    <participantRole classCode='MANU'>
        <playingEntity classCode='MMAT'>
            <code code='$COD_AGENTE' codeSystem='$COD_SYS_AGENT' codeSystemName='$DESC_COD_SYS_AGENT'
1375 displayName='$DESC_AGENTE'>
                <originalText><reference value='#$REF_AGENT' /></originalText>
            </code>
        </playingEntity>
    </participantRole>
</participant>

```

1380 Descrizione:
\$COD_AGENTE = Se applicabile, codice dell'agente scatenante.
\$DESC_AGENTE = descrizione dell'agente scatenante

\$DESC_COD_SYS_AGENT = descrizione del sistema di codifica utilizzato

\$COD_SYS_AGENT = OID dello schema di codifica utilizzato per indicare gli agenti.

1385 **\$REF_AGENT** = riferimento incrociato alla descrizione dell'agente nella parte narrativa

4.3.3.2.1.2 Descrizione Agente (Non Codificato)

1390 Nel caso in cui l'agente scatenante non sia descrivibile attraverso uno schema di codifica condiviso, l'elemento code viene comunque incluso valorizzandolo con un NullFlavor, la indicazione esplicita dell'agente è passata attraverso un riferimento alla descrizione testuale nel narrative block.

CONF-PSS-87 Il valore per *participant/participantRole/playingEntity/code* **DEVE** avere valorizzato solo l'attributo *@nullFlavor = "NI"*.

1395 **CONF-PSS-88** *participant/participantRole/playingEntity/code* **DEVE** includere un elemento *originalText/reference* che riporta un riferimento alla descrizione dell'agente nel Narrative Block.

```

1400 <participant typeCode='CSM'>
  <participantRole classCode='MANU'>
    <playingEntity classCode='MMAT'>
      <code nullFlavor="NI">
        <originalText><reference value='#$REF_AGENT'/></originalText>
      </code>
    </playingEntity>
  </participantRole>
1405 </participant>
  
```

Descrizione:

1410 **\$REF_AGENT** = riferimento incrociato alla descrizione dell'agente nella parte narrativa

4.3.3.2.2 Descrizione Reazione

1415 La descrizione delle reazioni, che sono la manifestazione dell'intolleranza o dell'allergia descritta attraverso l'elemento "Osservazione Intolleranza od Allergia", viene fatta usando un elemento di tipo observation collegato alla descrizione del problema attraverso una relazione di tipo MANIFEST.

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

1420 1. 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1 nel caso di reazioni codificate (vedi § 4.3.3.2.2.1 "Descrizione Reazioni Codificate")

2. 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2 nell'altro caso (vedi § 4.3.3.2.2.2 "Descrizione Reazioni Non Codificata")

1425

CONF-PSS-89 Il valore di *observation/code* **DEVE** essere `@code="75321-0"`, `@displayName="Obiettività Clinica"`, `@codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"`.

1430

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

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

1435

4.3.3.2.2.1 *Descrizione Reazioni Codificata*

CONF-PSS-90 La conformità con template *Descrizione Reazioni Codificata* **DEVE** essere dichiarata valorizzando il `templateId` a `2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1`.

1440

CONF-PSS-91 Il valore di *observation/value* **DOVREBBE** essere derivato dal sistema di codifica ICD9-CM ("2.16.840.1.113883.6.103"), in particolare dal Value Set *ReazioniIntolleranza_PSSIT DYNAMIC* per le reazioni da intolleranza, o dal Value Set *ReazioniAllergiche_PSSIT DYNAMIC* per le reazioni allergiche, entrambi derivati da ICD9-CM.

1445

Per il value set *ReazioniIntolleranza_PSSIT DYNAMIC* si veda il paragrafo 6.2.1.6.

Per il value set *ReazioniAllergiche_PSSIT DYNAMIC* si veda il paragrafo 6.2.1.7.

1450

```
<entryRelationship typeCode='MFST'>
  <observation classCode='OBS' moodCode='EVN' >
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1"/>
    <id $ID_SEZ/>
    <code code='75321-0' displayName= "Obiettività Clinica"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
    <text><reference value=' # $ REF_TXT_REAZ' /></text>
    <statusCode code='completed' />
    <effectiveTime>
      <low ( value=' $LOW_TS' | nullFlavor="UNK" ) />
      <!-- OPZIONALE -->
      <high value=' $HIGH_TS' />
    </effectiveTime>
  </observation>
</entryRelationship>
```

1455

1460

1465

1470

```

<value xsi:type='CD' code='$COD_REAZ'
  codeSystem='2.16.840.1.113883.6.103'
  displayName='$DESC_REAZ' codeSystemName='ICD-9CM (diagnosis codes)'>
  <originalText>
    <reference value='#$REF_REAZ' />
  </originalText>
</value>
</observation>
</entryRelationship>

```

Descrizione:

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

1475

\$REF_TXT_REAZ = riferimento incrociato alla descrizione dell'elemento nella parte narrativa

\$LOW_TS = data di insorgenza del problema. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = **UNK**.

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

1480

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

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

\$REF_REAZ = riferimento incrociato alla descrizione della reazione nella parte narrativa

4.3.3.2.2 Descrizione Reazioni Non Codificata

1485

CONF-PSS-92 La conformità con template Descrizione Reazioni Non Codificata **DEVE** essere dichiarata valorizzando il *templateId* a **2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2**.

1490

1495

1500

```

<entryRelationship typeCode='MFST'>
  <observation classCode='OBS' moodCode='EVN' >
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2" />
    <id $ID_SEZ />
    <code code='5321-0' displayName="Clinical finding"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
    <text><reference value='#$REF_TXT_OBS' /></text>
    <statusCode code='completed' />
    <effectiveTime>
      <low ( value='$LOW_TS' | nullFlavor="UNK" ) />
      <!-- OPZIONALE -->
      <high value='$HIGH_TS' />
    </effectiveTime>
    <value xsi:type='CD' >
      <originalText>
        <reference value='#$REF_OBS' />

```

1505

```

</originalText>
</value>
</observation>
</entryRelationship>

```

Descrizione:

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

1510

\$REF_TXT_OBS = riferimento incrociato alla descrizione dell'elemento nella parte narrativa

\$LOW_TS = data di insorgenza del problema. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = **UNK**.

1515

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

\$REF_OBS = riferimento incrociato alla descrizione della reazione nella parte narrativa

4.3.3.3 Criticità dell'allergia o intolleranza

Il grado di criticità di un'allergia o di un'intolleranza è indicato utilizzando un elemento conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.3".

1520

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

1525

CONF-PSS-93 La rappresentazione del grado di criticità di un'allergia o intolleranza **DEVE** includere l'identificativo di template " 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.3".

CONF-PSS-94 L'elemento *observation/value* **DEVE** essere sempre un valore codificato (xsi:type='CD').

1530

CONF-PSS-95 Il valore di *observation/value* **DEVE** essere derivato dal ValueSet CriticalityObservation 2.16.840.1.113883.5.1063 DYNAMIC.

Per il value set CriticalityObservation si veda il paragrafo 6.2.1.9.

1535

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

```

<entryRelationship typeCode='SUBJ' inversionInd='true'>
  <observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.3" />

```

1540

```
<code code='SEV' displayName='Criticality'
  codeSystem='2.16.840.1.113883.5.4' codeSystemName='ActCode' />
<text><reference value=#$REF_CRI'/></text>
<statusCode code='completed' />
<value xsi:type='CD' code='H|M|L'
  codeSystem='2.16.840.1.113883.5.1063'
  codeSystemName='ObservationValue' />
</observation>
</entryRelationship>
</observation>
```

1545

1550

Descrizione:

\$REF_CRI = riferimento incrociato alla descrizione dello criticità dell'allergia o intolleranza nella parte narrativa.

4.3.3.4 *Stato dell'allergia*

1555

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

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

CONF-PSS-96 Lo stato di un problema o di un allarme **DEVE** essere rappresentato attraverso una *observation* conforme al template "TemplateStatoProblema" "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6".

1560

Il valore dell'observation/code **DEVE** essere "33999-4" "Stato" "2.16.840.1.113883.6.1" LOINC STATIC.

1565

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

1570

CONF-PSS-97 L'elemento *observation/value/@code* che esprime lo stato clinico di un problema **DEVE** essere selezionato dal Value Set StatoClinicoProblema_PSSIT DYNAMIC (*@codeSystem* "2.16.840.1.113883.6.1") derivato dal LOINC.

Segue un esempio.

1575

```
<entryRelationship typeCode='REFR' inversionInd='false'>
  <observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6" />
    <code code='33999-4' displayName='Stato'
      codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC' />
    <text><reference value=#$REF_STATO'/></text>
    <statusCode code='completed' />
```

1580

```

<value xsi:type="CE" code="$COD_STATO"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  displayName="$DESC_STATO"/>
</observation>
</entryRelationship>
  
```

1585 Descrizione:

\$REF_STATO = riferimento incrociato alla descrizione dello stato nella parte narrativa.

\$DESC_STATO = descrizione stato clinico.

\$COD_STATO = codice stato clinico.

4.3.3.5 *Commenti*

1590 Tutte le informazioni aggiuntive, o note di vario genere, possono essere referenziate attraverso un elemento codificato conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7".

CONF-PSS-98 I commenti o le informazioni testuali aggiuntive relative ad un problema od ad un allarme **DEVONO** essere rappresentati attraverso un *act* conforme al template "Commenti" " 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7" .

1595

Segue un esempio.

1600

```

<entryRelationship typeCode='SUBJ' inversionInd='true'>
  <act classCode='ACT' moodCode='EVN'>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7"/>
    <code code='48767-8' displayName='Annotation Comment'
      codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1'
      codeSystemName='LOINC' />
    <text><reference value='#$REF_COMMENTI' /></text>
    <statusCode code='completed' />
  </act>
</entryRelationship>
  
```

1605

Descrizione:

\$REF_COMMENTI = riferimento incrociato al testo presente nella parte narrativa

1610

4.4 Terapie Farmacologiche (Medications)

1615 Le informazioni relative alle terapie farmacologiche in corso e tutte quelle riconosciute come rilevanti dal medico devono essere descritte all'interno della sezione individuata dal codice LOINC "10160-0" ("Storia di uso di farmaci").

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

1620 Esempi di asserzioni sono :

Terapie Continuative:

- Nitrodur Mg 10*15cer 10mg/24h (dalle 8 alle 22)
- Moduretic*20cpr 5/50mg (1 la settimana)
- 1625 • Tenormin*14cpr 100mg (una la mattina)
- Dilzene*50cpr 60mg R.M. (una ogni otto ore)

La sezione è obbligatoria.

1630 **CONF-PSS-99** La sezione "Terapie Farmacologiche" (LOINC: "10160-0", "Storia di uso di farmaci") **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2".

1635 Nell'Appendice A (vedi paragrafo 5.2) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2 relativo alla sezione "Terapie Farmacologiche".

4.4.1 Requisiti di sezione

1640 **CONF-PSS-100** La sezione "Terapie Farmacologiche" ("10160-0") **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a "Terapie Farmacologiche".

1645 **CONF-PSS-101** La sezione "Terapie Farmacologiche" ("10160-0") DEVE contenere almeno una *entry/substanceAdministration* conforme ad uno dei seguenti template: "Terapia" "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1", o "Assenza di terapie note" "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3".

CONF-PSS-102 L'assenza di terapie conosciute **DEVE** essere esplicitamente indicata all'interno del Narrative Block.

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

1650

```
<component>
  <section>
    <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2' />
    <id root='$ID_SEZ' />
    <code code='10160-0' displayName='HISTORY OF MEDICATION USE'
      codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC' />
    <title>Terapie Farmacologiche</title>
    <text>
```

1655

\$NARRATIVE_BLOCK

1660

```
<!-- molteplicità 1 ...N – Descrizione Terapia Farmacologica -->
```

1665

```
</component>
```

Descrizione:

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

\$NARRATIVE_BLOCK = descrizione testuale del contenuto di sezione.

1670

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

\$NO_MEDICATION = Indicazione Assenza Terapie Note (vedi § 4.4.4)

4.4.2 Terapia

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

1675

CONF-PSS-103 Un elemento di tipo "Terapia" **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1".

1680

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

1685 Se presente, l'elemento *substanceAdministration/text/reference/@value* **DEVE** essere valorizzato con l'URI che punta alla descrizione della terapia nel narrative block della sezione.

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

1690 **CONF-PSS-104** Il valore per *substanceAdministration/statusCode* **DEVE** essere derivato dal ValueSet X_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted **STATIC**.

Si veda il paragrafo 6.2.1.2 per i possibili valori.

1695 Il primo elemento *effectiveTime* descrive l'intervallo di tempo in cui è in atto la terapia.

CONF-PSS-105 L'elemento *substanceAdministration/effectiveTime/low* **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con *@nullflavor* = "UNK".

1700 **CONF-PSS-106** L'elemento *substanceAdministration/effectiveTime/high* **DEVE** essere sempre presente quando lo *substanceAdministration/statusCode* è "completed" o "aborted"; **NON DEVE** essere presente negli altri casi.

1705 Un secondo elemento *effectiveTime* può descrivere la posologia. Vedi § 4.4.2.1 per i dettagli.

CONF-PSS-107 Un elemento di tipo "Terapia" **DEVE** includere una ed una solo Dettagli Farmaco, conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2".

1710 I sotto-elementi *<routeCode>*, *<doseQuantity>*, *<approachSiteCode>* e *<rateQuantity>* dell'elemento *<substanceAdministration>* **DOVREBBERO** includere un riferimento diretto alla parte narrativa attraverso un elemento di tipo *<originalText><reference>*

Sulla base delle considerazioni espresse, segue un esempio:

```

1715 <substanceAdministration classCode='SBADM' moodCode='INT|EVN'>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1" />
  <id root='$SID_SEZ' />
  <text><reference value='#$REF_MED' /></text>
  <statusCode code='active|suspended|aborted|completed' />
  <!-- Obbligatorio indica il periodo di inizio e fine della terapia -->
1720 <!-- Se non noto deve essere valorizzato a UNK -->
  <effectiveTime xsi:type='IVL_TS'>
    <low ( value='$LOW_TS' | nullFlavor="UNK" ) />
    <!-- OPZIONALE -->

```

1725	<pre> <high value='\$HIGH_TS' nullFlavor="UNK"/> </effectiveTime> <!--OPZIONALE usato per indicare la posologia: e.g. 2 volte il giorno,.....--> <effectiveTime operator='A' xsi:type='TS PIVL_TS EIVL_TS SXPR_TS'> \$POSOLOGIA </effectiveTime> </pre>
1730	<pre> <!--OPZIONALE --> <routeCode \$COD_VIA_SOMM /> <!--OPZIONALE --> <doseQuantity>\$DOSE</doseQuantity> <!--OPZIONALE --> </pre>
1735	<pre> <approachSiteCode code="\$COD_APP_COD"></approachSiteCode> <!--OPZIONALE --> <rateQuantity>\$RATE</rateQuantity> <consumable> \$FARMACO </consumable> </pre>
1740	<pre> </consumable> </substanceAdministration> </pre>

Descrizione:

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

1745 **\$REF_MED** = riferimento incrociato alla descrizione della terapia nella parte narrativa

\$FARMACO = Descrizione del farmaco somministrato/prescritto

\$LOW_TS = data di inizio terapia. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = UNK.

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

1750 **\$POSOLOGIA** = Informazioni concernenti la posologia. La strutturazione di questo elemento dipende dal tipo di dato usato. (vedi anche § 4.4.2.1 - Posologia)

\$COD_VIA_SOMM = codifica via di somministrazione. Da vocabolario HL7 RouteOfAdministration

1755 **\$DOSE** = Fornisce indicazioni circa il dosaggio. Deve essere strutturato nella forma <low value=' ' unit=' '/><high value=' ' unit=' '/>. Se non si tratta di un range si usano due valori low ed high coincidenti. Se la dose si riferisce a unità intere (e.g capsule, tavolette,...) l'attributo units non deve essere usato.

1760 **\$RATE** = frequenza di erogazione. Deve essere strutturato nella forma <low value=' ' unit=' '/><high value=' ' unit=' '/>. Se non si tratta di un range si usano due valori low ed high coincidenti.

\$COD_APP_COD = Codice che descrive il sito di somministrazione

4.4.2.1 Posologia

L'elemento *effectiveTime* può inoltre essere utilizzato anche per indicare la frequenza di assunzione di un farmaco (e.g due volte al giorno, prima dei pasti, etc). Le informazioni

1765 circa la posologia sono poi completate con l'indicazione della dose (e.g 1 fiala; 30 mg; ...) tramite l'elemento *doseQuantity*.

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

1770 Se indicate, le unità di misura sono derivate dal vocabolario HL7 *UnitsOfMeasureCaseSensitive*.

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

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

Tabella 4 - Frequenza.

4.4.3 Dettagli Farmaco

1775 Le informazioni di dettaglio relative al farmaco sono descritte attraverso un product (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2).

1780 **CONF-PSS-108** L'elemento *substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct* **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template:"
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2".

1785 La tipologia di farmaco oggetto della terapia è definita nell'elemento *substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial/code* che è un elemento **OBBLIGATORIO** che identifica il farmaco modellato nella classe *substanceAdministration*, attraverso la codifica ATC, AIC e/o dei Gruppi di Equivalenza (GE) secondo la codifica AIFA.

1790 Se presenti più codici (Es. ATC e AIC, o AIC e GE), nel *manufacturedProduct/code* **DEVE** essere riportato il codice del prodotto prescritto, mentre nell'elemento *translation* PUÒ essere riportata una codifica ulteriore. Gli attributi da valorizzare negli eventuali elementi *translation* sono gli stessi dell'elemento `<code>` riportati in precedenza.

1795 È possibile riportare il dosaggio ("strength") del farmaco e la sua forma farmaceutica ("pharmaceutical dose form") tramite gli elementi opzionali del *manufacturedMaterial* indicati nelle specifiche dell'International Patient Summary (IPS) che sfruttano un'estensione allo schema del CDA.

Il templateId del *manufacturedMaterial* IPS è "2.16.840.1.113883.10.22.4.3".

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

1800 Nel contesto italiano, il dosaggio del farmaco e la sua forma farmaceutica sono implicitamente espresse attraverso il codice AIC dello stesso.

- 1805 • Ogni elemento *substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial* **DEVE** avere l'elemento */manufacturedMaterial/code* valorizzato come segue:

 - 1810 ○ *code* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere uno dei valori previsti nel catalogo nazionale di codifica ATC, AIC o GE;
 - *codeSystem* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo UID (Unique Identifier String) rappresenta l'OID del sistema di codifica ATC, AIC o GE e **DEVE** assumere uno dei valori costanti **"2.16.840.1.113883.6.73"** o **"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5"** o **"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.51"**
 - 1815 ○ *codeSystemName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String), se presente, **DEVE** assumere uno dei valori costanti **"WHO ATC"** o **"Tabella farmaci AIC"** o **"Gruppi di Equivalenza"**;
 - *codeSystemVersion* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) rappresenta la versione del vocabolario.
 - *displayName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) assume il valore della descrizione del codice ATC, AIC o GE in oggetto.
- 1820 • *Inoltre, <manufacturedMaterial>/<code>* **PUÒ** gestire la componente *<translation>* le cui componenti **POSSONO** essere valorizzate come l'elemento *<code>* riportando una codifica ulteriore.

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

```

1825 <manufacturedProduct>
<templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2' />
<manufacturedMaterial>
1830 <code code="$COD_AIC"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5"
codeSystemName="AIC" displayName="$DESC_AIC">
<originalText><reference value=#$REF_FARM' /></originalText>
<!-- OPZIONALE -->
<translation code="$COD_ATC"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.73"
codeSystemName="ATC" displayName="$DESC_ATC" />
1835 </code>
</manufacturedMaterial>
</manufacturedProduct>

```

Descrizione:

1840 **\$REF_FARM** = riferimento incrociato alla descrizione del prodotto all'interno della parte narrativa

\$COD_AIC (\$DESC_AIC) = codice AIC (descrizione) del farmaco somministrato/prescritto

\$COD_ATC (\$DESC_ATC) = codice ATC (descrizione) associato al farmaco somministrato/prescritto

4.4.4 Indicazione Assenza Terapie note

1845 L'assenza di terapie note può essere esplicitamente indicata valorizzando il *substanceAdministration/code* secondo il Value Set AssenzaTerapieNote_PSSIT (si veda paragrafo 6.2.1.11 per i possibili valori).

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

1850 Tale condizione viene rappresentata dal template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3*.

CONF-PSS-109 L'assenza di terapie note **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una entry conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3".

1855 **CONF-PSS-110** Il valore dell'elemento *substanceAdministration/code* **DEVE** essere derivato dal value set AssenzaTerapieNote_PSSIT DYNAMIC.

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

1860

```

<substanceAdministration classCode='SBADM' moodCode='INT|EVN'>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3" />
  <id root='$ID_SEZ' />
  <code code="$COD_ASSENZA" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1150.1" codeSystemName="IPS" displayName="$DESC_ASSENZA" />
  <text><reference value='#$REF_MED' /></text>
</substanceAdministration>

```

1865 Descrizione:

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

\$REF_MED = riferimento incrociato alla descrizione della terapia nella parte narrativa

\$COD_ASSENZA = Codice relativo all'assenza di terapie note.

1870 **\$DESC_ASSENZA** = Descrizione relativa all'assenza di terapie note.

4.5 Vaccinazioni (Immunizations)

1875 Tutte le informazioni relative allo stato attuale di immunizzazione (vaccinazioni) del paziente e alle vaccinazioni effettuate dal MMG/PLS a cui il paziente si è sottoposto in passato devono essere descritte all'interno della sezione individuata dal codice LOINC "11369-6" ("Storia di immunizzazioni").

1880 Esempio di uso:

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

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

13/06/2007 DIFTERITE/TETANO

1885 Le informazioni gestite per indicare i dettagli della vaccinazione saranno:

- Nome Vaccino (Obbligatorio)
- Numero Richiamo (se indicato)
- Periodo di copertura
- Data Somministrazione (Obbligatorio)

1890

- Farmaco Utilizzato (codice AIC)
- Lotto Vaccino
- Eventuale Reazione
- Note

1895 Al momento tale sezione viene utilizzata per riportare le vaccinazioni, non le immunizzazioni "naturali". Quest'ultime potranno essere derivate dalle patologie (o storia delle malattie) remote (sezione "problems").

La sezione è opzionale.

1900

CONF-PSS-111 La sezione "Vaccinazioni" (LOINC: "11369-6", "Storia di immunizzazioni") **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.3.

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

1905

4.5.1 Requisiti di Sezione

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

1910 **CONF-PSS-112** La sezione "Vaccinazioni" ("11369-6") **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a "Vaccinazioni".

1915 **CONF-PSS-113** La sezione "Vaccinazioni" ("11369-6") **DEVE** contenere almeno una *entry/substanceAdministration* di tipo "Vaccinazione" conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.1".

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

```

1920 <component>
      <section>
        <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.3' />
        <id root='$ID_SEZ' />
        <code code='11369-6' displayName='Storia di immunizzazioni'
          codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC' />
        <title>Vaccinazioni</title>
1925 <text>
          $NARRATIVE_BLOCK
        </text>
        <!-- molteplicità 1 ...N - Immunization element -->
        <entry>
1930           $IMM_ITEM
        </entry>
      </section>
    </component>
  
```

Descrizione:

1935 **\$ID_SEZ** = ID Unico della sezione (data type HL7 II)

\$NARRATIVE_BLOCK = contenuto dell'elemento *text*.

\$IMM_ITEM = Vaccinazione (specializzazione dei '2.16.840.1.113883.10.20.1.24') vedi § 4.5.2 - Vaccinazione

4.5.2 Vaccinazione

1940 Le informazioni relative all'attività di vaccinazione sono fornite attraverso una *substance administration* (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.1).

CONF-PSS-114 L'elemento di tipo *Vaccinazione* **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.1".

1945 L'attributo *substanceAdministration/@negationInd* andrà valorizzato con "true" se si vorrà esprimere tramite la entry il motivo per cui una specifica vaccinazione non è stata eseguita, altrimenti andrà valorizzato con "false".

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

1950 Se l'elemento *substanceAdministration/text* è presente, allora *text/reference/@value* **DEVE** essere valorizzato con l'URI che punta alla descrizione della vaccinazione nel narrative block della sezione.

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

1955 L'elemento *effectiveTime* esprime la data e ora della vaccinazione. Se la data è sconosciuta, questo va registrato attraverso l'uso dell'opportuno attributo nullFlavor ("UNK").

1960 **CONF-PSS-115** Un elemento *substanceAdministration* **DEVE** includere uno ed un solo Dettagli Vaccino, conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.2".

1965 È possibile fornire informazioni aggiuntive relative alla vaccinazione, come ad esempio il numero di dose, eventuali reazioni avverse, commenti o annotazioni, tramite delle opportune classi referenziate attraverso la relazione *entryRelationship*. Qui di seguito sono descritte le relative regole da applicarsi per i diversi elementi aggiuntivi.

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

1970 Per descrivere il **numero della dose** viene utilizzato il template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4 di cui viene fornita una descrizione in § 4.5.3.2 - Numero della dose.

1975 **CONF-PSS-116** Una Vaccinazione **PUÒ** includere una ed una sola *entryRelationship/observation* che descrive il numero della dose (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4).

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

1980 **CONF-PSS-117** Una Vaccinazione **PUÒ** includere una ed una sola *entryRelationship/observation* che descrive il periodo di copertura (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.3).

1985 Una Vaccinazione **PUÒ** includere una o più Osservazione Reazione Avversa. Una Osservazione Reazione Avversa **PUÒ** essere in forma codificata (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1) o non codificata (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2).

1990 Il valore di *entryRelationship/@typeCode* in una relazione fra Vaccinazione ed una Osservazione Reazione Avversa, **DEVE** essere "CAUS", "Is etiology for" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC.

Vedi § 4.3.3.2.2 - Descrizione Reazione per i dettagli sui template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1" e "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2".

1995 Una vaccinazione può infine contenere uno o più commenti e annotazioni, descritti attraverso un atto conforme al template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7, di cui viene fornita una descrizione nel § 4.3.3.5 - Commenti.

2000 In particolare, se l'attributo *substanceAdministration/@negationInd* è valorizzato con "true" (per indicare che una specifica vaccinazione non è stata eseguita) allora **DOVREBBE** essere presente almeno una entry "Comment" per riportare il motivo della mancata vaccinazione.

2005 Il valore di *entryRelationship/@typeCode* in una relazione fra una Vaccinazione ed i suoi commenti (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7) **DEVE** essere "SUBJ" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC.

Sulla base delle considerazioni espresse, segue un esempio:

```

2010 <substanceAdministration classCode='SBADM' moodCode='INT|EVN' negationInd='true|false'>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.1" />
  <id root='$ID_SEZ' />
  <code code='IMMUNIZ' codeSystem='2.16.840.1.113883.5.4' codeSystemName='ActCode' />
  <text><reference value='#$REF_DESC_VACC' /></text>
  <statusCode code='completed' />
  <!-- Obbligatorio indica la data della vaccinazione -->
  <!-- Se non noto deve essere valorizzato a UNK -->
2015 <effectiveTime value='$DATA_VACC' | nullFlavor="UNK" />
  <!-- OPZIONALE -->
  <routeCode $COD_VIA_SOMM />
  <consumable>
2020   $VACCINO
  </consumable>
  <!-- Elemento Opzionale indica il numero della dose -->
   $NUMERO_DOSE
  <!-- Elemento Opzionale indica il periodo di copertura -->

```

\$COPERTURA

<!-- Elemento Opzionale indica reazioni avverse -->

\$REAZIONI

<!-- Elemento Opzionale Opzionali Note -->

\$NOTE

</substanceAdministration>

2025

2030

Descrizione:

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

\$REF_DESC_VACC = riferimento incrociato alla descrizione dell'intero elemento (vaccinazione) all'interno della parte narrativa

\$DATA_VACC = Data della vaccinazione

2035

\$COD_VIA_SOMM = codifica via di somministrazione. Da vocabolario HL7 RouteOfAdministration

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

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

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

2040

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

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

4.5.3 Dettagli Vaccino

Il farmaco utilizzato nel vaccino è espresso attraverso l'elemento *manufacturedProduct* che è rappresentato attraverso il template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.2".

2045

CONF-PSS-118 L'elemento *substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct* **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.2".

2050

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

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

2055

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

2060

In particolare, nell'elemento *manufacturedMaterial/code*, **DEVE** essere riportato il codice AIC relativo al vaccino, o altro sistema di codifica che indichi il tipo di vaccino, e nel

componente *translation* del code **PUÒ** essere inserito il codice ATC relativo al principio attivo dello stesso vaccino.

2065

CONF-PSS-119 Se disponibile il codice prodotto AIC del farmaco, ogni elemento *manufacturedProduct/manufacturedMaterial* **DEVE** avere l'elemento *manufacturedProduct/manufacturedMaterial/code* valorizzato come segue:

2070

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

2075

2080

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

2085

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

2090

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

2095

```
<consumable typeCode='CSM'>
  <manufacturedProduct classCode='MANU'>
    <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.2' />
    <manufacturedMaterial classCode='MMAT' determinerCode='KIND'>
```

2100

```
      ( <code code='<span style='color:red'>${COD_VACC}</span>' codeSystem='2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5'
        codeSystemName='<span style='color:red'>${COD_SC_VACC}</span>' displayName='<span style='color:red'>${DESC_VACC}</span>'>
    OR
```

2105

```
    <!-- IN ASSENZA DI CODIFICA DEFINITA USARE la seguente soluzione -->
    <code nullFlavor='OTH'>
      <originalText><reference value='#<span style='color:red'>${REF_DESC_VACCINO}</span>' /></originalText>

    <!-- OPZIONALE: se è noto il codice AIC del farmaco viene passato così -->
    <translation code='<span style='color:red'>${COD_FARM}</span>' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.73' codeSystemName='AIC' displayName='<span style='color:red'>${DESC_FARM}</span>'>
      <originalText><reference value='#<span style='color:red'>${REF_FARMACO}</span>' /></originalText>
```

2110

```

    </translation>
  </code>
  <lotNumberText>$LOTTO_VACCINO</lotNumberText>
</manufacturedMaterial>
</manufacturedProduct>
</consumable>

```

2115

Descrizione:

\$COD_VACC (\$DESC_VACC) = Codice (e descrizione) del vaccino all'interno dello schema di codifica individuato (*Nota: manca al momento una codifica condivisa dei vaccini*)

\$COD_SC_VACC = OID dello schema di codifica usato per i vaccini

2120

\$REF_DESC_VACCINO = riferimento incrociato alla descrizione del vaccino all'interno della parte narrativa

\$COD_FARM (\$DESC_FARM) = codice AIC (descrizione) del farmaco usato per la vaccinazione

2125

\$REF_FARMACO = riferimento incrociato alla descrizione del farmaco usato per la vaccinazione all'interno della parte narrativa

\$LOTTO_VACCINO = Lotto del vaccino.

4.5.3.1 *Periodo di copertura*

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

2130

CONF-PSS-120 L'elemento "Periodo di Copertura" **DEVE** essere rappresentato attraverso un'observation conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.3".

2135

CONF-PSS-121 Il valore di *observation/code* **DEVE** essere *@code* = "59781-5", *@displayName* = "Validità della dose", *@codeSystem* = "2.16.840.1.113883.6.1" LOINC STATIC.

2140

CONF-PSS-122 Il valore per *observation/statusCode/@code* **DEVE** essere valorizzato con "completed".

2145

<!-- OPZIONALE PERIODO DI COPERTURA -->

2150

```

<entryRelationship typeCode="REFR">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <!-- Periodo Copertura -->
    <templateId root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.3 />
    <code code="59781-5" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName=" Validità della dose"/>
    <statusCode code="completed"/>
  </observation>
</entryRelationship>

```

```
<value xsi:type="IVL_TS "><high value="$VAL_COP_VACC" ></high></value>
</observation>
</entryRelationship>
```

2155 Descrizione:

\$VAL_COP_VACC = Periodo di copertura del vaccino in base, espresso come data di scadenza della copertura.

4.5.3.2 Numero della dose

2160 Il numero della dose del vaccino è indicato utilizzando un elemento conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4*.

2165 **CONF-PSS-124** Il "Numero della dose" di una vaccinazione **DEVE** essere rappresentato attraverso un'observation conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4*.

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

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

2170 L'elemento *observation/value* **DEVE** essere sempre un intero (*xsi:type='INT'*). L'attributo *@value* **DEVE** essere presente.

```
<entryRelationship typeCode='SUBJ'>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4"/>
    <code code='30973-2' displayName='Numero dose'
      codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>
    <statusCode code='completed'/>
    <value xsi:type='INT' value='$NUM_RICHIAMO'/>
  </observation>
</entryRelationship>
```

2175

2180

Descrizione:

\$NUM_RICHIAMO = numero del richiamo

4.6 Lista dei Problemi (Problems)

2185 Questa sezione riporta la lista dei problemi clinici, i sospetti diagnostici e le diagnosi certe, i sintomi attuali o passati, le liste delle malattie pregresse e gli organi mancanti che il medico titolare dei dati del paziente, fra tutti i problemi presenti nella cartella informatizzata, ritiene significativi per riassumere la storia clinica e la condizione attuale dell'assistito.

2190 Questa sezione è individuata dal codice LOINC "11450-4" (*"Lista dei problemi"*).

In questa sezione andranno pertanto rappresentati almeno i seguenti item:

- Patologie croniche e/o rilevanti
- Organi mancanti
- Diagnosi di trapianti effettuati

2195 • Rilevanti malformazioni.

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

2200 Di seguito sono riportati alcuni esempi di rappresentazione del contenuto di questa sezione:

Organi Mancanti

- Organi mancanti: gamba destra

Note di Storia Clinica

- NOTA generale: fin da piccola era cagionevole di salute

2205 Patologie

- BRONCHITE ASMATICA (2008 Apr)
- DIABETE MELLITO (2008 Apr)
- BRONCHITE CRONICA OSTRUTTIVA (2008 Apr)
- IPERTENSIONE ARTERIOSA (1997)

2210 • ANGINA PECTORIS (1997)

Patologie remote

- K CUTANEO (1997)

2215

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

2220 La sezione è obbligatoria.

CONF-PSS-125 La sezione “Lista dei Problemi” (LOINC: “11450-4”, “Lista dei problemi”) **DEVE** includere l’identificativo di template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.4.

2225 4.6.1 Requisiti di sezione

CONF-PSS-126 La sezione “Lista dei Problemi” (“11450-4”) **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a “Lista dei Problemi”.

2230 **CONF-PSS-127** La sezione “Lista dei Problemi” (“11450-4”) **DEVE** contenere almeno una *entry/act* di tipo “Problema” conforme al template “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1”.

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

```

2235 <component>
    <section>
        <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.4" />
        <id root="$ID_SEZ"/>
        <code code="11450-4" displayName="Lista dei Problemi"
2240   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
        <title>Lista dei Problemi</title>
        <text>
            $NARRATIVE_BLOCK
        </text>
        <!--1..* Problem Concern Entry element -->
2245 <entry>
            $PROBLEM_ACT
        </entry>
        <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..1-->
            $NOTE
2250 </section>
    </component>

```

Descrizione:

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

2255 **\$NARRATIVE_BLOCK** = descrizione testuale del contenuto di sezione.
\$PROBLEM_ACT = Problem, inteso nella sua accezione più generale (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1”). Vedi § 4.6.2 - Problema.

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

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

2260 È inoltre possibile utilizzare un elemento “Commenti” (**\$NOTE**) nel caso in cui, in presenza di uno o più elementi **\$PROBLEM_ACT** che indichino la presenza di uno o più tipi di Problema, si voglia comunque sottolineare la concomitante assenza di altri problemi (patologie croniche o rilevanti, organi mancanti, trapianti, malformazioni rilevanti), in relazione agli elementi obbligatori indicati all’inizio del presente capitolo.

2265 **4.6.2 Problema**

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

2270 Un organo mancante, un trapianto, una patologia cronica, una malformazione vengono rappresentati come “Problema”.

CONF-PSS-128 Un elemento di tipo “Problema” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template dell’act: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1”.

2275 **CONF-PSS-129** Un elemento di tipo “Problema” **DEVE** includere almeno una *entryRelationship/observation* “Dettagli Problema”, conforme al seguente template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.2”

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

2280 Il valore per *act/statusCode* **DEVE** essere derivato dal ValueSet X_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC. Si veda il paragrafo 6.2.1.2.

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

2285 Nel caso in cui si voglia esplicitare l’assenza di problemi, allora per lo *statusCode* si utilizzerà un @nullFlavor = “NA” ad indicare che non è applicabile il concetto di stato del problema.

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

CONF-PSS-130 L’elemento *act/effectiveTime/@low* **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con @nullflavor = “UNK”.

2290

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

2295 Per riportare i riferimenti interni al Problema viene utilizzato il template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.3, di cui viene fornita una descrizione nel § 4.6.3.5 - Riferimenti Interni.

CONF-PSS-131 Un elemento *entry/act* di tipo “Problema” **PUÒ** contenere una o più *entryRelationship/act* che descrivono i riferimenti interni al Problema (1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.4.1)

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

```

<act classCode='ACT' moodCode='EVN'>
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1" />
<id root='$ID_SEZ' />
<code nullFlavor='NA' />

<!-- OPZIONALE -->
<statusCode code='$STATUS_CODE' />

<effectiveTime>
  <low ( value='$LOW_TS' | nullFlavor="UNK" ) />
  <!-- OPZIONALE -->
  <high nullFlavor='$HIGH_TS' />
</effectiveTime>

<!-- UNA SOLA entry relationships USATO PER INDICARE IL PROBLEMA PRINCIPALE -->
<entryRelationship type='SUBJ' inversionInd='false'>
  $PROBLEM_OBS
</entryRelationship>

<!-- OPZIONALE usato per gestire le relazioni molteplicità 0...N -->
<entryRelationship type='REFR' inversionInd='false'>
  $RIFERIMENTO
</entryRelationship>
</act>
  
```

Descrizione:

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

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

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

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

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

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

4.6.3 Dettagli problema

Il dettaglio di un Problema è descritto come una Observation.

2345 **CONF-PSS-132** L'elemento di tipo "Dettagli Problema" **DEVE** essere conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.2".

CONF-PSS-133 L'elemento *observation/id* **DEVE** avere molteplicità 1

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

2350

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

Si veda il paragrafo 6.2.1.12 per i possibili valori.

2355 Si suggerisce di utilizzare sempre il valore "75326-9" – "Problema", salvo nei casi in cui è specificato diversamente.

2360 Se presente, l'attributo *code/originalText/reference/@value* **DEVE** essere valorizzato con l'URI che punta alla descrizione testuale del problema o alla descrizione tratta dal sistema di classificazione ICD9-CM contenuta all'interno del narrative block.

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

2365 L'elemento *effectiveTime*, di tipo IVL<TS>, descrive l'intervallo di tempo in cui ciò che viene osservato è attivo.

CONF-PSS-134 L'elemento *effectiveTime/low* **DEVE** essere sempre presente; nel caso non se ne conosca il valore **DEVE** essere valorizzato con *@nullflavor="UNK"*

2370 Nel caso in cui i Dettagli Problema siano relativi alla Mancanza di organi, tessuti o insiemi complessi, l'elemento *observation/value/@code* **PUÒ** essere selezionato da uno dei Value Set OrganiMancanti_ICD9_PSSIT e OrganiMancanti_ICD10_PSSIT DYNAMIC definiti rispettivamente a partire da ICD9-CM e ICD10.

Si vedano i paragrafi 6.2.1.13 e 6.2.1.14 per i possibili valori.

2375

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

Si veda il paragrafo 6.2.1.15 per i possibili valori.

2380

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

Si veda il paragrafo 6.2.1.16 per i possibili valori.

2385

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

2390

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

2395

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

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

2400

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

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

2405

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

Vedi § 4.6.3.3 - Cronicità del problema, per dettagli.

2410

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

2415

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

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

2420

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

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

2425 In base alle condizioni sopra espresse, l'elemento sarà così strutturato:

```

<observation classCode='OBS' moodCode='EVN' negationInd='false|true'>
  <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.2' />
  <id root='$ID_SEZ' />
  <code code='$OBS_CODE' displayName='$OBS_DESC'
    codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC' />
  <statusCode code='completed' />
  <effectiveTime>
    <low ( value='$LOW_TS' | nullFlavor="UNK" ) />
    <!-- OPZIONALE -->
    <high low ( value='$HIGH_TS' | nullFlavor="UNK" ) />
  </effectiveTime>
  <value xsi:type='CD' ( code='$COD_PROB' displayName='$DESC_PROB'
    codeSystem='2.16.840.1.113883.6.103' codeSystemName='ICD-9CM (diagnosis codes)' | nullFlavor="OTH">
    <originalText><reference value='#$REF_PROBLEMA' /></originalText>
  </value>
  <!-- Descrizione della gravità del problema 0..1-->
  $SEVERITY
  <!-- Stato clinico del problema molteplicità 0..1-->
  $STATO_CLINICO_PROBLEMA
  <!-- Stato clinico del problema molteplicità 0..1-->
  $CRONICITA_PROBLEMA
  <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..N-->
  $NOTE
</observation>
  
```

2455 Descrizione:

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

\$OBS_CODE , **\$OBS_DESC** = Indica il tipo di problema osservato.

2460 **\$LOW_TS** = data di insorgenza del problema. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = **UNK**.

\$HIGH_TS = data di risoluzione del problema. Se il problema è ancora attivo questo valore deve essere omissso.

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

\$COD_PROB = codice del problema (e.g diagnosi) secondo la codifica ICD9-CM

2465 **\$REF_PROBLEMA** = riferimento incrociato al testo presente nella parte narrativa

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

\$STATO_CLINICO_PROBLEMA = Indicazione dello stato del problema rilevato. Vedi § 4.6.3.2 - Stato clinico del problema

2470 **\$CRONICITA_PROBLEMA** = Indicazione dello stato di cronicità del problema rilevato. Vedi § 4.6.3.3 - Cronicità del problema

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

4.6.3.1 **Gravità del Problema**

2475 La gravità del Problema è indicata utilizzando un elemento conforme al template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.4.

2480 **CONF-PSS-135** La rappresentazione della gravità di un problema **DEVE** includere l'identificativo di template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.4".

CONF-PSS-136 L'elemento *observation/value* **DEVE** essere sempre un valore codificato (*xsi:type='CD'*).

2485 **CONF-PSS-137** Il valore di *observation/value* **DEVE** essere derivato dal ValueSet SeverityObservation 2.16.840.1.113883.5.1063 DYNAMIC.

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

4.6.3.2 **Stato clinico del problema**

2490 Le informazioni riguardanti lo stato clinico di un problema sono descritte tramite un elemento *observation* conforme al template "*TemplateStatoProblema*" (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6).

I possibili valori definiscono un problema come attivo o inattivo.

2495 Tramite questo elemento è possibile riportare nella parte testuale (elemento *text*) le informazioni legate alle circostanze di risoluzione (*resolution circumstances*) del problema riportato.

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

2500 4.6.3.3 **Cronicità del problema**

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

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

2505 **CONF-PSS-138** Lo stato di cronicità un problema **DEVE** essere rappresentato attraverso una *observation* conforme al template “TemplateCronicitàProblema” “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.5”.

2510 **CONF-PSS-139** Per la *observation* relativa alla cronicità del problema, il valore di *observation/code* **DEVE** essere *@code* “89261-2”, *@displayName* “Decorso clinico”, *@codeSystem* “2.16.840.1.113883.6.1”, LOINC STATIC.

2515 I possibili stati di cronicità di un problema (*observation/value/@code*) **DEVONO** essere selezionati dal Value Set CronicitàProblema_PSSIT DYNAMIC derivato dal LOINC (*@codeSystem* “2.16.840.1.113883.6.1”).

Vedi 6.2.1.27 - CronicitàProblema_PSSIT.

2520 **CONF-PSS-140** L’elemento *observation/value/@code* che esprime lo stato di cronicità di un problema **DEVE** essere selezionato dal Value Set CronicitàProblema_PSSIT DYNAMIC derivato dal LOINC.

Segue un esempio.

```

2525 <entryRelationship typeCode='REFR' inversionInd='false'>
  <observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.5" />
    <code code="89261-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"/>
    <text><reference value="#$REF_CRON"/></text>
    <statusCode code='completed' />
    <value xsi:type="CE" code="$COD_CRON"
2530     codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
     displayName="$DESC_CRON"/>
  </observation>
</entryRelationship>

```

Descrizione:

2535 **\$REF_CRON** = riferimento incrociato alla descrizione dello stato di cronicità nella parte narrativa.

\$DESC_CRON = descrizione stato di cronicità.

\$COD_CRON = codice stato di cronicità.

4.6.3.4 Note e Commenti

2540 Per ogni problema è possibile gestire eventuali riferimenti a note e commenti di vario genere che il medico ritiene opportuno inserire nel CDA-PSS.

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

2545 **4.6.3.5 Riferimenti Interni**

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

Per gestire tali riferimenti si definisce il template Riferimenti Interni ("2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.3").

2550 Segue un esempio.

```

<entryRelationship typeCode='$TIPO_REL' inversionInd='true|false'>
  <act classCode='ACT' moodCode='$ACT_MOOD'>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.3"/>
    <id root='$ID_REF' />
    <!-- Obbligatorio coincide col codice presente nell'elemento referenziato; se l'elemento referenziato non ha un code deve essere valorizzato
    l'attributo nullFlavor con "NA" -->
    <code ( code='$COD_ACT' codeSystem='$COD_SYS_ACT' codeSystemName="$DESC_COD_SYS_ACT" displayName='$DESC_ACT |
    nullFlavor="NA")>
  </act>
</entryRelationship>
  
```

2555

2560

Descrizione:

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

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

2565 **\$ACT_MOOD** = Indica se l'atto è concepito come un fatto, una intenzione, una richiesta una aspettativa, etc. Derivato dal vocabolario di HL7 ActMood.

\$COD_ACT = codice dell'atto referenziato

\$DESC_ACT = descrizione dell'atto referenziato

\$DESC_COD_SYS_ACT = descrizione del sistema di codifica utilizzato

2570 **\$COD_SYS_ACT** = OID dello schema di codifica utilizzato.

4.7 Anamnesi Familiare (Family History)

2575 La sezione Anamnesi Familiare è individuata dal codice LOINC “10157-6” (“*Storia di malattie di membri familiari*”). Qui vengono riportate informazioni mediche relative ai parenti biologici del paziente, nella misura in cui sono conosciute, con particolare riferimento alle malattie di cui hanno sofferto. Se necessario, vengono indicate l’età di morte e la causa di morte. Tali informazioni servono a qualificare potenziali fattori di rischio per il paziente.

2580

Esempi di asserzioni sulla familiarità possono essere :

2585

- Familiarità per ASMA (439.9): ASSENTE
- Familiarità per K SISTEMA NERVOSO (129.9) [senza altra informazione]
- Familiarità per DEFICIT VISIVI (369.2): padre, nonna paterna, zio
- 2585 • Familiarità per IMA PRECOCE: padre morto prima dei 51 anni di IMA [Inf. Mioc. Acuto, ma non esiste un codice per IMA PRECOCE]
- Familiarità per Diabete: padre insorgenza a 15 anni.
- Familiarità per Diabete: nonna paterna NON DIABETICA
- 2590 • Il paziente non ricorda casi di diabete in famiglia, ma sa che qualcuno ha avuto problemi di ipertensione.

La sezione è opzionale.

2595

CONF-PSS-141 La sezione Anamnesi Familiare (“10157-6” – “*Storia di malattie di membri familiari*”) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.16.

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

4.7.1 Requisiti di sezione

2600

CONF-PSS-142 La sezione Anamnesi Familiare (“LOINC Code 10157-6”) **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a “*Anamnesi Familiare*”.

2605

CONF-PSS-143 La sezione “Anamnesi Familiare” (“10157-6”) **PUÒ** contenere una o più *entry* di tipo “*Organizer Anamnesi Familiare*” conforme al template “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1”.

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

2610

```
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.16"/>
    <id root='$ID_SEZIONE' extension=' '/>
    <code code='10157-6' displayName='Storia di malattie di membri familiari' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1'
codeSystemName='LOINC'/>
    <text>
      $NARRATIVE_BLOCK
    </text>
  </section>
</component>
```

2615

Dove:

2620

- **\$ID_SEZ** = ID Unico della sezione (data type HL7 II)
- **\$NARRATIVE_BLOCK** = contenuto della sezione <text>

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

2625

```
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.16"/>
    <id root='$ID_SEZ'/>
    <code code='10157-6' displayName="Storia di malattie di membri familiari" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC"/>
    <title>Family History</title>
    <text>
      $NARRATIVE_BLOCK
    </text>
    <!-- Organizer delle entry codificate da 1 a N -->
    <entry>
      <organizer classCode='CLUSTER' moodCode='EVN'>
        <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1"/>
        .....
        <!-- 1..* Familiarità -->
        <component>
          $FAM_OBS
        </component>
      </organizer>
    </entry>
  </section>
</component>
```

2630

2635

2640

2645

Dove:

2650

- **\$ID_SEZ** = ID Unico della sezione (data type HL7 II)
- **\$NARRATIVE_BLOCK** = contenuto della sezione <text> vedi esempio
- **\$FAM_OBS** = contenuto codificato anamnesi familiare.

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

2655 4.7.2 Organizer Anamnesi Familiare

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

2660 **CONF-PSS-144** L'elemento “*Organizer Anamnesi Familiare*” **DEVE** includere il seguente identificativo di template: 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1.

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

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

2665 **CONF-PSS-145** L'elemento “*Organizer Anamnesi Familiare*” **DEVE** includere almeno un elemento “*Dettaglio Anamnesi Familiare*” conforme al template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2.

2670 L'organizer conterrà uno e un solo *subject* che è il soggetto cui si riferiscono le *observation* (es. padre, madre, ecc.), tenuto conto che le *participation* si propagano agli elementi contenuti, *subject* è implicitamente già definito nelle *observation*.

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

2675 **CONF-PSS-146** Il *relatedSubject* **DEVE** avere un attributo @classCode valorizzato a “PRS” - personal relationship.

CONF-PSS-147 Il relatedSubject **DEVE** inoltre contenere il *code*, il cui contenuto deve essere relativo ad un value set atto a specificare il grado di parentela.

2680 **CONF-PSS-148** Il relatedSubject **DOVREBBE** contenere uno e un solo *subject* contenente a sua volta uno e un solo *administrativeGenderCode* ad indicare il sesso del parente biologico.

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

2685

```
<entry>
  <organizer classCode='CLUSTER' moodCode='EVN'>
    <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1' />
    <id root='$ID_SEZ' />
    <code code="10157-6" displayName="Storia di malattie di membri familiari" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <subject typeCode='SBJ'>
      <relatedSubject classCode='PRS'>
        <code code='$COD_PAR' displayName='$DESC_PAR' codeSystem=2.16.840.1.113883.5.111' codeSystemName='RoleCode' />
      </relatedSubject>
    </subject>
  </organizer>
```

2690

2695 </subject>
 <!-- zero or più participants linking to other relations -->
 <!--1..* Familiarità (Organizer)-->
 <component>
 \$FAM_OBS
 2700 </component>
 </organizer>
 </entry>

Dove:

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

2705 **\$COD_PAR (\$DESC_PAR)** = codice che identifica il grado di parentela con il paziente. Tale valore DEVE essere derivato dalla tabella PersonalRelationshipRoleType ('RoleCode')

\$ FAM_OBS = Dettaglio Anamnesi Familiare per il parente in oggetto.

4.7.3 Dettaglio Anamnesi Familiare

2710 Le informazioni codificate circa il dettaglio delle osservazioni cliniche relative ad un parente biologico sono definite attraverso un elemento di tipo observation (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2).

2715 **CONF-PSS-149** L'elemento "Dettaglio Anamnesi Familiare" **DEVE** includere il seguente identificativo di template: 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2.

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

2720 Per fornire informazioni circa l'età di insorgenza o morte del soggetto, il Dettaglio Anamnesi Familiare conterrà una *entryRelationship* conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3" (Template Età Insorgenza).

2725 **CONF-PSS-150** L'elemento "Dettaglio Anamnesi Familiare" **PUÒ** includere un elemento "Età Insorgenza" conforme al template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3.

CONF-PSS-151 L'Età Insorgenza (templateId 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3) **DEVE** essere rappresentata attraverso una *entryRelationship/observation*.

2730 **CONF-PSS-152** Il valore di *entryRelationship/@typeCode* in una relazione fra una observation Dettaglio Anamnesi Familiare ed l'*observation* "Età Insorgenza" **PUÒ** essere "SUBJ" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC.

2735 **CONF-PSS-153** Il valore di *observation/@classCode* in un'Età Insorgenza **DEVE** essere valorizzato con "OBS" e l'attributo *observation/@moodCode* valorizzato con "EVN".

2740 **CONF-PSS-154** Il valore di *observation/code* in un'Età Insorgenza **DEVE** essere derivato dal value set EtàInsorgenza_PSSIT DYNAMIC, derivato dal LOINC ("2.16.840.1.113883.6.1").

Si veda 6.2.1.17 per i possibili valori.

2745 **CONF-PSS-155 DEVE** essere presente un unico *observation/statusCode* che **DEVE** essere valorizzato con *@code="completed"* 2.16.840.1.113883.5.14 ActStatus STATIC.

CONF-PSS-156 DEVE essere presente un unico *observation/value*, da valorizzare con opportuno data type.

2750 L'assenza di familiarità di una patologia si esprime impostando la proprietà *negationInd* a "true", e specificando la patologia in relazione al parente, come se la patologia fosse esistente. Difatti la proprietà *negationInd* impostato a "true" inverte il significato della associazione.

2755 In base alle condizioni sopra espresse, la entry potrà essere così strutturata:

```

2760 <observation typeCode='OBS' moodCode='EVN'>
  <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2' />
  <id root='$ID_OBS' />
  <code code="$OBS_TYPE" displayName="" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" />
  <text><reference value='#$REF_OBS' /></text>
  <statusCode code='completed' />
  <effectiveTime (value="$DT_OBS" | nullFlavor="UNK" ) />
  <value xsi:type='CD' code='$OBS_CODE' displayName='$OBS_DISPLAY_NAME' codeSystem=' $COD_SYS'
    codeSystemName='$COD_SYS_NAME' />
2765 <!-- Opzionale Età Insorgenza -->
  $ETA
</observation >

```

Dove:

\$ID_OBS = ID Unico dell'osservazione (data type HL7 II)

2770 **\$OBS_TYPE** = tipologia di osservazione.

\$DT_OBS = data a cui l'osservazione di riferisce.

\$COD_CODE (\$OBS_DISPLAY_NAME) = codice (descrizione) della osservazione secondo la codifica ICD-9-CM.

\$REF_OBS = riferimento incrociato alla descrizione della familiarità nella parte narrativa.

2775 **\$ETA** = struttura usata per indicare le informazioni circa l'età di insorgenza o morte del soggetto (template 16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3).

Segue un esempio della *entryRelationship* relativa alle informazioni circa l'età di insorgenza o morte del soggetto (observation Età Insorgenza).

```

2780 <entryRelationship typeCode="SUBJ" inversionInd="true">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3"/>
        <code code="35267-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" displayName="Età diagnosi patologia"/>
        <statusCode code="completed"/>
2785 <!-- indicazione non precisa dell'età: e.g. dopo i...; prima dei ...; fra l ed l -->
        <!-- ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->
        <value xsi:type="IVL_PQ">
          <low value="$L_ETA" unit="$ETA_UNIT"/>
          <high value="$H_ETA" unit="$ETA_UNIT"/>
2790 </value>
        <!-- OR -->
        <!-- Indicazione precisa dell'età -->
        <value xsi:type="PQ" value="$V_ETA" unit="$ETA_UNIT"/>
        </observation>
2795 </entryRelationship>
  
```

Dove:

\$V_ETA (\$L_ETA ; \$H_ETA) = età (limite inferiore; limite superiore) di insorgenza o morte del soggetto

\$ETA_UNIT = unità di misura usata per l'indicazione dell'età secondo la seguente tabella

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

2800 **Tabella 5 – Unità di misura età**

Nota: gli elementi *high* o *low* possono essere usati per indicare intervalli di età: e.g. prima dei 15 anni potrà essere rappresentato usando l'elemento `<high value="15" unit="a">`; dopo le due settimane `<low value="2" unit="wk">`

2805 Esempio di Narrative Block:

2810

2815

2820

2825

2830

2835

```

<text>
  <table border="1" width="100%">
    <tbody>
      <tr>
        <td ID="fam_str_1">Familiarità per <content ID="fam_1"> ASMA (439.9)</content> : ASSENTE </td>
      </tr>
      <tr>
        <td ID="fam_str_2">Familiarità per <content ID="fam_2">K SISTEMA NERVOSO (129.9) </content>
      </td>
      </tr>
      <tr>
        <td ID="fam_str_3">Familiarità per <content ID="fam_3">DEFICIT VISIVI (369.2)</content> : padre, nonna paterna, zio</td>
      </tr>
      <tr>
        <td ID="fam_str_4">Familiarità per <content ID="fam_4">IMA PRECOCE</content> : padre morto prima dei 51 anni di
      IMA</td>
      </tr>
      <tr>
        <td ID="fam_str_5">Familiarità per <content ID="fam_5">Diabete</content> : padre insorgenza a 15 anni.</td>
      </tr>
      <tr>
        <td ID="fam_str_6">Familiarità per <content ID="fam_7">Diabete </content>: Nonna paterna NON DIABETICA</td>
      </tr>
      <tr>
        <td ID="fam_str_7">paziente non ricorda casi di diabete in famiglia, ma sa che qualcuno ha avuto problemi di
      ipertensione</td>
      </tr>
    </tbody>
  </table>
</text>

```

Esempio di Family History Organizer.

2840

2845

2850

2855

2860

```

<!-- ++++++ -->
<!-- PADRE CON più PATOLOGIE Età Insorgenza e Morte-->
<!-- ++++++ -->
<entry typeCode="DRIV">
  <organizer moodCode="EVN" classCode="CLUSTER">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1"/>
    <id root="d42ecf70-5c99-11db-b0de-0800201c9a66"/>
    <code code="10157-6" displayName="Storia di malattie di membri familiari" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <subject typeCode="SBJ">
      <relatedSubject classCode="PRS">
        <code code="NFTH" displayName="Padre Naturale" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.111" codeSystemName="RoleCode"/>
      </relatedSubject>
    </subject>
  </component>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <!-- Family history cause of death observation template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2"/>
    <id root="d42ebf70-5c89-11db-b0de-0800200c9a66"/>
    <code code="ASSERTION" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
    <statusCode code="completed"/>

```

2865

2870

2875

2880

2885

2890

2895

2900

2905

2910

```

<value xsi:type="CD" code="410.9" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.104" displayName="infarto miocardio"/>

<entryRelationship typeCode="SUBJ" inversionInd="true">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3"/>
    <!-- Age observation template -->
    <code code="39016-1" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" displayName="Età morte"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <value xsi:type="IVL_PQ">
      <high value="51" unit="a"/>
    </value>
  </observation>
</entryRelationship>
</observation>
</component>

<!--=====-->
<!-- Deficit Visivo -->
<!--=====-->
<component>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2"/>
    <id root="d42ebf70-5c89-11db-b0de-0800200c9b66"/>
    <code code="52797-8" displayName="Codice diagnosi ICD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
    <text>
      <reference value="#fam_str_4"/>
    </text>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime nullFlavor="UNK"/>
    <value xsi:type="CD" code="369.2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD-9-CM (diagnosis codes)"
      displayName="Deficit Visivi">
      <originalText>
        <reference value="#fam_4"/>
      </originalText>
    </value>
  </observation>
</component>

<!--=====-->
<!-- Diabete comparso a 15 anni -->
<!--=====-->
<component>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2"/>
    <id root="d42ebf70-5c89-11db-b0df-0800200c9b66"/>
    <code code="52797-8" displayName="Codice diagnosi ICD" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
    <text>
      <reference value="#fam_str_5"/>
    </text>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime nullFlavor="UNK"/>

```

2915

2920

2925

2930

```
<value xsi:type="CD" code="250" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD-9-CM (diagnosis codes)"
displayName="Diabete">
  <originalText>
    <reference value="#fam_5"/>
  </originalText>
</value>
<!-- Indicazione Età insorgenza -->
<entryRelationship typeCode="SUBJ" inversionInd="true">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3"/>
    <!-- Age observation template -->
    <code code="35267-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" displayName="Età diagnosi patologia"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <value xsi:type="PQ" value="15" unit="a"/>
  </observation>
</entryRelationship>
</observation>
</component>
</organizer>
</entry>
```

4.8 Stile di Vita (Social History)

2935 Questa sezione (individuata dal codice LOINC “29762-2”, “*Stile di vita*”) contiene i dati che definiscono lo stile di vita del paziente, l’attività lavorativa, la condizione sociale, fattori di rischio ambientali; così come informazioni amministrative come stato civile, livello di istruzione, razza, etnia, affiliazioni religiose.

Sono da riportarsi gli elementi che potrebbero avere una influenza sulla rappresentazione del quadro clinico, o sullo stato di benessere psicologico o fisico, del paziente.

2940 Esempi di informazioni che possono essere incluse in questa sezione:

- Fumo (Forte fumatore, Numero di sigarette/die)
- Uso di alcolici (Astemio, Numero bicchieri/die)
- Titolo di studio (Laureato)
- Religione (Testimone di Geova)
- 2945 • Razza (Caucasico)
- Professione (In pensione, ex impiegata)
- Stato civile (Sposata, due figli)
- Esposizione ad agenti tossici
- Diete in atto
- 2950 • Attività fisica

Nel contesto di questo documento si assume che siano riportati gli ultimi dati aggiornati per ogni tipo di osservazione e se clinicamente ancora significativi.

2955 Tali informazioni saranno espresse attraverso una descrizione testuale ed opzionalmente attraverso entry codificate.

La sezione è opzionale.

2960 **CONF-PSS-157** Questa sezione (LOINC Code “29762-2” “*Stile di vita*”) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.6.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.6) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.6 relativo alla sezione “Stile di vita”.

4.8.1 Requisiti di Sezione

2965 **CONF-PSS-158** La sezione “Stile di vita” (29762-2) **DEVE** avere un section/title possibilmente valorizzato a “*Stile di Vita*”.

Per la descrizione testuale del contenuto di sezione, riferirsi alle indicazioni di strutturazione di Narrative Block.

2970

CONF-PSS-159 La sezione “Stile di vita” (29762-2) **PUÒ** contenere almeno una o più *entry/observation* di tipo “Osservazione sullo stile di vita” conforme al template “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1”.

2975

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

2980

```

<component>
  <section>
    <templateId root=' 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.6 '/>
    <id root='$ID_SEZ'/>
    <code code='29762-2' displayName='Stile di vita' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>
    <title>Stili di Vita (Social History)</title>
    <text>
      $NARRATIVE_BLOCK
    </text>
    <entry>
      <!-- Molteplicità 1...N Social history observations -->
      $SOCIALHIS_OBS
    </entry>
  </section>
</component>

```

2985

2990

Descrizione:

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

\$NARRATIVE_BLOCK = contenuto della sezione <text> vedi esempio

\$SOCIALHIS_OBS = informazione codificata relativa ai dati su Stile di Vita (vedi § 4.8.2 - Osservazione su Stile di Vita).

2995

4.8.2 Osservazione su Stile di Vita

Le informazioni codificate sullo stile di vita sono fornite attraverso una *observation* (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1).

3000

CONF-PSS-160 Un elemento di tipo “Osservazione su Stile di Vita” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1.

CONF-PSS-161 L'elemento *observation/id* **DEVE** avere molteplicità 1

3005

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

3010 Il valore dell'elemento *observation/code* identifica il tipo di osservazione relativa alle informazioni su "Stile di Vita" e per una social history observation **DEVE** essere selezionato dal value set SocialHistoryEntryElement_PSSIT DYNAMIC derivato dal LOINC codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1").

Si veda il paragrafo 6.2.1.18 per i possibili valori.

3015 Per ognuno dei suddetti tipi di osservazione si assume che siano utilizzati per l'elemento *value* specifici data type ed unità di misura.

3020 Nel caso in cui le singole informazioni siano disponibili solo come informazioni testuali strutturate e non come valore codificato o dato numerico (dove richiesto), è possibile ugualmente riportarle all'interno delle entry codificate come riferimento ad un estratto del narrative block tramite l'elemento <originalText>.

Le osservazioni riportate nella precedente tabella che usano il data type PQ hanno una unità di misura nella forma {xxx}/d, {xxx}/wk o {xxx}/a rappresentano rispettivamente il numero di un item "stile di vita" per giorno, settimana, o anno.

3025 Le osservazioni riportate nella precedente tabella che usano il data type CD dovrebbero includere i valori codificati da un vocabolario appropriato per rappresentare un item "stile di vita".

Se presente, l'attributo *originalText* **DEVE** essere valorizzato con l'URI che punta alla descrizione dell'informazione nel narrative block della sezione

3030 Queste osservazioni ("Other Social History") possono utilizzare un qualunque altro data type appropriato.

CONF-PSS-162 Se l'attributo *observation/code/@code* è uguale a "11295-3" (Impiego attuale) allora il valore di *observation/value* **PUÒ** essere selezionato dalla tabella ISTAT 'Nomenclatura e classificazione delle Unità Professionali' (NUP) (*value/@codeSystem* = 2.16.840.1.113883.2.9.6.2.3).

REF: <http://cp2011.istat.it/>

Esempio di Social History Observation:

```

3040 <observation typeCode='OBS' moodCode='EVN'>
  <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1' />
  <id root='$ID_SEZ' />
  <code code='$COD_OBS' displayName='$DESC_OBS' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName=' LOINC' />
  <text><reference value='#$REF_SOCIALOBS' /></text>
3045 <statusCode code='completed' />
  
```

```
<effectiveTime value='$TS'/>
<value xsi:type='CD' | 'PQ' $VALUE_OBS/>
</observation>
```

3050 Descrizione:

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

\$TS = data di rilevazione dell'informazione. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = **UNK**.

3055 **\$COD_OBS** = codice dell'osservazione registrata.

\$DESC_OBS = descrizione dell'osservazione registrata

\$REF_SOCOBS = riferimento incrociato alla descrizione dell'elemento nella parte narrativa

3060 **\$VALUE_OBS** = coppia di attributi *@code @displayName* nel caso di valore codificato; *@value, @unit* nel caso di quantità fisica. Non presente nel caso sia veicolata una informazione puramente testuale.

Esempio di Narrative Block:

```
<text>
3065 <table border="1" width="100%">
  <tbody>
    <tr>
      <th colspan="2">Fattori di Rischio</th>
    </tr>
3070 <tr>
      <td>Fumo</td>
      <td>Forte Fumatore</td>
    </tr>
3075 <tr><content ID="alcohol_use_GBL">
      <td>Consumo Alcool</td>
      <td><content ID="alcohol_use">Astemio</content ></td>
    </content >
    </tr>
3080 <tr>
      <th colspan="2">Altro</th>
    </tr>
    <tr>
      <td>Titolo di Studio</td>
      <td>Laureata</td>
    </tr>
3085 <tr>
      <td>Impiego attuale</td>
      <td>In pensione, ex impiegata</td>
    </tr>
3090 <tr>
      <td colspan="2">Condizione Familiare </td>
      <td>Sposata, due figli </td>
    </tr>
  </tbody>
</table>
3095 </text>
```

Esempio di Osservazione Testuale:

3100

```
<observation typeCode='OBS' moodCode='EVN'>
  <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1' />
  <id root="36e7e830-7b14-11db-9ff1-0800200c9b66" />
  <code code='74013-4' displayName=' codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" />
  <text><reference value=#alcohol_use_gbl /></text>
  <statusCode code='completed' />
  <effectiveTime value='20081209' />
  <value xsi:type='PQ' >
    <translation>
      <originalText><reference value=#alcohol_use /></originalText>
    </translation>
  </value>
</observation>
```

3105

3110

4.9 Gravidanze e parto (History of Pregnancies)

3115 Tutte le informazioni inerenti gravidanze (incluso aborti spontanei), parti, eventuali complicanze derivate e stato mestruale (incluso menarca, menopausa, ecc.) ritenute rilevanti devono essere descritte all'interno della sezione individuata dal codice LOINC "10162-6" ("Storia di gravidanze").

Esempi di asserzioni per questa sezione possono essere:

- 3120
- 1968: Aborto spontaneo
 - Gennaio 1971: Parto naturale, nessuna complicazione
 - Menopausa dal 2010

La sezione è opzionale.

3125 **CONF-PSS-163** La sezione "Gravidanze e Parto" (LOINC: "10162-6", "Storia di gravidanze") **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.7.

3130 Nell'Appendice A (vedi paragrafo 5.7) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.7 relativo alla sezione "Gravidanze e Parto".

4.9.1 Requisiti di Sezione

CONF-PSS-164 La sezione "Gravidanze e parto" ("10162-6") **DEVE** avere un section/title possibilmente valorizzato a "Gravidanze, parto e stato mestruale".

3135 **CONF-PSS-165** La sezione "Gravidanze e parto" ("10162-6") **DEVE** contenere almeno un entry/observation di tipo "Gravidanze, parti, stato mestruale" conforme al template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1

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

3140

```
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.7"/>
    <id root='$ID_SEZ' />
    <code code='10162-6' displayName='Storia di gravidanze' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC' />
  3145 <text>
    $NARRATIVE_BLOCK
  </text>
</entry>
```

3150

```

$PREGN_ENTRY
</entry>
</section>
</component>
    
```

Descrizione:

3155

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

\$NARRATIVE_BLOCK = contenuto della sezione <text> vedi esempio

\$PREGN_ENTRY = informazione codificata relativa a gravidanze, parti, stato mestruale, etc. Vedi § 4.9.2 - "Gravidanze, parti, stato mestruale"

4.9.2 Gravidanze, parti, stato mestruale

3160

Le informazioni codificate su gravidanze, parti, stato mestruale sono rappresentate attraverso una *observation* (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1).

Tale osservazione deve contenere un codice che descrive quale aspetto della storia delle gravidanze viene registrato.

3165

Il valore di *observation/code* **DOVREBBE** essere selezionato dal Value Set PregnancyObservation_PSSIT DYNAMIC (@codeSystem "2.16.840.1.113883.6.1") derivato dal LOINC.

Si veda 6.2.1.19 per i possibili valori.

Codici aggiuntivi potrebbero essere usati per descrivere aspetti aggiuntivi. Se il codice non è noto, utilizzare @nullFlavor="UNK".

3170

Il data type di *observation/value* per un entry conforme a questo template (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1) **DEVE** essere selezionato in base all'*observation/code*.

3175

CONF-PSS-166 Un elemento di tipo "Dettaglio Gravidanza o Parto" **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template dell'*observation* "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1".

CONF-PSS-167 L'elemento *observation/id* **DEVE** avere molteplicità 1

3180

Esempio:

```

<observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>
  <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1' />
    
```

3185

```
<id root='$ID_SEZ'/>
<code code='$COD_OBS' displayName=' $DESC_OBS' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>
<text><reference value='#$REF_OBS' /></text>
<statusCode code='completed'/>
<effectiveTime value='$TS'/>
<value xsi:type='CD' | 'PQ' | 'TS' | 'INT' | 'ST' $VALUE_OBS/>
</observation>
```

3190

Descrizione:

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

\$COD_OBS = codice dell'osservazione registrata.

3195

\$DESC_OBS = descrizione dell'osservazione registrata **\$REF_OBS** = riferimento incrociato alla descrizione dell'elemento nella parte narrativa

\$TS = data di rilevazione dell'informazione. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = **UNK**.

3200

\$VALUE_OBS = serie di attributi che descrivono in base al tipo di dato l'informazione: e.g. **@code @displayName** nel caso di valore codificato; **@value, @unit** nel caso di quantità fisica; **@value** nel caso di un timestamp o valore intero. Non presente nel caso sia veicolata una informazione puramente testuale.

Esempio di Narrative Block:

3205

```
<text>
<table border="1" width="100%">
  <tbody>
    <list>
      <item ID="pregn_1">
        <content ID="pregn_1_data">1968</content>< content ID="pregn_1_info">Aborto spontaneo 2 mese</content>
      </item>
      <item ID="pregn_2">
        <content ID="pregn_2_data">Gennaio 1971</content>< content ID="pregn_2_info"> Parto naturale, nessuna complicazione
      </content>
      </item>
      <item ID="pregn_3">
        </content>< content ID="pregn_3_info"> Menopausa</content> dal <content ID="pregn_3_data">2010</content>
      </item>
    </list>
  </tbody>
</table>
</text>
```

3210

3215

3220

Esempio di Osservazione Codificata:

3225

```
<observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>
  <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1' />
  <id root="36e7e830-7b14-11db-9ef1-0800200c9b66"/>
  <code code="11614-5" displayName=" Aborti.spontanei" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC">
    <originalText><reference value="#pregn_1_info"></reference></originalText>
  </code>
```

3230

```
<text><reference value="#pregn_1" /></text>
<statusCode code='completed' />
<effectiveTime value="1968" />
<value xsi:type="INT" value="1" />
</observation>
```

Esempio di Osservazione Testuale:

3235

```
<observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>
  <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1' />
  <id root="36e7e830-7b14-11db-9ff1-0800200c9b66" />
  <code code="ASSERTION" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4" />
  <text><reference value="#pregn_2"/></text>
  <statusCode code='completed' />
  <effectiveTime value='197101' />
  <value xsi:type='CD'><originalText><reference value="#pregn2_info"/></originalText>
</value>
</observation>
```

3240

3245

4.10 Parametri Vitali (Vital Signs)

3250 Le informazioni relative ai parametri vitali, attuali e passati, rilevanti ai fini del quadro clinico del paziente sono mappate all'interno di questa sezione individuata dal codice LOINC "8716-3" ("*Parametri vitali*").

I possibili parametri da gestire all'interno di questa sezione sono: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, peso, altezza, indici di massa corporea, ossigenazione del sangue.

3255 Nel contesto di questo documento la sezione Parametri Vitali può includere i segni vitali sopra citati per il periodo di tempo in oggetto; la sezione Parametri Vitali dovrebbe almeno includere i segni vitali più recenti o i segni vitali più significativi in modo tale da permettere l'analisi dell'andamento ritenuto più rilevante.

Esempi di osservazioni dei parametri vitali:

- 3260
- altezza: 30/04/2008 165 cm
 - peso: 30/04/2008 78.0 Kg
 - bmi: 30/04/2008 38.7
 - circonferenza vita: 30/04/2008 324
 - media ultime 4 rilevazioni PA: 84-150
- 3265
- PA: 20/04/2008 87-130

La sezione è opzionale.

CONF-PSS-168 La sezione "Parametri Vitali" (LOINC "8716-3", "Parametri vitali") **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.8.

3270

Nell'Appendice A (vedi paragrafo 5.8) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.8 relativo alla sezione "Parametri Vitali".

4.10.1 Requisiti di sezione

3275 **CONF-PSS-169** La sezione "Parametri Vitali" ("*8716-3*") **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a "*Parametri Vitali*".

CONF-PSS-170 La sezione "Parametri Vitali" ("*8716-3*") **PUÒ** contenere almeno una *entry* di tipo "Organizer Parametri Vitali" conforme al template

3280

“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1” o di tipo “Osservazione Parametri Vitali” conforme al template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2.

Esempio:

3285

```

<component>
<section>
  <tempalteld root=' 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.8' />
  <id root=' $ID_SEZ' />
  <code code='8716-3' displayName='Parametri vitali'
    codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC' />
  <title>Parametri Vitali</title>
  <text>
    $NARRATIVE_BLOCK
  </text>
  <!--OPZIONALE Molteplicità 0..N – Organizer Parametri Vitali o Osservazione Parametri Vitali -->
  <entry>
    $VS_ORGANIZER | $V_OBS
  </entry>
</section>
</component>

```

3290

3295

3300

Descrizione:

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

\$NARRATIVE_BLOCK = descrizione testuale del contenuto di sezione.

3305

\$VS_ORGANIZER = Organizer che contiene le informazioni sulle misure dei parametri vitali (vedi § 4.10.2 - Organizer Parametri Vitali).

\$VS_OBS = Dettaglio informazioni sulle misure dei parametri vitali (vedi § 4.10.3 - Osservazione Parametri Vitali).

4.10.2 Organizer Parametri Vitali

3310

Le informazioni codificate dei parametri vitali possono essere gestite attraverso un elemento di tipo Organizer.

Un “Organizer Parametri Vitali” è un cluster di osservazioni dei parametri vitali (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1).

3315

CONF-PSS-171 L'organizer conterrà una o più component che a loro volta conterranno una observation. Un elemeno di tipo “Organizer Parametri Vitali” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1”.

3320

Si osserva che un elemento di tipo Organizer Parametri Vitali può avere l'elemento *organizer/code* valorizzato a '8716-3' “Parametri vitali” del sistema di codifica LOINC (@codeSystem “2.16.840.1.113883.6.1”).

CONF-PSS-172 Un elemento di tipo “Organizer Parametri Vitali” **DEVE** includere almeno un elemento di tipo “Osservazione Parametri Vitali” conforme al template “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2”.

3325 Esempio:

```

<organizer classCode='CLUSTER' moodCode='EVN'>
  <tempalteld root=' 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1' />
    <id root='$ID_SEZ' />
    <code code='8716-3' displayName='Parametri vitali'
      codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC' />
    <statusCode code='completed' />
    <effectiveTime value='$TS' />

    <!-- Molteplicità 1...N - Osservazione Parametri Vitali -->
    <component typeCode='COMP'>
      $VS_OBS
    </component>
  </organizer>

```

3330

3335

Descrizione:

3340 **\$ID_SEZ** = Identificativo unico della sezione (data type HL7 II).

\$TS = data in cui le misure sono state effettuate.

\$VS_OBS = Dettaglio informazioni sulle misure dei parametri vitali. Vedi § 4.10.3.

4.10.3 Osservazione Parametri Vitali

3345 Le informazioni codificate sui parametri vitali sono definite attraverso un elemento di tipo observation (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2).

CONF-PSS-173 L'elemento di tipo “Osservazione Parametri Vitali” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2”.

3350 Si osserva che i parametri vitali vengono rappresentati attraverso le stesse convenzioni usate per le indagini diagnostiche e gli esami di laboratorio (si confronti paragrafo 4.16.3 - Dettaglio Risultato).

Il valore di *observation/code* **PUÒ** essere selezionato dal Value Set VitalSignsObservation_PSSIT DYNAMIC (@codeSystem “2.16.840.1.113883.6.1”) derivato dal LOINC.

3355

Si veda 6.2.1.20 per i possibili valori.

Il data type di *observation/value* per un entry conforme a questo template **DEVE** essere selezionato in base all'*observation/code*.

Esempio:

```

3360 <observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>
      <tempalteId root=' 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2' />
      <id root='$ID_SEZ' />
      <code code='$OBS_COD' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC' />
      <text><reference value='#$REF_OBS' /></text>
3365 <statusCode code='completed' />
      <effectiveTime ( value="$DT_OBS" | nullFlavor="UNK" ) />
      <value xsi:type="PQ" value="$OBS_VALUE" unit="$OBS_UNIT" />
      <!-- OPZIONALE -->
3370 <interpretationCode code="$INT_CODE" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.83" />
      <!-- OPZIONALE -->
      <repeatNumber value=" " />
      <!-- OPZIONALE -->
      <targetSiteCode code="$TRG_CODE" codeSystem=" " />
      <!-- OPZIONALE -->
3375 <methodCode code=" " codeSystem=" " />
    </observation>
  
```

Descrizione:

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

3380 **\$OBS_CODE** = Codice relativo alla misura effettuata.

\$DT_OBS = data a cui l'osservazione si riferisce.

\$VAL_OBS = valore numerico della misura.

\$VAL_UNIT = unità di misura usata.

\$REF_OBS = riferimento incrociato alla descrizione della misura nella parte narrativa.

3385 **\$INT_CODE** = Codice di interpretazione dei risultati. Valore derivato dal codeSystem HL7 ObservationInterpretation (e.g. high, low, normal).

\$TRG_CODE = Codice di identificazione della parte del corpo interessata alla misura (e.g. braccio sinistro [pressione], orale [temperatura], etc), utilizzabile per dettagliare ulteriormente quanto indicato nel OBS_CODE.

3390

Di seguito un esempio di valorizzazione degli attributi *observation/code*, *observation/value* e *observation/targetSiteCode* in caso di pressione sistolica misurata al braccio destro.

È possibile utilizzare il value set ActSite (2.16.840.1.113883.5.1052).

```

3395 <observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>
      ....
      <code code='8480-6' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC' />
      <value xsi:type="PQ" value="129" unit="mm[Hg]" />
      <targetSiteCode code="RA" displayName="right arm" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1052" />
3400 </observation>
  
```

Esempio di NarrativeBlock:

```
3405 <text>
      <table border="1" width="100%">
        <thead>
          <tr>
            <th>Data</th>
            <th>Parametro</th>
            <th>Valore</th>
            <th>Note</th>
          </tr>
        </thead>
        <tbody>
          <tr>
            <td>30/04/2008</td>
            <td>Altezza</td>
            <td>165 cm</td>
            <td>&#160;</td>
          </tr>
          <tr>
            <td>30/04/2008</td>
            <td>Peso</td>
            <td>78.8 Kg</td>
            <td>&#160;</td>
          </tr>
          <tr>
            <td>30/04/2008</td>
            <td>BMI</td>
            <td>28.7</td>
            <td>&#160;</td>
          </tr>
          <tr>
            <td>30/04/2008</td>
            <td>Circonferenza Vita</td>
            <td>234</td>
            <td>&#160;</td>
          </tr>
          <tr>
            <td>10/12/2007-20/04/2008</td>
            <td>Media ultime 4 rilevazioni PA</td>
            <td>84 - 150</td>
            <td>&#160;</td>
          </tr>
          <tr>
            <td>20/04/2008</td>
            <td>PA</td>
            <td>87 - 90</td>
            <td>&#160;</td>
          </tr>
        </tbody>
      </table>
    </text>
```

4.11 Protesi, impianti e ausili (Medical equipment)

3455

Tutte le informazioni relative a protesi o ausili sono registrate all'interno della sezione individuata dal codice LOINC "46264-8" ("Storia di uso di dispositivi medici").

Tale sezione deve riportare tutte le protesi ed impianti permanenti, nonché tutti gli ausili, impiantati o esterni, di supporto per il paziente.

3460

Esempi di informazioni gestite:

- PORTATORE PACE MAKER (ICD9-CM V4501) (Maggio 2008)
- PROTESI DI ARTO INFERIORE

3465

La sezione è obbligatoria.

CONF-PSS-174 La sezione "Protesi, impianti e ausili" (LOINC Code "46264-8" – "Storia di uso di dispositivi medici") **DEVE** includere l'identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.9.

3470

Nell'Appendice A (vedi paragrafo 5.9) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.9 relativo alla sezione "Protesi Impianti e Ausili".

4.11.1 Requisiti di sezione

3475

CONF-PSS-175 La sezione "Protesi, impianti e ausili" ("LOINC Code "46264-8") **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a "Protesi, impianti e ausili".

3480

CONF-PSS-176 La sezione "Protesi, impianti e ausili" ("46264-8") **DEVE** contenere almeno una *entry/supply* conforme ad uno dei seguenti template: "Dettaglio Protesi Impianti Ausili" "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.1", oppure "Indicazione Assenza Protesi Impianti Ausili" "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.2"

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

3485

```
<component>
<section>
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.9"/>
<id root='$ID_SEZ'/>
<code code='46264-8' displayName='Storia di uso di dispositivi medici'
codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>
```

3490

```

<title>Protesi, Impianti ed Ausili</title>
<text>
$NARRATIVE_BLOCK
</text>
<!-- molteplicità 1 ...N – Dettaglio Protesi Impianti Ausili -->
<entry>
$SUPPLY
</entry>
</section>
</component>

```

3495

Descrizione:

3500

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

\$NARRATIVE_BLOCK = descrizione testuale del contenuto di sezione.

\$SUPPLY = Dettaglio Protesi Impianti Ausili (vedi 4.11.2).

3505

Esempio di Narrative Block:

3510

```

<text>
<table border="1" width="100%">
<tbody>
<tr><td>PORTATORE PACE MAKER (ICD9-CM V4501) (Maggio 2008)</td>
</tr>
<tr><td>PROTESI DI ARTO INFERIORE</td></tr>
</tbody>
</table>
</text>

```

3515

4.11.2 Dettaglio Protesi Impianti Ausili

Le informazioni codificate circa il dettaglio di protesi, impianti o ausili sono definite attraverso un elemento di tipo supply (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.1).

3520

CONF-PSS-177 L'elemento "*Dettaglio Protesi Impianti Ausili*" **DEVE** includere il seguente identificativo di template: 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.1.

Tutte le informazioni relative a protesi o ausili sono registrate all'interno della sezione individuata dal codice LOINC "46264-8" ("*Storia di uso di dispositivi medici*").

3525

CONF-PSS-178 Il valore dell'elemento *supply/code* **DEVE** essere derivato dal value set definito nella Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND) (*@codeSystem* "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.48").

3530 REF:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=328&area=dispositivi-medici&menu=classificazione

3535 L'elemento *supply/effectiveTime* è **OBBLIGATORIO** e rappresenta la data e ora di in cui l'impianto o l'ausilio sono stati forniti al paziente. Nel caso di protesi o dispositivi impiantati, rappresenta la data e ora di impianto.

3540 **CONF-PSS-179** L'elemento *supply/effectiveTime* **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore **DEVE** essere valorizzato con @nullflavor = "UNK".

4.11.3 Indicazione Assenza Protesi Impianti Ausili

L'assenza di protesi, impianti o ausili noti **DEVE** essere esplicitamente indicata valorizzando il *supply/code* secondo il Value Set AssenzaProtesiImpiantiAusili_PSSIT.

Nessun altro elemento della *supply* andrà valorizzato.

3545 Tale condizione viene rappresentata dal template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.2*.
Si veda 6.2.1.21 per i possibili valori.

3550 **CONF-PSS-180** L'assenza di protesi, impianti o ausili noti **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una *entry/supply* conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.2*.

CONF-PSS-181 Il valore dell'elemento *supply/code* **DEVE** essere derivato dal value set AssenzaProtesiImpiantiAusili_PSSIT.

3555 4.12 Piani di cura (Plan of care)

Tutte le informazioni relative a piani di cura riabilitativi o terapeutici (inclusi anche gli elementi P - Piano - delle schede SOVP) devono essere descritte all'interno della sezione individuata dal codice LOINC "18776-5" – ("Piano di cura").

3560 Potranno essere inseriti tutti gli ordini non ancora evasi ("All active, incomplete, or pending orders") legati a prestazioni, visite, procedure chirurgiche, terapie.

Questa sezione può contenere anche informazioni concernenti memo clinici od esiti attesi (goal), come ad esempio raccomandazioni terapeutiche che non riguardano l'utilizzo di farmaci, come dieta, esercizio fisico, ecc.

3565

Esempi di uso:

- 08/02/2011 - Prescritto Emocromo con formula e piastrine. Urgente
- 01/02/2011 – Prescritto Tenormin*14cpr 100mg (una la mattina)

3570 La sezione è opzionale.

CONF-PSS-182 La sezione "Piani di Cura" (LOINC: "18776-5", "Piano di cura") **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.10.

3575 Nell'Appendice A (vedi paragrafo 5.10) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.10 relativo alla sezione "Piani di Cura".

4.12.1 Requisiti di sezione

CONF-PSS-183 La sezione "Piani di Cura" ("18776-5") **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a "Piani di cura".

3580 **CONF-PSS-184** La sezione "Piani di Cura" ("18776-5") **PUÒ** contenere:

- una o più *entry/observation* di tipo "Dettagli Attività Piano di Cura" conforme al template: "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1";
- una o più *entry/substanceAdministration* di tipo "Dettagli Attività Piano di Cura" conforme al template: "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2";
- una o più *entry/procedure* di tipo "Dettagli Attività Piano di Cura" conforme al template: "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3";
- una o più *entry/encounter* di tipo "Dettagli Attività Piano di Cura" conforme al template: "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4".

3585

- una o più *entry/act* di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura” conforme al template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5”.

3590

I “Dettagli Attività Piano di Cura” **POSSONO** riguardare indicazioni di richieste di:
prestazioni (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1);
terapie o vaccinazioni (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2);
3595 procedure chirurgiche (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3);
visite o ricoveri (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4);
altre attività ((2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5).

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

3600

```

<component>
<section>
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.10" />
<id root="$ID_SEZ"/>
<code code='18776-5' displayName='Piano di cura'
3605 codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'/>
<title>Piano di Cura</text>
<text>
$NARRATIVE_BLOCK
</text>
3610 <!--OPZIONALE molteplicità 0..N -->
<entry>
$PLAN_ACTIVITY
</entry>
</section>
3615 </component>

```

3605

3610

3615

Descrizione:

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

3620

\$NARRATIVE_BLOCK = descrizione testuale del contenuto di sezione.

\$PLAN_ACTIVITY = Dettaglio delle attività previste dal Piano. Vedi 4.12.2 - Dettagli Attività Piano di Cura

4.12.2 Dettagli Attività Piano di Cura

3625

L'elemento Dettagli Attività Piano di Cura potrà contenere uno dei seguenti clinical statements:

- Observation (per esprimere richieste di prestazioni quali esami di laboratorio, diagnostica per immagini, ...)
- SubstanceAdministration (per indicare le richieste/proposte di nuove terapie o nuove tipologie di vaccinazione da inserire nel piano di cura)
- Procedure (per esprimere le richieste di trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche)
- Encounter (per esprimere richieste di visite o ricoveri)
- Act (per esprimere richieste non inquadrabili in una delle tipologie precedenti).

3630

3635

Nei successivi paragrafi viene fornita una descrizione di come i Dettagli Attività Piano di Cura siano coniugati nei diversi casi d'uso sopra indicati:

- § 4.12.2.1 "Osservazione Piano di Cura"
- § 4.12.2.2 "Terapia Piano di Cura"
- § 4.12.2.3 "Procedura Piano di Cura"
- § 4.12.2.4 "Visita o Ricovero Piano di Cura"
- § 4.12.2.5 "Atto Piano di Cura"

3640

3645

CONF-PSS-185 L'elemento di tipo "Dettagli Attività Piano di Cura", conforme ad uno dei seguenti identificativi di template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1"; "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2"; "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3"; "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4"; "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5".

3650

CONF-PSS-186 L'attività espressa tramite l'elemento Dettagli Attività Piano di Cura **DEVE** contenere un solo elemento *id*.

Qui di seguito una sintesi dei @moodCode ammessi per i diversi tipi di atto:

	Encounter	Procedure	Substance Administration	Observation	Act
INT (intent)	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso
ARQ (appt request)	Permesso	Permesso	Non Permesso	Non Permesso	Permesso
PRMS (promise)	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso
PRP (proposal)	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso
RQO (request)	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso
GOL (goal)	Non Permesso	Non Permesso	Non Permesso	Permesso	Non Permesso

Tabella 6 - Codifica moodcode

3655 Di ciascun clinical statement andranno riportati il codice dell'elemento pianificato (osservazione, terapia, vaccinazione, procedura, visita) e opzionalmente un elemento effectiveTime che indichi la data prevista dell'attività del piano.

4.12.2.1 Osservazione Piano di Cura

3660 L'indicazione della prestazione prescritta all'interno del Piano di Cura del paziente sarà descritta dal template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1.

CONF-PSS-187 L'Osservazione Piano di Cura **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una *entry/observation* conforme al template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1.

3665 L'elemento *observation/code* conterrà il codice della prestazione richiesta.

L'elemento *observation/effectiveTime* indica la data prevista per l'attività.

Per l'*observation/code* è possibile utilizzare una codifica internazionale (ad esempio LOINC), oppure una codifica nazionale/locale.

3670 **CONF-PSS-188** L'elemento *observation* **DEVE** contenere esattamente un elemento *observation/code*.

CONF-PSS-189 L'elemento *observation/code* **PUÒ** essere selezionato dal sistema LOINC (codeSystem 2.16.840.1.113883.6.1).

3675

L'elemento *observation/effectiveTime* **PUÒ** essere utilizzato per esprimere la data ed ora dell'esecuzione, oppure l'intervallo di tempo in cui verrà eseguita l'attività.

In base alle considerazioni fatte, il set di informazioni attese sarà:

```

3680 <observation classCode="OBS" moodCode="RQO">
      <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1" />
      <id root="9a6d1bac-17d3-4195-89a4-1121bc809b4a" />
      <code code="$COD_OBS" codeSystem="$COD_SYS_OBS" displayName="$DESC_OBS" />
      <text>
3685   <reference value="#$REF_OBS" />
      </text>
      <!-- OPZIONALE può essere espresso sia nella forma di data precisa effectiveTime/@value -->
      <!-- che di intervallo (aperto o chiuso) effectiveTime.low, effectiveTime.high -->
      <!-- ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->
3690   ( <effectiveTime value="$TS_PLAN" />
       OR
       <effectiveTime >
3695     <low value="$LOW_TS" />
     <high value="$HIGH_TS" />
       </effectiveTime > )
    </observation>
  
```

Descrizione:

\$COD_OBS = codice relativo all'attività del piano di cura nel sistema di codifica individuato

3700 **\$DESC_OBS** = descrizione codice relativo all'attività del piano di cura nel sistema di codifica individuato

\$COD_SYS_OBS = OID dello schema di codifica utilizzato.

\$REF_OBS = riferimento incrociato alla descrizione dell'attività nella parte narrativa

\$TS_PLAN = data (prevista) dell'attività del piano

3705 **\$LOW_TS** = data di inizio (prevista) dell'attività del piano

\$HIGH_TS = data di fine (prevista) dell'attività del piano

4.12.2.2 **Terapia Piano di Cura**

3710 L'indicazione della terapia farmacologica o della vaccinazione prescritta all'interno del Piano di Cura del paziente sarà descritta dal template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2.

CONF-PSS-190 La Terapia Piano di Cura **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una *entry/substanceAdministration* conforme al template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2.

3715

Il primo elemento *substanceAdministration/effectiveTime* descrive la data di inizio della terapia o della vaccinazione.

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

3720 Per la tipologia di farmaco oggetto della terapia o della vaccinazione, si faccia riferimento al paragrafo 4.4.3 - Dettagli Farmaco.

Esempio: Richiesta terapia farmacologica (*substanceAdministration*)

```

3725 <substanceAdministration classCode='SBADM' moodCode=RQO>
    <templateId root=" 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2" />
    <id root="" extension="" />
    <text><reference value='#$REF_MED'/></text>
    <!--OPZIONALE può essere espresso sia nella forma di data precisa effectiveTime/@value -->
    <!-- che di intervallo (aperto o chiuso) effectiveTime.low, effectiveTime.high -->
    <!-- ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->
3730 ( <effectiveTime value="$TS_PLAN" />
        OR
        <effectiveTime >
            <low value="$LOW_TS"/>
            <high value="$HIGH_TS"/>
3735 </effectiveTime > )
    <!--OPZIONALE usato per indicare la posologia: e.g. 2 volte il giorno,....-->
    <effectiveTime operator='A' xsi:type='TS|PIVL_TS|EIVL_TS|PIVL_PPD_TS|SXPR_TS'>
        $POSOLOGIA
    </effectiveTime>
3740 <consumable>
        $FARMACO
    </consumable>
</substanceAdministration>

```

Descrizione:

3745 **\$REF_MED** = riferimento incrociato alla descrizione dell'attività nella parte narrativa

\$TS_PLAN = data (prevista) dell'attività del piano

\$LOW_TS = data di inizio (prevista) dell'attività del piano

\$HIGH_TS = data di fine (prevista) dell'attività del piano

3750 **\$POSOLOGIA** = Informazioni concernenti la posologia. La strutturazione di questo elemento dipende dal tipo di dato usato. (vedi anche § 4.4.2.1 - Posologia)

\$FARMACO = Descrizione del farmaco

4.12.2.3 *Procedura Piano di Cura*

L'indicazione della procedura chirurgica prescritta all'interno del Piano di Cura del paziente sarà descritta dal template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3.

3755

CONF-PSS-191 La Procedura Piano di Cura DEVE essere esplicitamente rappresentata con una *entry/procedure* conforme al template *2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3*.

L'elemento *procedure/code* conterrà il codice della procedura richiesta.

3760 L'elemento *procedure/effectiveTime* indica la data prevista per l'attività.

Per l'elemento *procedure/code* è possibile utilizzare una codifica internazionale (ad esempio LOINC, ICD9CM), oppure una codifica nazionale/locale.

3765 **CONF-PSS-192** L'elemento *procedure* DEVE contenere esattamente un elemento *procedure/code*.

CONF-PSS-193 L'elemento *procedure/code* PUÒ essere selezionato dal sistema LOINC (codeSystem *2.16.840.1.113883.6.1*).

3770 Esempio: Richiesta intervento (procedure)

```

<procedure classCode='PROC' moodCode=RQO >
  <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3"/>
  <id root="" extension="" />
  <code code='$PROC_CODE' codeSystem='$PROC_COD_SYS' codeSystemName='$PROC_COD_SYS_NAME' />
  <text><reference value=#REF_PROC'/></text>
  <!--OPZIONALE può essere espresso sia nella forma di data precisa effectiveTime/@value -->
  <!-- che di intervallo (aperto o chiuso) effectiveTime.low, effectiveTime.high -->
  <!-- ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->
  ( <effectiveTime value="$TS_PLAN" />
    OR
    <effectiveTime >
      <low value="$LOW_TS"/>
      <high value="$HIGH_TS"/>
    </effectiveTime > )
</procedure>

```

3775

3780

3785

Descrizione:

\$PROC_CODE = Codice tipo di procedura.

\$PROC_COD_SYS (\$PROC_COD_SYS_NAME)= OID (nome) del Nomenclatore usato per le procedure

3790 **\$REF_PROC**= riferimento incrociato alla descrizione dell'intero elemento (procedura) all'interno della parte narrativa

\$TS_PLAN = data (prevista) dell'attività del piano

\$LOW_TS = data di inizio (prevista) dell'attività del piano

\$HIGH_TS = data di fine (prevista) dell'attività del piano

3795

4.12.2.4 **Visita o Ricovero Piano di Cura**

L'indicazione della visita o del ricovero prescritto all'interno del Piano di Cura del paziente sarà descritta dal template **2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4**.

3800

CONF-PSS-194 La "Visita o Ricovero Piano di Cura" **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una *entry/encounter* conforme al template **2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4**.

L'elemento *encounter/code* indicherà il tipo di visita richiesto. Sarà valorizzato a partire dal Value Set **2.16.840.1.113883.1.11.13955** EncounterCode relativo ad "ActCode" DYNAMIC.

3805

I possibili valori sono riportati nel paragrafo 6.2.1.22, a cui si fa riferimento anche nel paragrafo 4.14.2 - Dettagli Visita o Ricovero.

L'elemento *encounter/effectiveTime* indica la data prevista per l'attività.

CONF-PSS-195 L'elemento *encounter* **DEVE** contenere esattamente un elemento *encounter/code*.

3810

Esempio: Richiesta visita (encounter)

```

<encounter classCode="ENC" moodCode=RQO">
  <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4"/>
  <id root="" extension="" />
  <code code="$COD_ENC" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4" codeSystemName="ActEncounterCode" displayName="$DESC_ENC"/>
  <text><reference value="$REF_ENC"/></text>
  <!-- OPZIONALE può essere espresso sia nella forma di data precisa effectiveTime/@value -->
  <!-- che di intervallo (aperto o chiuso) effectiveTime.low, effectiveTime.high -->
  <!-- ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->
  ( <effectiveTime value="$TS_PLAN" />
    OR
    <effectiveTime >
      <low value="$LOW_TS"/>
      <high value="$HIGH_TS"/>
    </effectiveTime > )
</encounter>

```

3815

3820

3825

Descrizione:

\$COD_ENC=codice dal vocabolario HL7 ActEncounterCode che descriva il tipo di encounter.

3830

\$DESC_ENC=Descrizione dal vocabolario HL7 ActEncounterCode che descriva il tipo di encounter.

\$REF_ENC = riferimento incrociato alla descrizione dell'attività nella parte narrativa

\$TS_PLAN = data (prevista) dell'attività del piano

\$LOW_TS = data di inizio (prevista) dell'attività del piano

\$HIGH_TS = data di fine (prevista) dell'attività del piano

3835

4.12.2.5 **Atto Piano di Cura**

L'indicazione dell'atto richiesto all'interno del Piano di Cura del paziente sarà descritta dal template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5.

3840

CONF-PSS-196 L'Atto Piano di Cura **DEVE** essere esplicitamente rappresentato con una *entry/act* conforme al template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5.

L'elemento *act/code* conterrà il codice dell'attività richiesta.

L'elemento *act/effectiveTime* indica la data prevista per l'attività.

CONF-PSS-197 L'elemento *act* **DEVE** contenere esattamente un elemento *act/code*.

3845

L'elemento *act/effectiveTime* PUÒ essere utilizzato per esprimere la data ed ora dell'esecuzione, oppure l'intervallo di tempo in cui verrà eseguita l'attività.

In base alle considerazioni fatte, il set di informazioni attese sarà:

3850

```

<act classCode="ACT" moodCode="RQO">
  <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5" />
  <id root="9a6d1bac-17d3-4195-89a4-1121bc809b4a" />
  <code code="$COD_ACT" codeSystem="$COD_SYS_ACT" displayName="$DESC_ACT" />
  <text>
    <reference value="#$REF_ACT" />
  </text>
  <!-- OPZIONALE può essere espresso sia nella forma di data precisa effectiveTime/@value -->
  <!-- che di intervallo (aperto o chiuso) effectiveTime.low, effectiveTime.high -->
  <!-- ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->
  ( <effectiveTime value="$TS_PLAN" />
    OR
    <effectiveTime >
      <low value="$LOW_TS" />
      <high value="$HIGH_TS" />
    </effectiveTime > )
</act>

```

3855

3860

3865

Descrizione:

\$COD_ACT = codice relativo all'attività del piano di cura nel sistema di codifica individuato

\$DESC_ACT = descrizione codice relativo all'attività del piano di cura nel sistema di codifica individuato

\$COD_SYS_ACT = OID dello schema di codifica utilizzato.

3870

\$REF_ACT = riferimento incrociato alla descrizione dell'attività nella parte narrativa

\$TS_PLAN = data (prevista) dell'attività del piano

\$LOW_TS = data di inizio (prevista) dell'attività del piano

\$HIGH_TS = data di fine (prevista) dell'attività del piano

3875 4.13 Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche (Procedures)

3880 Le informazioni relative alle procedure diagnostiche invasive, interventistiche, chirurgiche, terapeutiche non farmacologiche inerenti la storia clinica del paziente e di interesse all'interno del documento sono mappate nella sezione individuata dal codice LOINC "47519-4" (*"Storia di Procedure"*).

La sezione dovrebbe almeno contenere le procedure di maggiore rilevanza, ad esempio gli interventi chirurgici a cui il paziente è stato sottoposto.

3885 Devono essere riportate obbligatoriamente le indicazioni su interventi chirurgici legati a trapianti.

Si osserva che in generale sono di interesse per questa sezione i trattamenti e le procedure che sono già stati effettuati.

Esempi di procedure:

- 3890
 - Asportazione K Cutaneo
 - Appendicectomia
 - Cordotomia percutanea

La sezione è obbligatoria.

3895 **CONF-PSS-198** La sezione "Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche" (LOINC: "47519-4", "Storia di Procedure") **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11.

3900 Nell'Appendice A (vedi paragrafo 5.11) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11 relativo alla sezione "Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche".

4.13.1 Requisiti di sezione

3905 **CONF-PSS-199** La sezione "Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche" ("47519-4") **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a "Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche".

CONF-PSS-200 La sezione "Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche" ("47519-4") **DEVE** contenere una o più *entry*, ciascuna contenente *entry/procedure*

3910 conforme al template: “Procedura” conforme al template
 “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1”.

Esempio:

```

3915 <component>
      <section>
        <tempalteld root=' 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11 />
        <id root='$ID_SEZ' />
        <code code="47519-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3920     displayName="Storia di Procedure" />
        <title>Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche </title>
        <text>
          $NARRATIVE_BLOCK
        </text>
3925 <entry>
        <!--OPZIONALE Molteplicità 0...N Procedure codificate -->
          $PROCEDURA
        </entry>
3930 </component>
      </section>
  
```

Descrizione:

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

3935 **\$NARRATIVE_BLOCK** = descrizione testuale del contenuto di sezione.

\$PROCEDURA = dettagli “Procedura”.

4.13.2 Procedura

Le informazioni codificate sui trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche sono definite attraverso un elemento di tipo procedure (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1).

3940

CONF-PSS-201 L'elemento di tipo “*Procedura Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche*” **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1”.

3945 Nel contesto del Profilo Sanitario Sintetico la section sui Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche conterrà solamente trattamenti e procedure già avvenuti; trattamenti e procedure pianificati andranno inseriti nella section “Piano di Cura”.

3950 Per l'elemento *procedure/code* è possibile utilizzare una codifica internazionale (ad esempio LOINC, ICD9CM), oppure una codifica nazionale/locale.

Nel caso in cui la Procedura sia relativa ai Trapianti effettuati, l'elemento *procedure/code/@code* **PUÒ** essere selezionato dal Value Set ProcedureTrapianti_PSSIT DYNAMIC definito a partire da ICD9-CM.

Si veda il paragrafo 6.2.1.26 per i possibili valori.

3955

CONF-PSS-202 Il valore dell'elemento *procedure/code* **DOVREBBE** essere derivato da ICD9-CM.

3960 Nel caso in cui non siano presenti informazioni conosciute relative a procedure diagnostiche invasive, interventistiche, chirurgiche, terapeutiche non farmacologiche, oppure nel caso in cui il paziente non abbia avuto alcuna tipologia di procedura, l'elemento *procedure/code/@code* **DEVE** essere selezionato dal value set UnknownProcedures_PSSIT DYNAMIC.

Si veda il paragrafo 6.2.1.25 per i possibili valori.

3965

Esempio:

3970

```

<procedure classCode='PROC' moodCode='EVN' >
  <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1' />
  <id root='$ID_SEZ' />
  <code code='$PROC_CODE' codeSystem='$PROC_COD_SYS' codeSystemName='$PROC_COD_SYS_NAME' />
  <text><reference value='#REF_PROC' /></text>
  <statusCode code='completed|active|aborted|cancelled' />
  <effectiveTime >
    <low value='$LOW_TS' />
    <high value='$HIGH_TS' />
  </effectiveTime >
  <!--OPZIONALE Riferimento ad Encounter -->
  <!--entryRelationship/@typeCode='REFR' -->
  $RIF_ENCOUNTER
  <!--OPZIONALE Ragione della procedura -->
  <!--entryRelationship/@typeCode='RSON' -->
  $RAGIONE
</procedure>

```

3975

3980

3985 Descrizione:

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

\$PROC_CODE = Codice tipo di procedura.

3990 **\$PROC_COD_SYS (\$PROC_COD_SYS_NAME)**= OID (nome) del Nomenclatore usato per le procedure

\$REF_PROC= riferimento incrociato alla descrizione dell'intero elemento (procedura) all'interno della parte narrativa

\$LOW_TS = data di inizio (prevista) della procedura

\$HIGH_TS = data di fine (prevista) della procedura

3995 **\$RIF_ENCOUNTER** = Riferimento a encounter associato alla procedura. (In questo caso *entryRelationship/@typeCode='REFR'*)

\$RAGIONE = Ragione della procedura.

Esempio:

```

4000 <component>
    <section>
        <tempalteld root=' 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11 />
        <id root="36e8e830-7b14-11db-9ff1-0800200c9b66"/>
        <code code="47519-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" displayName="Storia di Procedure"/>
        <title>Procedure</title>
4005 <text>
        <!-- ..OMISSIS ..-->
    </text>
    <entry>
4010 <!--OPZIONALE Molteplicità 0...N Procedure codificate -->
        <procedure classCode='PROC' moodCode='EVN'>
            <templateId root=' 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1' />
            <id root="36e8e930-7b14-11db-9ff1-0800200c9b66"/>
            <code code="88.72" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.104" codeSystemName="ICD9-CM" displayName="Diagnostica ecografica
4015 del cuore">
                <text><reference value='#proc_1_1'/></text>
                <statusCode code="active"/>
                <effectiveTime >
                    <low value="20081212"/>
                </effectiveTime >
4020 <entryRelationship typeCode="RSON">
                    <id root="36e8e930-7b14-11db-9ff1-0800200c9b66"/>
                    <code code="410" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD-9CM (diagnosis codes)" displayName="IMA">
                </entryRelationship>
            </procedure>
4025 </entry>
    </component>
</section>

```

4.14 Visite e Ricoveri (Encounters)

4030

In questa sezione, individuata dal codice LOINC “46240-8” (“Storia di ospedalizzazioni+ Storia di visite ambulatoriali”), possono essere riportati gli episodi di cura del paziente presso le strutture sanitarie del servizio sanitario e convenzionate, avvenuti sia in regime di ospedalizzazione che ambulatoriale e registrati dal MMG/PLS nella propria cartella. Sono inclusi gli incontri avuti dal paziente con il MMG/PLS stesso, se rilevanti.

4035

Saranno quindi di interesse visite e ricoveri già avvenuti, mentre le richieste andranno inserite nella section “Piano di Cura”.

Esempi di informazioni gestite:

4040

- Visita ortopedica eseguita il 4 febbraio 2011: gonalgia gionocchio sinistro. Consigliato riposo e 10 sedute di tecar terapia.
- Ricovero presso reparto di medicina interna il 21 gennaio 2011 per patologia acuta dell'apparato respiratorio.

4045

La sezione è opzionale.

CONF-PSS-203 La sezione “Visite e Ricoveri” (“46240-8”, “Storia di ospedalizzazioni e Storia di visite ambulatoriali”) **DEVE** includere un identificativo di template valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.12.

4050

Nell'Appendice A (vedi paragrafo 5.12) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.12 relativo alla sezione “Visite e Ricoveri”.

4.14.1 Requisiti di sezione

4055

CONF-PSS-204 La sezione “Visite e Ricoveri” (“46240-8”) **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a “Visite e Ricoveri”.

CONF-PSS-205 La sezione Visite e Ricoveri **DEVE** contenere almeno una *entry/encounter* di tipo “Dettaglio Visita o Ricovero” conforme al template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.12.1.

4060

Segue un esempio della sezione:

<component>

4065

```

<section>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.12"/>
  <id root="$ID_SEZ" />
  <code code="46240-8" displayName="Storia di ospedalizzazioni e Storia di visite ambulatoriali" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC"/>
  <title>Visite e Ricoveri</title>
  <text>
    $NARRATIVE_BLOCK
  </text>
  <!-- Molteplicità 1 ...N -->
  <entry>
    $ENCOUNTER
  </entry>
</section>
</component>

```

4070

4075

4080

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

\$NARRATIVE_BLOCK = Descrizione degli incontri di diretta comprensione

\$ENCOUNTER = Dettagli delle visite o ricoveri come descritto in sezione "Dettagli Visita o Ricovero"

4.14.2 Dettagli Visita o Ricovero

4085

I dettagli per le visite e i ricoveri sono forniti attraverso un elemento encounter.

Nel contesto del Profilo Sanitario Sintetico, la section sulle Visite e Ricoveri conterrà solamente encounter relativi ad episodi già avvenuti ritenuti significativi dal medico per un corretto inquadramento del paziente; richieste di encounter andranno inserite nella section "Piano di Cura".

4090

CONF-PSS-206 Un elemento di tipo "Dettagli Visita o Ricovero" **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.12.1".

4095

CONF-PSS-207 L'attributo *encounter/@moodCode* **DEVE** essere valorizzato con EVN.

CONF-PSS-208 L'elemento *encounter/id* **DEVE** avere molteplicità 1.

L'elemento *encounter/code*, **OBBLIGATORIO**, sarà valorizzato a partire dal Value Set EncounterCode derivato da "ActCode" (2.16.840.1.113883.5.4) DYNAMIC.

4100

Si veda il paragrafo 6.2.1.22 per i possibili valori.

Se presente, l'elemento *encounter/text/reference/@value* **DEVE** essere valorizzato con l'URI che punta alla descrizione estesa della visita o ricovero nel narrative block della sezione.

4105

L'elemento *effectiveTime* descrive la data e ora, o la durata della visita o del ricovero.

DOVREBBE esserci almeno un elemento *encounter/performer* per individuare il fornitore di cura durante il ricovero o la visita. In tal caso è possibile utilizzare l'elemento *performer/time* per indicare la durata della partecipazione all'encounter da parte del performer quando questa è sostanzialmente differente da quella indicata nell'*encounter/effectiveTime*.

4110

L'elemento *performer/assignedEntity/code* definisce la tipologia di professionista che ha partecipato all'encounter.

4115

Segue un esempio:

```

4120 <encounter classCode="ENC" moodCode="EVN">
  <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.12.1"/>
  <id root="" extension=""/>
  <code code="$COD_ENC" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4" codeSystemName="ActCode" displayName="$DESC_ENC"/>
  <text><reference value="$#xxx"/></text>
  <effectiveTime>
  <low value="$INIZIO"/>
  <high value="$FINE"/>
4125 </effectiveTime>
  <performer typeCode="PRF">
  <time><low value="$INIZIO"/><high value="$FINE"/></time>
  <assignedEntity>...</assignedEntity>
4130 </performer>
</encounter>
  
```

Descrizione:

\$COD_ENC = codice dal vocabolario HL7 ActCode che descriva il tipo di encounter.

\$DESC_ENC = Descrizione dal vocabolario HL7 ActCode che descriva il tipo di encounter.

4135

\$#XXX = riferimento incrociato alla descrizione dell'elemento nella parte narrativa.

\$INIZIO/\$FINE=Data di inizio/fine dell'encounter o della partecipazione del performer.

4.15 Stato funzionale del Paziente (Functional status)

4140 Questa sezione (individuata dal codice LOINC “47420-5”, “Nota di valutazione dello stato funzionale”) contiene le informazioni che descrivono eventuali comportamenti e/o condizioni del paziente che si discostano dalla norma.

Tale sezione deve riportare almeno la valutazione della capacità motoria dell’assistito (autonomo, assistito, allettato).

4145 Opzionalmente possono riportate le indicazioni sul regime di assistenza (ADI, ADP) attivo.

Esempi di informazioni incluse in questa sezione:

- Capacità motoria: allettato
- Stato mentale
- Capacità di comunicazione

4150 • Percezione

- In regime di ADI

La sezione è obbligatoria.

4155 **CONF-PSS-209** La sezione “Stato funzionale del Paziente” (LOINC “47420-5”, “Nota di valutazione dello stato funzionale”) **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13”.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.13) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13 relativo alla sezione “Stato del Paziente”.

4160 4.15.1 Requisiti di sezione

CONF-PSS-210 La sezione “Stato funzionale del Paziente” (“47420-5”) **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a “Stato funzionale del Paziente”.

4165 Gli stati del paziente possono essere rappresentati come Risultati (vedi 4.16) o come semplice testo. Il testo può essere impiegato se e solo se lo stato del paziente non è riconducibile ad un risultato.

Per la gestione dei contenuti strutturati si possono utilizzare uno o più elementi *entry/organizer* Risultati (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1).

4170 **CONF-PSS-211** La sezione “Stato funzionale del Paziente” (‘47420-5’) **DEVE** contenere un clinical statement di tipo “Organizer Risultati” conforme al template “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1”.

4175 Per riportare le informazioni su capacità motoria e regime di assistenza si utilizza un *organizer* di tipo “Organizer Risultati”, con varie *observation*, una per informazione. La *observation* contenente le informazioni sulla capacità motoria è **OBBLIGATORIA**.

4180 **CONF-PSS-212** Un elemento di tipo “Organizer Risultati” **DEVE** includere almeno un elemento di tipo “Dettaglio Risultato” conforme al template “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2” contenente le informazioni sulla capacità motoria; **PUÒ** inoltre includere un ulteriore elemento di tipo “Dettaglio Risultato” contenente le informaizoni sul regime di assistenza.

4.15.2 Capacità motoria

4185 All’interno dell’“Organizer Risultati” **DEVE** essere presente una *component/observation* che rappresenta l’informazione obbligatoria relativa alla capacità motoria dell’assistito.

La *observation* che riporta l’indicazione della capacità motoria, ha *code* e *value* espressi secondo codifica LOINC.

4190 **CONF-PSS-213** Per la *observation* relativa alla capacità motoria dell’assistito, il valore di *observation/code* **DEVE** essere *@code* = “75246-9”, *@displayName* = “Activity”, *@codeSystem* = “2.16.840.1.113883.6.1” STATIC.

4195 **CONF-PSS-214** Per la *observation* relativa alla capacità motoria dell’assistito, il valore di *observation/value* **DEVE** essere derivato dal ValueSet *CapacitàMotoria_PSSIT DYNAMIC* (*@codeSystem* “2.16.840.1.113883.6.1”) derivato dal LOINC.

Si veda il paragrafo 6.2.1.23 per i possibili valori.

4.15.3 Regime di assistenza

4200 All’interno dell’“Organizer Risultati” **PUÒ** essere presente una *component/observation* che rappresenta l’informazione relativa all’eventuale regime di assistenza (ADI, ADP) dell’assistito.

4205 La *observation* riporta l’indicazione della presenza del regime di assistenza, specificandone il tipo.

CONF-PSS-215 Per la *observation* relativa al regime di assistenza, il valore di *observation/code* **DOVREBBE** essere `@code = "ASSERTION", @codeSystem = "2.16.840.1.113883.5.4"` STATIC.

4210 **CONF-PSS-216** Per la *observation* relativa al regime di assistenza, il valore di *observation/value* **DOVREBBE** essere selezionato dal Value Set AssistenzaDomiciliare_PSSIT DYNAMIC.

Si veda il paragrafo 6.2.1.24 per i possibili valori.

Esempio:

```

4215 <component>
      <section>
        <templateId root=' 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13' />
        <id $ID_SEZ' />
4220 <code code='47420-5' displayName='Nota di valutazione dello stato funzionale'
        codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC' />
        <title>Stato funzionale del Paziente</title>
        <text>
          $NARRATIVE_BLOCK
        </text>
4225 <!-- Molteplicità 1...N -->
        <entry>
          $ORGANIZER
        </entry>
4230 </section>
      </component>
  
```

Descrizione:

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

\$NARRATIVE_BLOCK = descrizione testuale del contenuto di sezione.

4235 **\$ORGANIZER** = dettagli dei risultati inseriti. Vedi paragrafo 4.16.2 - Organizer Risultati

Esempio di narrative block:

```

4240 <text>
      <table border="1" width="100%">
        <tbody>
          <tr>
            <th>ADL (Katz 1970)</th>
4245 <td>
              <list><caption>Rilevazione del 10 maggio 2015 </caption>
                <item>Capacità motoria: allettato</item>
                <item>Vestirsi: Necessita di assistenza per allacciarsi le scarpe</item>
4250 <item>Uso dei servizi : Va in Bagno si pulisce si riveste è in grado di svuotare vaso e padella</item>
                <item>Assistenza domiciliare Integrata attiva dal 10/01/2013</item>
              </list>
            </td>
          </tr>
        </tbody>
      </table>
4255
  
```

</text>

Esempio di blocco testuale:

```

4260 <section>
      <templateId root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13 />
      <code
4265     code="47420-5"
         codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
         codeSystemName="LOINC"
         displayName="Nota di valutazione dello stato funzionale"/>
      <title>Stato funzionale del paziente</title>
      <text>
4270     <table border="1" width="100%">
           <thead>
               <tr><th>Condizione funzionale</th><th>Data rilevazione</th><th>Stato</th>
               </tr>
           </thead>
           <tbody>
4275     <tr><td>Capacità motoria: allettato </td><td>2014</td><td>Attiva</td></tr>
               <tr><td>Dipendenza da cannabis</td><td>1998</td><td>Attiva</td></tr>
           </tbody>
        </table>
      </text>
    </section>

```

Esempio di blocco strutturato:

```

4285 section>
      <templateId root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13 />
      <code
         code="47420-5" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="Nota di valutazione dello stato
funzionale"/>
      <title>Stato funzionale del paziente</title>
      <entry typeCode="DRIV">
4290 <organizer classCode="BATTERY" moodCode="EVN">
           <!-- Result organizer template -->
           <templateId root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1" />
           <statusCode code="completed"/>
           <component>
4295 <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
               <!--Capacità motoria -->
               <templateId root=" 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2" />
               <code
4300     code="75246-9"
                 codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
                 displayName=" Activity "/>
               <statusCode code="completed"/>
               <effectiveTime>
                   <low value="2013"/>
               </effectiveTime>
4305 <value xsi:type="CD"
                 code="LA4270-0"
                 codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
                 codeSystemName="LOINC"
                 displayName="Allettato"/>
               </value>
           </observation>
         </component>
       </component>

```



```
4315 <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
      <!--Regime di assistenza -->
      <templateId root=" 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2" />
      <code
4320         code="ASSERTION"
         codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"
      <statusCode code="completed"/>
      <effectiveTime>
4325         <low value="2013"/>
      </effectiveTime>
      <value xsi:type="CD"
4330         code=" PSSADI "
         codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8"
         displayName=" Assistenza Domiciliare Integrata "/>
      </value>
      </observation>
    </component>
  </organizer>
</entry>
</section>
```

4335 4.16 Indagini diagnostiche e esami di laboratorio (Results)

Questa sezione contiene tutti i risultati relativi ad indagini diagnostiche e ad esami di laboratorio rilevanti ai fini della storia clinica del paziente.

4340 È importante evidenziare che seppure vi sia la possibilità di riportare tutti gli esiti degli accertamenti sostenuti dal paziente nella sua storia clinica, lo standard limita l'obbligatorietà ai soli esiti che, a giudizio dell'operatore sanitario autore del PSS, assumono rilevanza ai fini di una corretta valutazione dello stato clinico del paziente.

Esempi di informazioni incluse in questa sezione:

- 4345
- Gruppo sanguigno A +
 - Sodio Sangue: 134 mEq/L
 - Calcio: 7 mg/dL

La sezione è opzionale.

4350 **CONF-PSS-217** La sezione "Indagini diagnostiche e esami di laboratorio" (LOINC "30954-2", "Test diagnostici rilevanti & o dati di laboratorio") **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14.

Nell'Appendice A (vedi paragrafo 5.13) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14.

4355 4.16.1 Requisiti di sezione

CONF-PSS-218 La sezione "Indagini diagnostiche e esami di laboratorio" ("30954-2") **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a "Indagini diagnostiche e esami di laboratorio".

4360 **CONF-PSS-219** La sezione "Indagini diagnostiche e esami di laboratorio" ("30954-2") **PUÒ** contenere almeno una entry di tipo "Organizer Risultati" conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1".

Esempio:

4365

```
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14" />
    <id root='SID_SEZ' />
    <code code="30954-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      displayName="Test diagnostici rilevanti & o dati di laboratorio"/>
```

4370

4375

4380

```

<title>Indagini disagnostiche e esami di laboratorio</title>
<text>
  $NARRATIVE_BLOCK
</text>
<!-- Opzionale Molteplicità 0...N -->
<entry>
  $ORGANIZER
</entry>
</component>
</section>

```

Descrizione:

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

\$NARRATIVE_BLOCK = descrizione testuale del contenuto di sezione.

4385

\$ORGANIZER = dettagli dei risultati inseriti.

4.16.2 Organizer Risultati

Per la gestione dei contenuti strutturati/codificati viene utilizzato l'elemento *organizer* che costituisce il raccogliitore per uno o più risultati, rappresentati come "Dettaglio Risultato", vedi paragrafo 4.16.3.

4390

L'*organizer* conterrà una o più *component* che a loro volta conterranno una *observation*.

CONF-PSS-220 Un Organizer Risultati **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1" relativo al template di HL7 Italia.

4395

CONF-PSS-221 Un elemento di tipo "Organizer Risultati" **DEVE** includere almeno un elemento di tipo "Dettaglio Risultato" conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2".

Esempio:

4400

4405

```

<organizer classCode="BATTERY|CLUSTER" moodCode="EVN">
  <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1" />
  <id root='$ID_SEZ' />
  <code $COD_ORG_RES />
  <statusCode code="completed" />
  <effectiveTime value='$STS' />-->
  <!--component molteplicità 1 .. * per ogni observation riferita all'organizer-->
  <component>
    <!--$RES_OBS-->
  </component>
</organizer>

```

4410

Descrizione:

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

\$TS = data esecuzione della batteria di esami.

4415

\$COD_ORG_RES = Codice (data type HL7 CE) che identifica il tipo di batteria di esami effettuata. Se non esiste una codice corrispondente alla batteria di esami di cui si intende riportare i valori utilizzare il valore nullFlavor="OTH".

\$RES_OBS = Dettaglio singola osservazione. Vedi 4.16.3 - Dettaglio Risultato.

4.16.3 Dettaglio Risultato

4420

All'interno di un organizer possono essere presenti una o più *component/observation* che rappresentano il risultato di un esame specifico.

CONF-PSS-222 Un Dettaglio Risultato **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2" relativo al template di HL7 Italia.

4425

CONF-PSS-223 L'elemento *observation/id* **DEVE** avere molteplicità 1.

L'elemento *observation/effectiveTime* è **OPZIONALE** e rappresenta la data e ora di rilevazione del risultato relativo all'*observation*.

4430

L'elemento *observation/code*, **OBBLIGATORIO**, definisce il codice del risultato che l'*observation* rappresenta.

Per tale codice è possibile utilizzare una codifica internazionale (ad esempio LOINC), oppure una codifica nazionale/locale.

4435

L'elemento *observation/interpretationCode*, **OPZIONALE**, rappresenta un codice interpretativo della misura effettuata.

L'elemento *observation/referenceRange*, **OPZIONALE**, rappresenta l'intervallo di riferimento dei valori del risultato dell'osservazione.

4440

Per riportare l'indicazione del gruppo sanguigno, l'*observation/code* **DEVE** essere valorizzato con "34530-6" "ABO & Rh", secondo la codifica LOINC.

Esempio:

4445

```
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
  <templateId root=" 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2"/>
  <id root="$ID_SEZ"/>
  <code $COD_OBS_RES />
</observation>
```

4450

4455

4460

4465

```

<text>
  <reference value="#$REF_OBS"/>
</text>
<statusCode code="completed"/>
<!-- <effectiveTime ( value="$SDT_OBS" | nullFlavor="UNK" ) /> -->
<effectiveTime nullFlavor="UNK"/>
<value xsi:type="PQ" value="$OBS_VALUE" unit="$OBS_UNIT"/>
<interpretationCode code="$INT_CODE" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.83"/>
<referenceRange>
  <observationRange>
    <text>
      <reference value="#$REF_RANGE"/>
    </text>
  </observationRange>
  <!--<observationRange>
    <value xsi:type="IVL_PQ">$RANGE_VALUE</value>
  </observationRange-->
</referenceRange>
</observation>

```

Dove:

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

4470

\$COD_OBS_RES = Codice (data type HL7 CE) che identifica il tipo di batteria di esami effettuata. Se non esiste una codice corrispondente alla batteria di esami fatta utilizzare il valore nullFlavor="OTH"

\$DT_OBS = data a cui l'osservazione di riferisce.

\$OBS_VALUE = valore numerico della misura.

4475

\$OBS_UNIT = unità di misura usata.

\$REF_OBS= riferimento incrociato alla descrizione della misura nella parte narrativa.

\$REF_RANGE = Riferimento alla parte narrativa su intervallo di valori di riferimento

\$RANGE_VALUE= Valorizzazione (come IVL_PQ) dell'intervallo di valori di riferimento

4480

\$INT_CODE = Codice di interpretazione dei risultati. Valore derivato dalla tabella HL7 ObservationInterpretation.

Esempio narrative block:

4485

4490

```

<section>
  <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14" />
  <code
    code="30954-2"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
    codeSystemName="LOINC"
    displayName="Test diagnostici rilevanti &o dati di laboratorio"/>
  <title>Lista problemi rilevanti e diagnosi codificate</title>

```

4495

4500

4505

4510

4515

4520

4525

4530

```

<text>
  <table border="1" width="100%">
    <caption>23 Marzo 2000 - Emocromo e piastrine</caption>
    <thead>
      <tr>
        <th>Esame</th><th>Esito</th><th>Abnormal flag</th><th>Unità di misura</th><th>Valori normali </th> <th> Metodo</th>
      </tr>
    </thead>
    <tbody>
      <tr align="left">
        <th>HGB - Emoglobina </th> <td> 11.9 </td> <td>* </td><td>g/dL</td><td>13.0 - 16.5</td><td/>
      </tr>
      <tr align="left">
        <th>HCT - Ematocrito</th><td> 34.4</td><td> * </td> <td>%</td><td>40.0 - 54.0</td><td/>
      </tr>
      <tr align="left">
        <th>Conteggio piastrine</th><td>170 </td><td/> <td>migl/mm</td><td>150 - 400</td><td/>
      </tr>
      <tr align="left">
        <th>Neutrofili</th><td>43</td><td/><td>%</td> <td>40.0 - 72.0</td><td/>
      </tr>
    </tbody>
  </table>
  <br/>
  <table border="1" width="100%">
    <caption>12 Gennaio 2005 - Creatinina</caption>
    <thead>
      <tr>
        <th>Esame</th><th>Esito</th><th>Abnormal flag</th> <th>Unità di misura</th><th>Valori normali</th><th>Metodo</th>
      </tr>
    </thead>
    <tbody>
      <tr> <th>Creatinina</th><td>1.1</td><td/> <td>mg/dl</td><td>0.50 -1.20</td><td/>
      </tr>
    </tbody>
  </table>
</text>
</section>

```

Esempio blocco strutturato:

4535

4540

4545

4550

```

<entry typeCode="DRIV">
  <organizer classCode="BATTERY" moodCode="EVN">
    <!-- Result organizer template -->
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1" />
    <code
      code="COD_PRESTAZIONE_CATALOGO_REGIONALE"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.6.11"
      displayName="Creatinina"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime value="200501121300"/>
    <component>
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <!-- Result observation template -->
        <templateId root=" 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2" />
        <code
          code="COD_PRESTAZIONE_CATALOGO_REGIONALE"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.6.11"
          displayName="Creatinina"/>
        <statusCode code="completed"/>
        <effectiveTime value="200501121300"/>
        <value xsi:type="PQ" value="1.1" unit="mg/dl">
          <translation

```

4555

```
value="1.1"  
code="mg{creat}"  
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.8"  
codeSystemName="UCUM"/>
```

```
</value>
```

4560

```
<!--Range di riferimento per la prestazione (Valori normali) -->
```

```
<referenceRange typeCode="REFV">
```

```
  <observationRange classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
```

```
    <value xsi:type="IVL_PQ">
```

```
      <low value="0.5" unit="mg/dl"/>
```

```
      <high value="1.2" unit="md/dl"/>
```

4565

```
    </value>
```

```
  </observationRange>
```

```
</referenceRange>
```

```
</observation>
```

4570

```
</component>
```

```
</organizer>
```

```
</entry>
```

4.17 Assenso/Dissenso Donazione Organi (Advance Directives)

4575

Sezione individuata dal codice LOINC “42348-3” (“*Dichiarazioni anticipate di trattamento*”) destinata alla rappresentazione del assenso/dissenso del paziente per la donazione di organi.

4580

Contiene la dichiarazione del donatore prevista dall’art.23 comma 3 L.91/99 se è dichiarata al MMG/PLS.

Esempi di informazioni gestite:

- Assenso donazione organi (7 Maggio 2008) – Dr. Mario Rossi

4585

La sezione è opzionale.

CONF-PSS-224 La sezione “Assenso/Dissenso Donazione Organi” (LOINC Code “42348-3” – “*Dichiarazioni anticipate di trattamento*”) **DEVE** includere l’identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.15.

4590

Tale template definisce una sezione a contenuto testuale.

Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.15) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.15 relativo alla sezione “Assenso/Dissenso Donazione Organi”.

4595

4.17.1 Requisiti di sezione

CONF-PSS-225 La sezione “Assenso/Dissenso Donazione Organi” (LOINC Code “42348-3”) **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a “*Assenso/Dissenso Donazione Organi*”.

4600

Si suggerisce che la presente sezione preveda l’utilizzo della sola parte narrativa.

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

4605

```
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.15" />
    <id root='$ID_SEZ'/>
    <code code='42348-3' displayName='Dichiarazioni anticipate di trattamento' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1'
codeSystemName='LOINC'/>
```

4610

```

<title> Assenso / Dissenso Donazione Organi </title>
<text>
  $NARRATIVE_BLOCK
</text>
</section>
</component>

```

4615

Descrizione:

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

\$NARRATIVE_BLOCK = descrizione testuale del contenuto di sezione.

4620

Esempio di Narrative Block:

4625

```

<text>
  <table border="1" width="100%">
    <thead>
      <tr>
        <th>Richiesta</th><th>Scelta del paziente</th><th>Data</th><th>MMG</th>
      </tr>
    </thead>
    <tbody>
      <tr>
        <td>Donazione organi</td>
        <td>Assenso</td>
        <td>07 Giugno 1999</td>
        <td>Dr. Roberto Torre</td>
      </tr>
    </tbody>
  </table>
</text>

```

4630

4635

4640 4.18 Esenzioni

Sezione individuata dal codice LOINC “57827-8” (“*Motivo di esenzione dal co-pagamento*”) destinata alla rappresentazione delle esenzioni dal pagamento del ticket di cui gode l’assistito. Si riporteranno esenzioni per patologie croniche, malattie rare, invalidità, diagnosi precoce tumori, gravidanza, reddito.

Esempi di informazioni gestite:

- 001.253.0 – Acromegalia e gigantismo

4650 La sezione è opzionale.

CONF-PSS-226 La sezione “Esenzioni” (LOINC Code “57827-8” – “ Motivo di esenzione dal co-pagamento”) **DEVE** includere l’identificativo del template di sezione valorizzato a 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17.

4655 Nell’Appendice A (vedi § 5.16) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17 relativo alla sezione “Esenzioni”.

4.18.1 Requisiti di sezione

CONF-PSS-227 La sezione “Esenzioni” (LOINC Code “ 57827-8”) **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a “Esenzioni”.

4660

CONF-PSS-228 La sezione “Esenzioni” (“57827-8”) **DEVE** contenere almeno una entry/act di tipo “Esenzione” conforme al template “ 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.17.1”.

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

```

4665 <component>
      <section>
        <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17" />
        <id root='$ID_SEZ' />
        <code code=' 57827-8' displayName= 'Motivo di esenzione dal co-pagamento ' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1'
4670 codeSystemName='LOINC' />
        <title> Esenzioni </title>
        <text>
          $NARRATIVE_BLOCK
        </text>
4675 <entry>
```

<!--Molteplicità 1...N Esenzione -->

\$ESENZIONE_ACT

</entry>

</section>

</component>

4680

Descrizione:

4685

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

\$NARRATIVE_BLOCK = descrizione testuale del contenuto di sezione.

\$ESENZIONE_ACT = informazione codificata relativa ai dati sull'esenzione (vedi § 4.18.2 - Osservazione su Stile di Vita).

4.18.2 Esenzione

4690

Le informazioni codificate sull'esenzione sono fornite attraverso una Act (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.17.1).

CONF-PSS-229 Un elemento di tipo "Esenzione" **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.17.1".

4695

CONF-PSS-230 L'elemento *entry/act* **DEVE** avere l'attributo *act/@classCode* valorizzato con *ACT* e l'attributo *act/@moodCode* valorizzato con *EVN*.

4700

Il valore per *act/statusCode* **DEVE** essere derivato dal ValueSet X_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC.

Si veda il paragrafo 6.2.1.2 per i possibili valori.

In generale in un Profilo Sanitario Sintetico lo status Code è di tipo "active".

4705

La tipologia delle esenzioni è definita nell'elemento *act/code* che è un elemento **OBBLIGATORIO** che identifica l'esenzione modellata nella classe *act*. In particolare, nell'elemento *act/code* **DEVE** essere riportato il codice dell'esenzione che può essere valorizzato a partire da uno dei seguenti sistemi di codifica:

4710

- **catalogo nazionale delle esenzioni**, dove l'OID del catalogo nazionale delle esenzioni è pari a 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.22;
- **catalogo regionale delle esenzioni previste in ambito regionale**, dove l'OID del catalogo regionale delle esenzioni previste in ambito regionale è pari a 2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE].6.22 dove REGIONE è la regione che definisce il catalogo in analisi;

- **catalogo nazionale Nessuna Esenzione**, dove l'OID del catalogo è pari a 2.16.840.1.113883.2.9.5.2.2. Questo catalogo viene utilizzato per indicare che l'assistito non ha diritto ad alcuna esenzione. Il codice per indicare che Nessuna Esenzione viene applicata è *NE*.

Si osserva che tramite l'elemento *act/code/translation* è possibile gestire anche eventuali transcodifiche in sistemi di codifica locali.

CONF-PSS-231 L'elemento *entry/act* **DEVE** avere l'elemento *act/code* valorizzato come segue:

- *code* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere uno dei valori previsti o nel catalogo nazionale delle esenzioni o nel catalogo regionale delle esenzioni previste in ambito regionale o il valore *NE*;
- *codeSystem* (**OBBLIGATORIO**). Tale attributo di tipo UID (Unique Identifier String) rappresenta l'OID di uno dei seguenti sistemi di codifica:
 - catalogo nazionale delle esenzioni,
 - catalogo regionale delle esenzioni previste in ambito regionale,
 - sistema di codifica per Nessuna Esenzione,

e **DEVE** assumere rispettivamente uno dei seguenti valori:

- 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.22 (per catalogo nazionale delle esenzioni)
- 2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE].6.22 dove REGIONE è la regione che definisce il catalogo in analisi (per catalogo regionale delle esenzioni previste in ambito regionale)
- 2.16.840.1.113883.2.9.5.2.2 (per sistema di codifica Nessuna Esenzione)

- *codeSystemName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String), se presente, **DEVE** assumere il valore costante corrispondente alla descrizione del sistema di codifica;
- *codeSystemVersion* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) rappresenta la versione del vocabolario;
- *displayName* (**OPZIONALE**). Tale attributo di tipo ST (Character String) assume il valore della descrizione del codice dell'esenzione nel catalogo utilizzato.

L'elemento *effectiveTime* descrive l'intervallo di tempo in cui l'esenzione è attiva.

CONF-PSS-232 L'elemento *act/effectiveTime/@low* **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con *@nullflavor* = "UNK"

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

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

```
<act classCode='ACT' moodCode='EVN'>
  <templateId root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.17.1/>
  <id root='$ID_SEZ' />
```

4760

```

<code code='$ESE_CODE' displayName='$ESE_DESC'
  codeSystem=ESE_CODESYS' />
<!--OPZIONALE -->
<statusCode code='$STATUS_CODE' />
<effectiveTime>
  <low ( value='$LOW_TS' | nullFlavor="UNK" )/>
  <!-- OPZIONALE -->
  <high nullFlavor='$HIGH_TS' />
</effectiveTime>
4765 <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..1--->
      $NOTE
</act>

```

4765

Descrizione:

4770

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

\$ESE_CODE , \$ESE_DESC, \$ESE_CODESYS = Indica il tipo di esenzione.

\$STATUS_CODE = Stato dell'atto, valori ammessi 'active|suspended|aborted|completed'

\$LOW_TS = data di inizio validità esenzione. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = **UNK**.

4775

\$HIGH_TS = data di fine validità esenzione.

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

4.18.2.1.1 Note e commenti relativi alle esenzioni – entryRelationship/act

4780

Eventuali note e commenti associate alle esenzioni **POSSONO** essere definite mediante una classe di tipo *act* che è legata alla classe *act*, in cui è definita l'esenzione, mediante una relazione di tipo *entryRelationship*. Per i dettagli sulla modalità di utilizzo della classe *act* per note e commenti si rimanda al § 4.3.3.5.

4.19 Reti di Patologia

4785

In attesa che venga rilasciato dal Regenstrief Institute un codice LOINC idoneo a seguito di relativa richiesta, questa sezione destinata alla rappresentazione delle reti di patologia a cui appartiene l'assistito, deve essere individuata dal codice provvisorio "PSSIT99" (*"Reti di Patologia"*).

4790

Esempi di informazioni gestite:

- Paziente seguito dalla Rete Oncologica della Romagna.

La sezione è opzionale.

4795

CONF-PSS-233 La sezione "Reti di Patologia" (Code "PSSIT99") **DEVE** includere l'identificativo del template di sezione valorizzato a "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.18".

Nell'Appendice A (vedi § 5.17) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.18 relativo alla sezione "Reti di Patologia".

4800

4.19.1 Requisiti di sezione

CONF-PSS-234 La sezione "Reti di Patologia" (Code "PSSIT99") **DEVE** avere un *section/title* possibilmente valorizzato a "Reti di Patologia".

4805

CONF-PSS-235 La sezione "Reti di Patologia" (Code "PSSIT99") **DEVE** contenere almeno una *entry/act* di tipo "Reti di Patologia" conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.18.1".

4810

CONF-PSS-236 Il valore di *component/section/code* **DEVE** avere l'attributo *code/@code* valorizzato con "PSSIT99", l'attributo *code/@codeSystem* valorizzato con "2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8", l'attributo *code/@displayName* valorizzato con "Reti di Patologia"; **PUÒ** avere l'attributo *code/@codeSystemName* valorizzato con "ProfiloSanitarioSinteticoIT".

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

4815

```
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.18" />
    <id root='SID_SEZ' />
    <code code='PSSIT99' displayName='Reti di Patologia' codeSystem='2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8' codeSystemName =
      "ProfiloSanitarioSinteticoIT" />
```

4820

```
<title> Reti di Patologia </title>
```

```
<text>
```

```
$NARRATIVE_BLOCK
```

```
</text>
```

```
<entry>
```

```
<!-- Molteplicità 1...N Rete di Patologia -->
```

```
$RETE_ACT
```

```
</entry>
```

```
</section>
```

```
</component>
```

4825

4830

Descrizione:

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

\$NARRATIVE_BLOCK = descrizione testuale del contenuto di sezione.

4835

\$RETE_ACT = informazione codificata relativa ai dati sulla rete di patologia (vedi § 4.19.2).

4.19.2 Rete di Patologia

Le informazioni codificate sulla rete sono fornite attraverso una Act (2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.18.1).

4840

CONF-PSS-237 Un elemento di tipo "Rete di Patologia" **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.18.1".

Nell'elemento *entry/act*, l'attributo *act/@classCode*, **OBBLIGATORIO**, **DEVE** assumere il valore costante *PCPR* (*care provision*) e l'attributo *act/@moodCode*, **OBBLIGATORIO**, **DEVE** assumere valore costante *EVN* (*event*).

4845

CONF-PSS-238 L'elemento *entry/act* **DEVE** avere l'attributo *act/@classCode* valorizzato con *PCPR* e l'attributo *act/@moodCode* valorizzato con *EVN*.

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

4850

In generale in un Profilo Sanitario Sintetico lo status Code è di tipo "active".

L'identificativo della rete di patologia è espresso dall'elemento *act/id*, **OBBLIGATORIO**, che nell'attributo *@root* esprime l'OID della rete.

CONF-PSS-239 L'elemento *act/id* **DEVE** avere l'attributo *@root* valorizzato con l'OID della rete di patologia.

4855

La tipologia di rete di patologia è definita nell'elemento *act/code* che è un elemento **OPZIONALE** che identifica la rete modellata nella classe *act*. In particolare, nell'elemento *act/code* **PUÒ** essere riportato il codice del tipo di rete.

4860 Si osserva che tramite l'elemento *act/code/translation* è possibile gestire anche eventuali transcodifiche in sistemi di codifica locali.

L'elemento *effectiveTime* descrive l'intervallo di tempo in cui la rete di patologia è attiva.

CONF-PSS-240 L'elemento *act/effectiveTime/@low* **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con *@Nullflavor* = "UNK".

4865 **CONF-PSS-241** L'elemento *act/effectiveTime/@high* **DEVE** essere presente quando lo *act/statusCode* è "completed" o "aborted"; **NON DEVE** essere presente negli altri casi.

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

```

4870 <act classCode='PCPR' moodCode='EVN'>
    <templateId root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.18.1/>
    <id root='$ID_SEZ' />
    <code code='$RDP_CODE' displayName='$RDP_DESC' codeSystem=RDP_CODESYS' />
    <statusCode code='$STATUS_CODE' />
4875 <effectiveTime>
        <low ( value='$LOW_TS' | nullFlavor="UNK" )/>
        <!-- OPZIONALE -->
        <high nullFlavor='$HIGH_TS' />
    </effectiveTime>
4880 <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..1-->
        $NOTE
    </act>

```

Descrizione:

\$ID_SEZ = Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). OID che identifica la Rete di Patologia.

4885 **\$RDP_CODE** , **\$RDP_DESC**, **\$RDP_CODESYS** = Indica il tipo di rete di patologia.

\$STATUS_CODE = Stato dell'atto, valori ammessi 'active|suspended|aborted|completed'

\$LOW_TS = data di inizio appartenenza alla rete di patologia. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = **UNK**.

\$HIGH_TS = data di fine appartenenza alla rete di patologia.

4890 **\$NOTE** = Eventuali Note. Vedi § 4.3.3.5 - Commenti

4.19.2.1.1 Note e commenti relativi alla Rete di Patologia – *entryRelationship/act*

Eventuali note e commenti associate all'appartenenza alla Rete di Patologia **POSSONO** essere definite mediante una classe di tipo *act* che è legata alla classe *act*, in cui è definita la rete di patologia, mediante una relazione di tipo *entryRelationship*. Per i
4895 dettagli sulla modalità di utilizzo della classe *act* per note e commenti si rimanda al § 4.3.3.5.

5 APPENDICE A: TABELLA DI SINTESI DEGLI ELEMENTI DEFINITI NEL TEMPLATE

4900

Nella seguente tabella è fornito un riassunto schematico delle sezioni descritte in questo documento; le convenzioni utilizzate nella tabella sono descritte qui di seguito:

- La prima colonna della tabella riporta il livello di nesting, si assume come livello 1 il livello component/section.

4905

- La seconda colonna riporta la cardinalità dell'elemento. Si osserva che:
 - La cardinalità [1..1] indica che l'elemento DEVE essere presente una ed una sola volta.
 - La cardinalità [1..*] indica che l'elemento DEVE essere presente almeno una volta.

4910

- La cardinalità [0..1] indica che l'elemento PUÒ essere presente.
- La cardinalità [0..*] indica che l'elemento PUÒ essere presente zero o più volte.
- La terza colonna riporta il nome dell'elemento, preceduto, laddove applicabile, dal nome dell'elemento che lo precede.

4915

- La quarta colonna contiene attributi rilevanti e valorizzazioni relative. È a questo proposito importante osservare che nella tabella riassuntiva sono riportati solo gli attributi più rilevanti e le rispettive valorizzazioni, pertanto tale tabella non è da considerarsi esaustiva di tutti gli attributi e valorizzazioni presenti descritti nei paragrafi relativi alla section in esame.

- La quinta colonna contiene eventuali note.

4920

Si osserva che in generale nella tabella si utilizza la notazione XPath secondo cui

- observation/code rappresenta `<observation> <code>`
- performer/@typeCode = "PRF" rappresenta `<performer typeCode = "PRF">`
- [act | observation]/id indica che un act o una observation possono essere utilizzati, ma entrambi devono avere un attributo id.

4925

.

5.1 Allergie e Intolleranze (Alerts)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[1.1]	Sezione Allergie e Intolleranze (Alerts) section	templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1 code/@code [1.1]= "48765-2" "Allergie & o reazioni avverse" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] ="Allergie e Intolleranze"	
2	[1.*]	entry/act	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1 statusCode = ValueSet X_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK effectiveTime/@high [0.1]: <ul style="list-style-type: none"> • se statusCode=completed aborted effectiveTime/@high [1.1] • se statusCode/=completed aborted effectiveTime/@high non deve essere presente 	Entry di tipo "Allergia o Intolleranza"

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
3	[1.1]	entryRelationship/observation	templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4 <ul style="list-style-type: none"> code/@code [1.1]= "OINT", 2.16.840.1.113883.5.4 derivato dall'ActCode STATIC id [1.1] effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK value/@code valore derivato dal Value Set UnknownAllergies_PSSIT DYNAMIC 	"Allergy and Intolerance Entry" – Indicazione Assenza Allergie Note
			templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3 <ul style="list-style-type: none"> code/@code valore derivato dal Value Set, ObservationIntoleranceType DYNAMIC id [1.1] effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK Se è noto l'agente che ha causato l'intolleranza o la reazione avversa: <ul style="list-style-type: none"> value/@code = "52473-6" value/@codeSystem = "2.16.840.1.113883.6.1" value/@displayName = "Allergia o causa della reazione" 	"Allergy and Intolerance Entry" – Intolleranze, allergie o reazioni avverse
4	[1.*]	participant	<ul style="list-style-type: none"> Se agente codificato e per le somministrazioni farmaceutiche participantRole/playingEntity/code valore derivato da WHO ATC (2.16.840.1.113883.6.73) o AIC (2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5) Se agente codificato e per le allergie non a farmaci participantRole/playingEntity/code DOVREBBE essere selezionato dal value set AllergenNoDrugs_PSSIT DYNAMIC Se agente non noto participantRole/playingEntity/code/@nullFlavor = 	Agente Applicabile solo se templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3 (intolleranze, allergie o reazioni avverse) al livello precedente

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			<p>“UNK” (nessun altro attributo deve essere valorizzato)</p> <ul style="list-style-type: none"> Se agente non codificato participantRole/playingEntity/code/@nullFlavor = “NI” (nessun altro attributo deve essere valorizzato) <p>participantRole/playingEntity/code/[@nullFlavor= “NI”]/originalText/reference [0.1] (riferimento alla descrizione dell’agente)nel Narrative Block)</p>	
4	[0.*]	entryRelationship/observation entryRelationship/@typeCode =“MFST”, “In manifestation of” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC	<ul style="list-style-type: none"> Se Osservazione Reazione Avversa è in forma codificata <ul style="list-style-type: none"> templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1 value DOVREBBE essere derivato “ICD9-CM (diagnosis codes)” (2.16.840.1.113883.6.103) DYNAMIC Se Osservazione Reazione Avversa è in forma non codificata <ul style="list-style-type: none"> templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2 value/originalText/reference [0.1] (riferimento alla descrizione della reazione nel narrative block) <p>code/@code =“75321-0”, @displayName =“Obiettività Clinica”, @codeSystem =“2.16.840.1.113883.6.1” STATIC</p> <p>value/@xsi:type [1.1]='CD'</p>	<p>Osservazione Reazione Avversa (reaction observation)</p> <p>Applicabile solo se templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3 (intolleranze, allergie o reazioni avverse) al livello precedente</p>
4	[0.1]	entryRelationship/observation entryRelationship/@inversionInd=“true” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC	<p>templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.3</p> <p>value/@xsi:type [1.1]='CD'</p> <p>value valore derivato dal ValueSet CriticalityObservation DYNAMIC, value/@codeSystem = 2.16.840.1.113883.5.1063</p>	Criticità dell’allergia
4	[0.1]	entryRelationship/observation	<p>templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6</p> <p>code/@code=“33999-4”, @displayName=“Stato”, @codeSystem</p>	Stato clinico dell’allergia

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			=“2.16.840.1.113883.6.1” STATIC value valore derivato dal StatoClinicoProblema_PSSIT DYNAMIC, value/@codeSystem = 2.16.840.1.113883.6.1”	
4	[0.*]	entryRelationship/act entryRelationship/@typeCode =“SUBJ” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC entryRelationship/@inversionI nd=“true” 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7	Note e commenti associati all’allergia

5.2 Terapie Farmacologiche (Medications)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[1.1]	Sezione Terapie Farmacologiche (Medications) section	templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2 code/@code [1.1]= “10160-0” “Storia di uso di farmaci” 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] =” Terapie Farmacologiche”	

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
2	[1.*]	entry/substanceAdministration	<p>templateId/@root assume in alternativa uno dei seguenti valori:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1 (Terapia) 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3 (Assenza di terapie note) 	Entry di tipo "Terapia" o "Assenza di terapie note"
			<p>Se templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1 (Terapia)</p> <ul style="list-style-type: none"> statusCode = ValueSet X_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC effectiveTime[1.*]/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK effectiveTime[1.*]/@high [0.1]; se statusCode=completed aborted effectiveTime/@high [1.1]; se statusCode/=completed aborted effectiveTime/@high non deve essere presente effectiveTime: seconda istanza opzionale, per descrivere la posologia 	<p>Entry di tipo "Terapia"</p> <p>Primo effectiveTime per descrivere l'intervallo di tempo in cui è in atto la terapia</p> <p>Secondo effectiveTime per descrivere la posologia</p>
			<p>Se templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3 (Assenza di terapie note),</p> <p>substanceAdministration/code[1.1], è derivato dal value set AssenzaTerapie Note_PSSIT</p>	Entry di tipo "Assenza di terapie note"
3	[1.1]	consumable/manufacturedProduct	<p>templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2</p> <p>substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial/code [1.1] valore derivato da AIC (2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5)</p> <p>substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial/code/translation [0.1] valore derivato da WHO ATC (2.16.840.1.113883.6.73)</p>	<p>"Dettagli Farmaco"</p> <p>Applicabile solo se al livello precedente templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1 (Terapia)</p>

5.3 Vaccinazioni (Immunizations)

Liv.	Card	Elemento/Macro oggetto	Attributi/Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[0.1]	Sezione Vaccinazioni (Immunizations) section	templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.3 code/@code [1.1]= "11369-6" "Storia di immunizzazioni" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] =" Vaccinazioni"	
2	[1.*]	entry/substanceAdministration	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.1 statusCode = ValueSet X_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC effectiveTime [1.1]; se non noto usare effectiveTime/@nullFlavor	Entry di tipo "Vaccinazione"
3	[1.1]	consumable/manufacturedProduct	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.2	"Dettagli Vaccino"
3	[0.1]	entryRelationship/observation	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4. code/@code = "30973-2", @displayName = "Numero dose", @codeSystem = "2.16.840.1.113883.6.1" STATIC statusCode/@code = "completed" value/@xsi:type [1.1]='INT', @value[1.1]	Numero della dose
3	[0.1]	entryRelationship/observation	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.3 code/@code = "59781-5", @displayName = "Validità della dose", @codeSystem = "2.16.840.1.113883.6.1" STATIC statusCode/@code = "completed" value/@xsi:type = "IVL_TS" [1.1] value/high/@value [1.1]	Periodo Copertura

Liv.	Card	Elemento/Macro oggetto	Attributi/Valorizzazioni rilevanti	Note
3	[0..*]	entryRelationship/observation entryRelationship/@typeCode="CAUS", "Is etiology for" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC	templateId/@root =2.16.840.1.113883.10.20.1.54 <ul style="list-style-type: none"> • Se Osservazione Reazione Avversa è in forma codificata <ul style="list-style-type: none"> ○ templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1 ○ value DOVREBBE essere derivato "ICD9-CM (diagnosis codes)" (2.16.840.1.113883.6.103) DINAMIC • Se Osservazione Reazione Avversa è in forma non codificata templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2 code/@code ="75321-0", @displayName ="Obiettività Clinica", @codeSystem ="2.16.840.1.113883.6.1" STATIC value/@xsi:type [1.1]='CD'	Osservazione Avversa (observation) Reazione (reaction)
3	[0..*]	entryRelationship/act entryRelationship/@typeCode="SUBJ" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC entryRelationship/@inversionInd="true" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7	Note e commenti associati alla vaccinazione

5.4 Lista dei Problemi (Problems)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[1.1]	Sezione Lista dei Problemi (Problems) section	templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.4 code/@code [1.1]= "11450-4" "Lista dei problemi" LOINC STATIC title [1.1] =" Lista dei problemi"	
2	[1.*]	entry/act	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1 statusCode = ValueSet X_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK effectiveTime/@high [0.1]: <ul style="list-style-type: none"> • se statusCode=completed aborted effectiveTime/@high [1.1] • se statusCode/=completed aborted effectiveTime/@high non deve essere presente 	Entry di tipo "Problema"
3	[1.*]	entryRelationship/observation	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.2 id [1.1] effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK code/@code è derivato dal value set ProblemObservation_PSSIT (LOINC "2.16.840.1.113883.6.1"). Se non note informazioni relative a problemi o il paziente non ha problemi, allora value/@code valore derivato dal Value Set Set UnknownProblems_PSSIT DYNAMIC	"Dettagli Problema"
3	[0.*]	entryRelationship/act	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.3	Riferimenti interni

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			id [1.1] code [1.1]: se entry/act/code presente, dovrà coincidere con questo, altrimenti code/@nullFlavor=NA	
4	[0.1]	entryRelationship/observation entryRelationship/@inversionI nd="true" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.4, value/@xsi:type [1.1]='CD' value valore derivato dal ValueSet SeverityObservation DINAMIC, value/@codeSystem = 2.16.840.1.113883.5.1063	Gravità Probelma
4	[0.1]	entryRelationship/observation	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6 code/@code ="33999-4", @displayName ="Stato", @codeSystem ="2.16.840.1.113883.6.1" STATIC value valore derivato dal StatoClinicoProblema_PSSIT DYNAMIC, value/@codeSystem = 2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	Stato clinico di un problema
4	[0.1]	entryRelationship/observation	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.5 code/@code ="ASSERTION", @codeSystem ="2.16.840.1.113883.5.4" STATIC value valore derivato dal CronicitàProblema_PSSIT DYNAMIC, value/@codeSystem = 2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	Cronicità di un problema
4	[0.*]	entryRelationship/act entryRelationship/@typeCode ="SUBJ" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC entryRelationship/@inversionI	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7	Note e commenti associati al Problema

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
		nd="true" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC		

4935

5.5 Anamnesi Familiare (Family History)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[0..1]	Sezione Anamnesi Familiare (Family History) section	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.16 code/@code[1..1] = " 10157-6" – "Storia di malattie di membri familiari" - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] =" Anamnesi familiare"	
2	[0..*]	entry/organizer	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1 classCode='CLUSTER' moodCode='EVN'	Entry di tipo "Organizer Anamnesi Familiare"
3	[1..1]	subject/relatedSubject	classCode='PRS'	
3	[1..*]	component/observation	classCode='OBS' moodCode='EVN' templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2	Dettaglio Familiare Anamnesi
4	[0..*]	entryRelationship/observation	classCode='OBS' moodCode='EVN' templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3	Età Insorgenza

5.6 Stile di vita (Social History)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[0..1]	Sezione Stile di Vita (Social History) section	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.6 code/@code[1..1] = "29762-2" – "Stile di vita" - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] = " Stile di vita"	
2	[0..*]	entry/observation	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1 template/@root = 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.13.4 id[1..1]	Entry di tipo "Osservazione sullo stile di vita"
			code/@code = "72166-2" – "Fumatore di tabacco, stato" LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = CD	
			code/@code="74009-2" – "Sforzo, durata/Frequenza di esercizio" LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = PQ	
			code/@code="74013-4" – "Bevande alcoliche al giorno" LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = PQ	
			code/@code="61144-2" – "Dieta e nutrizione" LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = CD	

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			<p>code/@code="63511-0" – “Sta attualmente lavorando, è in cerca di lavoro, pensionato, casalinga, studente, o altro”</p> <p>LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = CD</p> <p>value/@code può essere valorizzato con Classificazione delle professioni ISTAT</p> <p>value/@codeSystem può essere valorizzato con 2.16.840.1.113883.2.9.6.2.3</p>	
			<p>code/@code="63736-3" – “Materiali a cui è stato esposto nel suo lavoro o nella vita quotidiana”</p> <p>LOINC 2.16.840.1.113883.6.1</p> <p>value/@xsi:type = CD</p>	
			<p>code/@code="74204-9" – “Uso di Droghe”</p> <p>LOINC 2.16.840.1.113883.6.1</p> <p>value/@xsi:type = CD</p>	
			<p>code/@code="32624-9" – “Razza”</p> <p>LOINC 2.16.840.1.113883.6.1</p> <p>value/@xsi:type = CD</p>	
			<p>code/@code="45404-1" – “Marital status”</p> <p>LOINC 2.16.840.1.113883.6.1</p> <p>value/@xsi:type = CD</p>	
			<p>code/@code="52720-0" – “Altre informazioni utili”</p> <p>LOINC 2.16.840.1.113883.6.1</p> <p>value/@xsi:type = ANY</p>	

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			code/@code="11295-3" – "Impiego attuale" LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = CD	

4940 5.7 Gravidanze e parto (History of Pregnancies)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[0..1]	Sezione Gravidanze e parto (History of Pregnancies) section	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.7 code/@code[1..1] = "10162-6" – 'Storia di gravidanze' - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] = "Gravidanze, parto e stato mestruale"	
2	[1..*]	entry/observation	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1	Entry di tipo "Gravidanze, parti, stato mestruale"

5.8 Parametri Vitali (Vital Signs)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[0..1]	Sezione Parametri Vitali (Vital	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.8	

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
		Signs) section	code/@code[1..1] = "8716-3" – "Parametri vitali" - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1..1] =" Parametri Vitali"	
2	[0..*]	entry/organizer	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1	Entry di tipo "Organizer Parametri Vitali"
2	[0..*]	entry/observation	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2 (vedi dettaglio livello 3)	Entry di tipo "Osservazione Parametri Vitali"
3	[1..*]	component/observation all'interno di entry/ organizer	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2	Dettaglio "Osservazione Parametri Vitali"
			code/@code="9279-1" – "Respiri" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ	
			code/@code="8867-4" – "Frequenza cardiaca" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ	
			code/@code="59408-5" – "Saturazione ossigeno" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ	
			code/@code="8480-6" – "Sistolica intravascolare" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ	

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			<p>code/@code="8462-4" – "Diastolica intravascolare" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ</p>	
			<p>code/@code="8310-5" – "Temperatura corporea" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ</p>	
			<p>code/@code="8302-2" – "Altezza corporea" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ</p>	
			<p>code/@code="8306-3" – "Altezza corporea^sdraiato" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ</p>	
			<p>code/@code="8287-5" – "Circonferenza.occipitale-frontale" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ</p>	
			<p>code/@code="3141-9" – "Peso corporeo" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ</p>	
			<p>code/@code="39156-5" – "Indice di massa corporea" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ</p>	

5.9 Protesi, Impianti e Ausili (Medical Equipment)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[1.1]	Sezione Protesi, Impianti e Ausili (Medical equipment) section	templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.9 code/@code [1.1]= "46264-8" "Storia di uso di dispositivi medici" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] =" Protesi, impianti e ausili"	
2	[1.*]	Entry/supply	TemplateId@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.1 (Dettaglio Protesi Impianti Ausili) supply/code[1.1], è derivato dal value set Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND) (@codeSystem "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.48"). supply/effectiveTime [1.1]	Entry di tipo "Dettaglio Protesi Impianti Ausili"
			Oppure: templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.2 (indicazione Assenza Protesi Impianti Ausili), supply/code[1.1], è derivato dal value set AssenzaPRotesiImpiantiAusili_PSSIT.	Entry di tipo "Indicazione Assenza Protesi Impianti Ausili"

4945

5.10 Piani di Cura (Plan of Care)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
---------	------	--------------------------	--------------------------------------	------



Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[0..1]	Sezione Piani di Cura (Plan of Care) section	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.10 code/@code[1..1] = " 18776-5 "Piano di cura" - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] =" Piani di cura"	
2	[0..*]	entry/observation	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1 id [1..1] code/@code [1..1] derivato da value set LOINC (2.16.840.1.113883.6.1), o altro sistema di codifica locale. effectiveTime/@low e effectiveTime/@high [0..1] per esprimere un intervallo di tempo, o in alternativa effectiveTime/@value per esprimere una data precisa	Entry di tipo "Dettagli Attività Piano di Cura" - Osservazione (per prestazioni)
2	[0..*]	entry/substanceAdministration	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2 (terapia) id [1..1] effectiveTime/@low e effectiveTime/@high [0..1] per esprimere un intervallo di tempo, o in alternativa effectiveTime/@value per esprimere una data precisa effectiveTime [0..1] per esprimere la posologia	Entry di tipo "Dettagli Attività Piano di Cura"- Terapia (per terapia farmacologica o vaccinazione)
3	[1..1]	consumable/manufacturedProduct	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2 substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/ manufacturedMaterial/code[1.1] valore derivato da AIC (2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5) substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/ manufacturedMaterial/code/traslation[1.1] valore derivato da WHO ATC (2.16.840.1.113883.6.73)	"Dettagli Farmaco" Applicabile solo se al livello precedente templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1. 4.3.10.2 (Terapia)
2	[0..*]	entry/procedure	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3 id [1..1]	Entry di tipo "Dettagli Attività Piano di Cura"- Procedura

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			code/@code [1..1] derivato da value set LOINC (2.16.840.1.113883.6.1), o altro sistema di codifica locale. effectiveTime/@low e effectiveTime/@high [0..1] per esprimere un intervallo di tempo, o in alternativa effectiveTime/@value per esprimere una data precisa	
2	[0..*]	entry/encounter	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4 id [1..1] code [1.1] derivato dal ValueSet, 2.16.840.1.113883.1.11.13955 EncounterCode relativo ad "ActCode" DYNAMIC effectiveTime/@low e effectiveTime/@high [0..1] per esprimere un intervallo di tempo, o in alternativa effectiveTime/@value per esprimere una data precisa	Entry di tipo "Dettagli Attività Piano di Cura"- Visita
2	[0..*]	entry/act	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5 id [1..1] code/@code [1..1] derivato sistema di codifica locale. effectiveTime/@low e effectiveTime/@high [0..1] per esprimere un intervallo di tempo, o in alternativa effectiveTime/@value per esprimere una data precisa	Entry di tipo "Dettagli Attività Piano di Cura"- Atti

5.11 Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche (Procedures)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[1..1]	Sezione Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11 code/@code[1..1] = " 47519-4" "Storia di Procedure" 2.16.840.1.113883.6.1	Il templateId 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.12 è opzionale e può essere

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
		(Procedures) section	LOINC STATIC title [1.1] = "Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche"	usato per codificare le informazioni della sezione
2	[0..*]	entry/procedure	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1 procedure/@moodCode = EVN	Entry di tipo "Procedura Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche"

4950 5.12 Visite o Ricoveri (Encounters)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[0..1]	Sezione Visite o Ricoveri (Encounters) section	templateId@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.12 code@code[1..1] = "46240-8" "Storia di ospedalizzazioni+Storia di visite ambulatoriali" - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] = "Visite e Ricoveri"	
2	[1..*]	entry/encounter	templateId@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.12.1 @moodCode = EVN id[1..1] code [1.1] derivato dal ValueSet, 2.16.840.1.113883.1.11.13955 EncounterCode relativo ad "ActCode" DINAMIC	Entry di tipo "Dettaglio Visita o Ricovero"

5.13 Stato funzionale del paziente (Functional Status)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[1.1]	Sezione Stato del paziente (Functional status) section	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13 code/@code[1..1] = "47420-5" – "Nota di valutazione dello stato funzionale" - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] = "Stato del Paziente"	
2	[1..*]	entry/Organizer	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1	Entry di tipo "Organizer Risultati"
3	[1.1]	component/observation	templateId@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2 @code = "75246-9", @displayName = "Activity", @codeSystem = "2.16.840.1.113883.6.1" STATIC	"Dettagli Risultato" per Capacità Motoria
3	[0.1]	component/observation	templateId@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2 @code = "ASSERTION", @codeSystem = "2.16.840.1.113883.5.4" STATIC.	"Dettagli Risultato" per Assistenza Domiciliare

5.14 Indagini diagnostiche e esami di laboratorio (Results)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[0..1]	Sezione Indagini diagnostiche e esami di laboratorio (Results) section	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14 code/@code[1..1] = "30954-2" – "Test diagnostici rilevanti & o dati di laboratorio" - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC	

			title [1.1] =" Indagini diagnostiche e esami di laboratorio"	
2	[0..*]	entry/Organizer	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1	Entry di tipo "Organizer Risultati"
3	[1..*]	component/Observation	templateId/@root -= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2 id[1..1] code/@code[1..1] derivato da value set LOINC (2.16.840.1.113883.6.1) o altro sistema di codifica locale.	"Dettaglio risultato"

4955

5.15 Assenso / Dissenso Donazione Organi (Advance Directives)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[0.1]	Sezione Assenso / Dissenso Donazione Organi (Advance Directives) section	templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.15 code/@code [1.1]= "42348-3" "Dichiarazioni anticipate di trattamento" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] =" Assenso / Dissenso Donazione Organi"	

5.16 Esenzioni (Reason for co-payment exemption)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[0.1]	Sezione Esenzioni (Reason for co-payment exemption) section	templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17 code/@code [1.1]= "57827-8" "Motivo di esenzione dal co-pagamento" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC	

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			title [1.1] = "Esenzioni"	
2	[1.*]	entry/act	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.17.1 act/@classCode = "ACT" act/@moodCode = "EVN" statusCode = ValueSet X_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC code [1.1] = @code e @codeSystem: uno tra i seguenti: <ul style="list-style-type: none"> • 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.22 (per catalogo nazionale delle esenzioni) • 2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE].6.22 dove REGIONE è la regione che definisce il catalogo in analisi (per catalogo regionale delle esenzioni previste in ambito regionale) • 2.16.840.1.113883.2.9.5.2.2 (per sistema di codifica Nessuna Esenzione) effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK effectiveTime/@high: <ul style="list-style-type: none"> • se statusCode=completed aborted effectiveTime/@high [1.1] • se statusCode/=completed aborted effectiveTime/@high non deve essere presente 	Entry di tipo "Esenzione"
3	[0.*]	entryRelationship/act entryRelationship/@typeCode = "SUBJ" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7	Note e commenti associati all'esenzione

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
		entryRelationship/@inversionInd="true" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC		

5.17 Reti di Patologia (Reti di Patologia)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[0..1]	Sezione Reti di Patologia (Reti di Patologia) section	templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.18 code [1.1] = "PSSIT99" "Reti di Patologia" "2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8" DYNAMIC title [1.1] ="Reti di Patologia"	
2	[1..*]	entry/act	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.18.1 act/@classCode ="PCPR" act/@moodCode ="EVN" statusCode = ValueSet X_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC act/id [1.1] = @root: OID della Rete di Patologia effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK effectiveTime/@high:	Entry di tipo "Rete di Patologia"

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			<ul style="list-style-type: none"> • se statusCode=completed aborted effectiveTime/@high [1.1] • se statusCode/=completed aborted effectiveTime/@high non deve essere presente 	
3	[0..*]	entryRelationship/act entryRelationship/@typeCode="SUBJ" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC entryRelationship/@inversionInd="true" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7	Note e commenti associati alle Reti di Patologia

6 APPENDICE B: OID E VOCABOLARI

4960 6.1 Template ID in questa guida

Si utilizzerà la root “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4” per tutta la famiglia dei Profilo Sanitario Sintetico. In particolare:

4965

- 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.1.1 per il template documentale
- 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.X per i template di sezione
- 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.X.Y per i template di entry

Template ID per Profilo Sanitario Sintetico	Descrizione	Source
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.1.1	Profilo Sanitario Sintetico	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1	Sezione Allarmi	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1	Allergia o Intolleranza (act)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3	Intolleranza od Allergia (observation)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4	Assenza di Allergie Note (observation)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1	Descrizione Reazioni Codificata (observation)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2	Descrizione Reazioni Non Codificata (observation)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.3	Criticità dell'Allergia o Intolleranza	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6	Stato dell'allergia	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7	Commenti	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2	Sezione Terapie	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1	Terapia (substanceAdministration)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2	Dettagli Farmaco (manufacturedProduct)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3	Assenza di Terapie (substanceAdministration)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.3	Sezione Vaccinazioni	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.1	Vaccinazione (substanceAdministration)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.2	Dettagli Vaccino (manufacturedProduct)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.3	Periodo di Copertura (observation)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4	Numero della dose	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.4	Sezione Lista dei Problemi	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1	Problema (act)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.2	Dettagli Problema (observation)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.3	Riferimenti Interni	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.4	Gravità del Problema	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.5	Cronicità del problema	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.16	Sezione Anamnesi Familiare	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1	Organizer Anamnesi Familiare	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.2	Dettaglio Anamnesi Familiare	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3	Età Insorgenza	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.6	Sezione Stile di vita	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1	Osservazione su Stile di vita (observation)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.7	Sezione Gravidanze e Parto	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1	Dettaglio Gravidanza o Parto (observation)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.8	Sezione Parametri Vitali	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1	Organizer Parametri Vitali (organizer)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2	Osservazione Parametri Vitali (observation)	IG CDA IT

2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.9	Sezione Protesi Impianti Ausili	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.1	Dettaglio Protesi Impianti Ausili	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.2	Indicazione Assenza Protesi Impianti Ausili	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.10	Sezione Piano di Cura	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1	Osservazione Piano di cura (observation)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2	Terapia Piano di cura (substanceAdministration)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3	Procedura Piano di cura (procedure)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4	Visita o Ricovero Piano di cura (encounter)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5	Atto Piano di Cura (act)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11	Sezione Trattamenti e Procedure	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1	Procedura (procedure)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.12	Sezione Visite e Ricoveri	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.12.1	Dettagli Visita o Ricovero (encounter)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13	Sezione Stato del Paziente	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14	Sezione Indagini Diagnostiche e Esami di Laboratorio	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1	Organizer Risultati	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2	Dettagli Risultato	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.15	Sezione Assenso Dissenso Donazione Organi	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17	Sezione Esenzioni	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.17.1	Esenzione	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.18	Sezione Reti di Patologia	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.18.1	Rete di Patologia	IG CDA IT

Tabella 7 - Template definiti da questa guida

6.2 Vocabolari

6.2.1 Value Set

4970 Nota bene: le sezioni sottostanti documentano il contenuto dei value set al momento della pubblicazione di questa guida. Per i tutti i value set il cui binding non è esplicitamente indicato come STATIC, è possibile che il loro contenuto sia aggiornato nel tempo, senzache una nuova versione di questa guida sia pubblicata.

6.2.1.1 *assignedAuthorCode_PSSIT*

4975 Contenuto da codesystem:
RoleCodeIT [2.16.840.1.113883.2.9.5.1.111]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	Qualifiers/Identifiers
0	content	RoleCodeIT		2.16.840.1.113883.2.9.5.1.111
1	.codeBasedContent		MMG	
1	.codeBasedContent		PLS	

6.2.1.2 x_ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted

Contenuto da codesystem:

ActStatus [2.16.840.1.113883.5.14]

4980

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	Informazioni aggiuntive	Qualifiers/Identifiers
0	content	ActStatus			2.16.840.1.113883.5.14
1	.codeBasedContent		active	<p>Problema attivo: un problema è attivo fino a quando ci si aspetta che possa essere svolta una qualche attività clinica. Per tutti gli altri stati NON devono essere previste attività.</p> <p>Terapia attiva.</p>	
1	.codeBasedContent		suspended	<p>Il problema è da considerarsi attivo, ma può essere "messo da parte". Per esempio, dopo un periodo di assenza di sintomi, senza però che si possa stabilire in via definitiva che sia stato risolto.</p> <p>La terapia è sospesa; tuttavia è da considerarsi ancora attiva, ma può essere "messa da parte".</p>	
1	.codeBasedContent		aborted	<p>Problema da non considerarsi più attivo, senza che sia da considerarsi risolto (Per esempio il paziente abbandona la cura).</p> <p>Terapia da non considerarsi più attiva, essendo stata interrotta (Per esempio il paziente abbandona la cura)</p>	
1	.codeBasedContent		Completed	<p>Il problema, l'allergia o lo stato clinico è stato risolto, non esiste più la necessità di tracciare il problema eccetto che per scopi di storicizzazione.</p> <p>La terapia non è più attiva.</p>	

6.2.1.3 UnknownAllergies_PSSIT

Contenuto da codesystem:

IPS CodeSystem - Absent and Unknown Data [2.16.840.1.113883.5.1150.1]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	Display Name	Informazioni aggiuntive	Qualifiers/Identifiers
0	content	IPS				2.16.840.1.113883.5.1150.1
1	.codeBasedContent		no-allergy-info	No information about allergies	Per indicare l'assenza di informazioni relative alle allergie.	
1			no-known-allergies	No known allergies	Per indicare l'assenza di allergie note	
2			no-known-medication-allergies	No known medication allergies		
2			no-known-environmental-allergies	No known environmental allergies		
2			no-known-food-allergies	No known food allergies		

4985

6.2.1.4 **ObservationIntoleranceType**

Da Vocabolario di HL7 ObservationIntoleranceType [2.16.840.1.113883.1.11.19700]

Contenuto da codesystem:

ActCode [2.16.840.1.113883.5.4]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	Qualifiers/Identifiers
0	content	ActCode		
1	.combinedContent			
2	.unionWithContent	ActCode		
3	.codeBasedContent		OINT	Relationship: Generalizes With: DirectRelationsOnly
2	.unionWithContent	ActCode		
3	.valueSetReference		ObservationAllergyType	[2.16.840.1.113883.1.11.19701]
2	.unionWithContent	ActCode		
3	.valueSetReference		ObservationNonAllergyIntoleranceType	[2.16.840.1.113883.1.11.19702]
2	.unionWithContent	ActCode		
3	.valueSetReference		ObservationDrugIntoleranceType	[2.16.840.1.113883.1.11.19703]
2	.unionWithContent	ActCode		
3	.valueSetReference		ObservationFoodIntoleranceType	[2.16.840.1.113883.1.11.19704]
2	.unionWithContent	ActCode		
3	.valueSetReference		ObservationEnvironmentalIntoleranceType	[2.16.840.1.113883.1.11.19705]

4990

6.2.1.5 **AllergenNoDrugs_PSSIT**

Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.2>

4995

6.2.1.6 **ReazioniIntolleranza_PSSIT**

Contenuto da codesystem:

ICD9-CM [2.16.840.1.113883.6.103]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName ICD-9-CM	Commenti	Qualifiers/Identifiers
0	content	ICD9-CM				2.16.840.1.113883.6.103
1	.combinedContent		458.0	IIPOTENSIONE ORTOSTATICA	Abbassamento della pressione	
1	.combinedContent		706.0	ACNE VARIOLIFORME	Acne	
1	.combinedContent		706.1	ALTRE ACNI		
1	.combinedContent		780.1	Allucinazioni		
1	.combinedContent		995.1	EDEMA ANGIOEUROTICO NON CLASSIFICATO ALTROVE	Angioedema	
1	.combinedContent		300.0	STATO ANSIOSO NON SPECIFICATO	Ansia e irritabilità	
1	.combinedContent		427	TACHICARDIA PAROSSISTICA SOPRAVENTRICOLARE	Aritmia	
1	.combinedContent		493.9	ASMA, TIPO NON SPECIFICATO	Asma	
1	.combinedContent		493.82	ASMA VARIANTE CON TOSSE		
1	.combinedContent		300.01	DISTURBO DI PANICO SENZA AGORAFOBIA	Attacchi di Panico	
1	.combinedContent		300.02	DISTURBO ANSIOSO GENERALIZZATO		
1	.combinedContent		796.2	REPERTO OCCASIONALE DI IPERTENSIONE	Aumento della pressione	
1	.combinedContent		782.0	DISTURBI DELLA SENSIBILITÀ CUTANEA	Bruciore della pelle	
1	.combinedContent		782.62	ROSSORE	Rossore della pelle	
1	.combinedContent		695.9	AFFEZIONI ERITEMATOSE NON SPECIFICATE		
1	.combinedContent		784.0	CEFALEA	Mal di testa	
1	.combinedContent		346.00	EMICRANIA CLASSICA SENZA MENZIONE DI EMICRANIA NON TRATTABILE	Emicrania	
1	.combinedContent		595.0	CISTITE ACUTA		
1	.combinedContent		595.9	CISTITI, NON SPECIFICATE	Cistite	
1	.combinedContent		009.0	COLITE, ENTERITE GASTROENTERITE INFETTIVE	Colite	
1	.combinedContent		780.01	Coma		
1	.combinedContent		372.30	CONGIUNTIVITE, NON SPECIFICATA		
1	.combinedContent		372.31	CONGIUNTIVITE ROSACEA		
1	.combinedContent		077.0	CONGIUNTIVITE DA INCLUSI		
1	.combinedContent		789.0	DOLORE ADDOMINALE DI SEDE NON SPECIFICATA	Crampi addominali	
1	.combinedContent		789.07	DOLORE ADDOMINALE GENERALIZZATO		
1	.combinedContent		787.91	DIARREA		
1	.combinedContent		564.5	DIARREA FUNZIONALE		
1	.combinedContent		782.0	DISTURBI DELLA SENSIBILITÀ CUTANEA		

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName ICD-9-CM	Commenti	Qualifiers/Identifiers
			438.6	ALTERAZIONE DELLA SENSIBILITÀ	Include "Parestesie"	
1	.combinedContent		054.0	ECZEMA ERPETICO		
1	.combinedContent		692	Dermatite da contatto		
1	.combinedContent		787.3	FLATULENZA,ERUTTAZIONE E COLICA GASSOSA		
1	.combinedContent		750.26	ALTRE ANOMALIE SPECIFICATE DELLA BOCCA		
1	.combinedContent		782.3	EDEMA	Gonfiore	
1	.combinedContent		780.52	INSONNIA,NON SPECIFICATA		
1	.combinedContent		780.5	DISTURBI DEL SONNO NON SPECIFICATI		
1	.combinedContent		245.9	TIROIDITE NON SPECIFICATA		
1	.combinedContent		625.3	DISMENORREA	Mestruazioni dolorose	
1	.combinedContent		787.02	NAUSEA SOLO	Nausea	
1	.combinedContent		787.01	NAUSEA CON VOMITO		
1	.combinedContent		708.0	ORTICARIA ALLERGICA	Orticaria	
1	.combinedContent		785.1	Palpitazioni		
1	.combinedContent		698.9	AFFEZIONI PRURIGINOSE NON SPECIFICATE	Prurito	
1	.combinedContent		698.8	ALTRE AFFEZIONI PRURIGINOSE SPECIFICATE		
1	.combinedContent		696	ARTROPATIA PSORIASICA	Psoriasi	
1	.combinedContent		718.40	RIGIDITÀ ARTICOLARE,SEDE NON SPECIFICATA	Rigidità	
1	.combinedContent		718.49	RIGIDITÀ DI ARTICOLAZIONI MULTIPLE		
1	.combinedContent		477.0	RINITE ALLERGICA DA POLLINI		
1	.combinedContent		477.1	RINITE ALLERGICA DA CIBO		
1	.combinedContent		477.2	RINITE ALLERGICA DA PELI O FORFORA ANIMALE (GATTO)(CANE)		
1	.combinedContent		477.8	RINITE ALLERGICA DA ALTRI ALLERGENI		
1	.combinedContent		477	RINITE ALLERGICA		
1	.combinedContent		472.0	RINITE CRONICA		
1	.combinedContent		527.7	DISTURBI DELLA SECREZIONE SALIVARE	Secchezza della bocca	
1	.combinedContent		529.6	GLOSSODINIA	Sindrome della bocca che brucia	
1	.combinedContent		780.02	ALTERAZIONE (O PERDITA) TEMPORANEA DELLA COSCIENZA		
1	.combinedContent		780.09	ALTRE ALTERAZIONI DELLA		

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName ICD-9-CM	Commenti	Qualifiers/Identifiers
				COSCIENZA		
1	.combinedContent		307.49	DISTURBI SPECIFICI DEL SONNO ALTRE	Es. Sonnolenza	
1	.combinedContent		780.7	MALESSERE AFFATICAMENTO ED		
1	.combinedContent		799.3	DEBILITÀ SPECIFICATA ,NON		
1	.combinedContent		427.2	TACHICARDIA PAROSSISTICA SPECIFICATA NON		
1	.combinedContent		782.61	PALLORE		
1	.combinedContent		786.2	TOSSE		
1	.combinedContent		784.4	ALTERAZIONI SPECIFICATA DELLA VOCE NON	Es. Raucedine	
1	.combinedContent		705.8	DISIDROSI		
1	.combinedContent		787.03	VOMITO SOLO		

5000

6.2.1.7 *ReazioniAllergiche_PSSIT*

Contenuto da codesystem:

ICD9-CM [2.16.840.1.113883.6.103]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName ICD-9-CM	Designazione originale	Qualifiers/Identifiers
0	content	ICD9-CM				2.16.840.1.113883.6.103
1	.combinedContent		796.3	IPOENSIONE ORTOSTATICA	Abbassamento della pressione	
1	.combinedContent		995.1	EDEMA ANGIONEUROTICO NON CLASSIFICATO ALTROVE	Angioedema	
1	.combinedContent		493.9	ASMA, TIPO NON SPECIFICATO	Asma	
1	.combinedContent		519.11	BRONCOSPASMO ACUTO		
1	.combinedContent		372.30	CONGIUNTIVITE, NON SPECIFICATA	Congiuntivite	
1	.combinedContent		372.0	CONGIUNTIVITE ACUTA, NON SPECIFICATA		
1	.combinedContent		077.0	CONGIUNTIVITE DA INCLUSI		
1	.combinedContent		691.8	ALTRE DERMATITI ATOPICHE E AFFEZIONI CORRELATE		
1	.combinedContent		787.91	Diarrea		
1	.combinedContent		789.0	DOLORE ADDOMINALE DI SEDE NON SPECIFICATA		
1	.combinedContent		054.0	ECZEMA ERPETICO		
1	.combinedContent		692	Dermatite da contatto		
1	.combinedContent		750.26	ALTRE ANOMALIE SPECIFICATE DELLA BOCCA	Es. Gonfiore della mucosa orale	
1	.combinedContent		780.79	ALTRO MALESSERE ED AFFATICAMENTO		
1	.combinedContent		477.0	RINITE ALLERGICA DA POLLINI		
1	.combinedContent		477.1	RINITE ALLERGICA DA CIBO		
1	.combinedContent		477.2	RINITE ALLERGICA DA PELI O FORFORA ANIMALE (GATTO)(CANE)		
1	.combinedContent		477.8	RINITE ALLERGICA DA ALTRI ALLERGENI		
1	.combinedContent		478.19	ALTRE MALATTIE DELLE CAVITÀ NASALI E DEI SENI PARANASALI	Es. congestione nasale, starnuti	
1	.combinedContent		787.02	NAUSEA SOLO		
1	.combinedContent		787.01	NAUSEA CON VOMITO		
1	.combinedContent		708.0	ORTICARIA ALLERGICA		
1	.combinedContent		698.9	AFFEZIONI PRURIGINOSE NON	Prurito	

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName ICD-9-CM	Designazione originale	Qualifiers/Identifiers
				SPECIFICATE		
1	.combinedContent		698.8	ALTRE AFFEZIONI PRURIGINOSE SPECIFICATE		
1	.combinedContent		995.0	ALTRO SHOCK ANAFILATTICO NON CLASSIFICATO ALTROVE	Shock anafilattico	
1	.combinedContent		995.60	SHOCK ANAFILATTICO DA ALIMENTO NON SPECIFICATO		
1	.combinedContent		995.61	SHOCK ANAFILATTICO DA ARACHIDI		
1	.combinedContent		995.62	SHOCK ANAFILATTICO DA CROSTACEI		
1	.combinedContent		995.63	SHOCK ANAFILATTICO DA FRUTTI E VEGETALI		
1	.combinedContent		995.64	SHOCK ANAFILATTICO DA NOCI (O NOCCIOLE) E DA SEMI		
1	.combinedContent		995.65	SHOCK ANAFILATTICO DA PESCE		
1	.combinedContent		995.66	SHOCK ANAFILATTICO DA ADDITIVI ALIMENTARI		
1	.combinedContent		995.67	SHOCK ANAFILATTICO DA DERIVATI DEL LATTE		
1	.combinedContent		995.68	SHOCK ANAFILATTICO DA UOVA		
1	.combinedContent		995.69	SHOCK ANAFILATTICO DA ALTRO ALIMENTO SPECIFICATO		
1	.combinedContent		427.2	TACHICARDIA PAROSSISTICA NON SPECIFICATA		
1	.combinedContent		782.61	PALLORE		
1	.combinedContent		V40.3	ALTRI PROBLEMI DI COMPORTAMENTO	Variazioni di comportamento	
1	.combinedContent		V40.9	PROBLEMA PSICHICO O DI COMPORTAMENTO NON SPECIFICATO		
1	.combinedContent		787.03	VOMITO SOLO		
1	.combinedContent		375.15	Insufficienza del film lacrimale, non specificata		
1	.combinedContent		493.9	Asma		
1	.combinedContent		786.59	Altro dolore toracico Senso di oppressione al torace. Tensione del torace.		
1	.combinedContent		691	Dermatite atopica ed		

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName ICD-9-CM	Designazione originale	Qualifiers/Identifiers
				affezioni correlate		
1	.combinedContent		786.0	Dispnea e anomalie respiratorie		
1	.combinedContent		782.1	Rash ed altre eruzioni cutanee non specifiche		
1	.combinedContent		709.8	Eruzione vescicolare		
1	.combinedContent		287.0	Vasculite allergica		
1	.combinedContent		372.71	Iperemia della congiuntiva		
1	.combinedContent		427.5	Arresto cardiorespiratorio		
1	.combinedContent		692.9	Eczema		
1	.combinedContent		478.6	Edema della laringe		
1	.combinedContent		695.1	Eritema multiforme o polimorfo (incl. Sindrome di Stevens-Johnson)		
1	.combinedContent		784.99	Altri sintomi relativi alla testa e al collo (incl. Starnutire)		
1	.combinedContent		780.3	Attacchi (termine comune); Convulsioni		

5005

6.2.1.8 SeverityObservation

Contenuto da codesystem:

ObservationValue [2.16.840.1.113883.5.1063]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Designazione originale	Qualifiers/Identifiers
0	content	SeverityObservation				2.16.840.1.113883.5.1063
1	. combinedContent		H	High	Indicates the condition may be life-threatening or has the potential to cause permanent injury.	
1	. combinedContent		L	Low	Indicates the condition may result in some adverse consequences but is unlikely to substantially affect the situation of the subject.	
1	. combinedContent		M	Moderate	Indicates the condition may result in noticable adverse adverse consequences but is unlikely to be life-threatening or cause permanent injury.	

5010

6.2.1.9 *CriticalityObservation*

Contenuto da codesystem:

ObservationValue [2.16.840.1.113883.5.1063]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Designazione originale	Qualifiers/Identifiers
0	content	criticalityObservation				2.16.840.1.113883.5.1063
1	. combinedContent		H	High	Indicates the condition may be life-threatening or has the potential to cause permanent injury.	
1	. combinedContent		L	Low	Indicates the condition may result in some adverse consequences but is unlikely to substantially affect the situation of the subject.	
1	. combinedContent		M	Moderate	Indicates the condition may result in noticable adverse adverse consequences but is unlikely to be life-threatening or cause permanent injury.	

5015

6.2.1.10 *StatoClinicoProblema_PSSIT*

5020

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Qualifiers/Identifiers
0	content	StatoClinicoProblema_PSSIT			2.16.840.1.113883.6.1
1	. combinedContent		LA 16666-2	Active	
1	. combinedContent		LA 18632-2	Inactive	

6.2.1.11 *AssenzaTerapieNote_PSSIT*

5025

Contenuto da codeSystem:

IPS CodeSystem - Absent and Unknown Data [2.16.840.1.113883.5.1150.1]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Informazioni aggiuntive	Qualifiers/Identifiers
0	content	IPS				2.16.840.1.113883.5.1150.1
1	.combinedContent		no-known-medications	Nessuna terapia farmacologica prescritta	Per indicare l'assenza di terapie note.	
1	.combinedContent		no-medication-info	Trattamento farmacologico sconosciuto	Per indicare l'assenza di informazioni relative a terapie farmacologiche.	

6.2.1.12 *ProblemObservation_PSSIT*

5030

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Designazione originale LOINC	Qualifiers/Identifiers
0	content	LOINC				2.16.840.1.113883.6.1
1	.combinedContent		52797-8	Diagnosi codice ICD	Diagnosis ICD code	
1	.combinedContent		75321-0	Obiettività Clinica	Clinical Finding. Reported symptoms, objective signs and disease prognosis	
1	.combinedContent		75322-8	Disturbo	Complaint. A patient described symptom, problem, or malady; for example, loss of weight, chest pain, or fever	
1	.combinedContent		75326-9	Problema	Problem. A complaint or reason for seeking medical attention	
1	.combinedContent		74836-8	Tipo di trapianto		
1	.combinedContent		75246-9	Activity	Specifico per Capacità motoria	

6.2.1.13 *OrganiMancanti_ICD9_PSSIT*

5035

Contenuto da codeSystem:

ICD9-CM [2.16.840.1.113883.6.103]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Descrizione organo/insieme complesso mancante	Note	Qualifiers/Identifiers
0	content	ICD9-CM					2.16.840.1.113883.6.103
1	.combinedContent		V45.77	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - ORGANI GENITALI	Usato per mancanza di apparato riproduttivo maschile, entrambi i testicoli o un testicolo, ma anche per assenza di apparato riproduttivo femminile	Codice alternativo ICD10: Z90.7	
1	.combinedContent		755.31	MANCANZA TRASVERSA DELL'ARTO INFERIORE	Riferito a mancanza di una Gamba		
1	.combinedContent		V45.72	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - INTESTINO (CRASSO) (TENUE)	Riferito a mancanza di segmento di Intestino	Codice alternativo ICD10: Z90.4	
1	.combinedContent		V45.71	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - MAMMELLA	Usato per assenza di una o entrambe le mammelle	Codice alternativo ICD10: Z90.1	
1	.combinedContent		756.81	ASSENZA DI MUSCOLI E TENDINI			
1	.combinedContent		V45.78	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - OCCHIO			
1	.combinedContent		744.01	ASSENZA DELL'ORECCHIO ESTERNO			
1	.combinedContent		744.21	ASSENZA DEL LOBO DELL'ORECCHIO, CONGENITA			
1	.combinedContent		744.09	ALTRO ASSENZA DELL'ORECCHIO, CONGENITA			
1	.combinedContent		V45.76	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - POLMONE	Usato per assenza di parte o dell'intero polmone	Codice alternativo ICD10: Z90.2	
1	.combinedContent		V45.73	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - RENE		Codice alternativo ICD10: Z90.5	
1	.combinedContent		V45.75	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - STOMACO	Usato per mancanza di parte o tutto lo stomaco	Codice alternativo ICD10: Z90.3	
1	.combinedContent		V45.74	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - ALTRE PARTI DEL TRATTO URINARIO		Codice alternativo ICD10: Z90.6	
1	.combinedContent		V45.79	ASSENZA ACQUISITA DI ALTRI ORGANI	Usato in caso di altri organi non classificati altrove	Codice alternativo ICD10: Z90 o Z90.8	

6.2.1.14 *OrganiMancanti_ICD10_PSSIT*

Contenuto da codeSystem:

5040

ICD10 [2.16.840.1.113883.6.90]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Descrizione organo/insieme complesso mancante	Note	Qualifiers/Identifiers
0	content	ICD10					2.16.840.1.113883.6.90
1	.combinedContent		Q52.0	Assenza congenita della vagina	Assenza di apparato riproduttivo femminile		
1	.combinedContent		Z89.8	Mancanza acquisita di arti superiori ed inferiori [a qualsiasi livello]			
1	.combinedContent		Z89	Mancanza acquisita di un arto			
1	.combinedContent		Z89.9	Mancanza acquisita di un arto non specificato	Arto non specificato		
1	.combinedContent		Z89.2	Mancanza acquisita del braccio, al di sopra del polso			
1	.combinedContent		Z89.0	Mancanza acquisita di dito(a) della mano, [compreso il pollice], unilaterale			
1	.combinedContent		Z89.3	Mancanza acquisita di entrambi gli arti superiori [qualsiasi livello]	Usato per assenza di entrambe le braccia		
1	.combinedContent		Z89.7	Mancanza acquisita di entrambi gli arti inferiori a qualsiasi livello, eccetto dita soltanto	Usato per assenza di entrambe le gambe, o entrambi i piedi, non per assenza solo di dita dei piedi		
1	.combinedContent		Z89.5	Mancanza acquisita di una gamba sotto il ginocchio			
1	.combinedContent		Z89.6	Mancanza acquisita di una gamba, sopra il ginocchio			
1	.combinedContent		Z89.1	Mancanza acquisita della mano e del polso			
1	.combinedContent		Z89.4	Mancanza acquisita del piede e della caviglia			
1	.combinedContent		Z90.0	Mancanza acquisita di parte della testa e del collo			
1	.combinedContent		Z90.4	Mancanza di parti del tratto digerente	Solo in assenza di alcuni segmenti		
1	.combinedContent		Q10.4	Assenza e agenesia dell'apparato lacrimale			
1	.combinedContent		Q13.1	Assenza dell'iride			
1	.combinedContent		Q16	Assenza congenita di padiglione auricolare			
1	.combinedContent		Q16.1	Assenza, atresia e restringimento congeniti di condotto uditivo (esterno)			
1	.combinedContent		Q16.2	Assenza congenita della Tuba di Eustachio			
1	.combinedContent		Q50.0	Assenza congenita dell'Ovaio			

6.2.1.15 *Trapianti_PSSIT*

Contenuto da codeSystem:

ICD9-CM [2.16.840.1.113883.6.103]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Classificazione Trapianti secondo indicazioni Ministero Salute - Descrizione organo/cellule/tessuto trapiantato	Qualifiers/Identifiers
0	content	ICD9-CM				2.16.840.1.113883.6.103
1	.combinedContent		V42.1	CUORE SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Cuore	
1	.combinedContent		V42.7	FEGATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Fegato	
1	.combinedContent		V42.84	INTESTINO SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Intestino	
1	.combinedContent		V42.83	PANCREAS SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Pancreas	
1	.combinedContent		V42.6	POLMONE SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Polmone/i	
1	.combinedContent		V42.0	RENE SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Rene/i	
1	.combinedContent		V50.0	TRAPIANTO DI CAPELLI	Capelli	
1	.combinedContent		V42.5	CORNEA SOSTITUITA DA TRAPIANTO	Cornea	
1	.combinedContent		V42.3	PELLE SOSTITUITA DA TRAPIANTO	Cute	
1	.combinedContent		V42.81	MIDOLLO OSSEO SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Midollo osseo	
1	.combinedContent		V42.4	OSSO SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Ossa	
1	.combinedContent		V58.2	TRASFUSIONE DI SANGUE SENZA INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI	Sangue (trasfusione)	
1	.combinedContent		V42.2	VALVOLA CARDIACA SOSTITUITA DA TRAPIANTO	Valvola cardiaca	
1	.combinedContent		V42.82	CELLULE STAMINALI PERIFERICHE SOSTITUITE DA TRAPIANTO	Cellule staminali	
1	.combinedContent		V42.89	ALTRO DI ALTRO ORGANO O TESSUTO SPECIFICATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO		
1	.combinedContent		V42.9	ORGANO O TESSUTO NON SPECIFICATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO		

5045

6.2.1.16 *UnknownProblems_PSSIT*

Contenuto da codeSystem:

5050

IPS CodeSystem - Absent and Unknown Data [2.16.840.1.113883.5.1150.1]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Informazioni aggiuntive	Qualifiers/Identifiers
0	content	IPS				2.16.840.1.113883.5.1150.1
1	. combinedContent		no-known-problems	Nessuna patologia o disabilità in atto	Per indicare che il paziente non ha al momento problemi attivi	
1	. combinedContent		no-problem-info	Anamnesi ignota	Per indicare che la storia clinica del paziente è sconosciuta	

6.2.1.17 *EtàInsorgenza_PSSIT*

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Informazioni aggiuntive	Qualifiers/Identifiers
0	content	LOINC				2.16.840.1.113883.6.1
1	. combinedContent		39016-1	Età morte	Da utilizzarsi quando riferita all'età del decesso del soggetto descritto nell'anamnesi familiare	
1	. combinedContent		35267-4	Età diagnosi patologia	Da utilizzarsi quando riferita all'età di insorgenza della patologia del soggetto descritto nell'anamnesi familiare.	

5055

6.2.1.18 *SocialHistoryEntryElement_PSSIT*

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]



Level	Content Type	Code System	Primary Reference	Display Name	Designazione originale LOINC	Data Type (Observation.value@xsi:type)	Units	Qualifiers/Identifiers
0	content	LOINC						2.16.840.1.113883.6.1
1	.combinedContent		72166-2	Fumo	Fumatore di tabacco, stato	CD	LA18976-3 Current everyday smoker LA18977-1 Current some day smoker LA15920-4 Former smoker LA18978-9 Never smoker LA18979-7 Smoker, current status unknown LA18980-5 Unknown if ever smoked LA18981-3 Heavy tobacco smoker LA18982-1 Light tobacco smoker	
1	.combinedContent		74009-2	Attività fisica	Sforzo, durata/Frequenza di esercizio	PQ	{times}/wk	
1	.combinedContent		74013-4	Bevande alcoliche al giorno	Bevande alcoliche al giorno	PQ	{drink}/d	
1	.combinedContent		61144-2	Dieta e nutrizione	Dieta e nutrizione	ANY	(testo libero)	
1	.combinedContent		11295-3	Impiego attuale	Impiego attuale	CD	Valori ISTAT	
1	.combinedContent		63736-3	Esposizione ad agenti tossici	Materiali a cui è stato esposto nel suo lavoro o nella vita quotidiana	CD		
1	.combinedContent		74204-9	Uso di droghe	Uso di droghe	CD	LA20146-9 - No (not tested) LA20147-7 - No (confirmed by test) LA20150-1 - Yes (confirmed by test [prescription drugs]) LA20151-9 - Yes (confirmed by test [illegal use drug])	
1	.combinedContent		32624-9	Razza	Razza	CD		
1	.combinedContent		45404-1	Stato civile	Marital status	CD	LA47-6 Never married LA48-4 Married LA49-2 Widowed LA4288-2 Separated LA51-8 Divorced	
1	.combinedContent		52720-0	Altro	Altre informazioni utili			



6.2.1.19 ***PregnancyObservation_PSSIT***

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Designazione originale LOINC	Tipo	Qualifiers/Identifiers
0	content	LOINC					2.16.840.1.113883.6.1
1	.combinedContent		11636-8	Nati Vivi	Nati.vivi	INT	
1	.combinedContent		11637-6	Nascite pretermine	Nati.pretermine	INT	
1	.combinedContent		11638-4	Nati ancora in vita	Nati.ancora vivi	INT	
1	.combinedContent		11639-2	Nascite nei termini	Nati.a termine	INT	
1	.combinedContent		11640-0	Totale nascite	Nati.totale	INT	
1	.combinedContent		11612-9	Aborti	Aborti	INT	
1	.combinedContent		11613-7	Aborti Indotti	Aborti.indotti	INT	
1	.combinedContent		11614-5	Aborti Spontanei	Aborti.spontanei	INT	
1	.combinedContent		33065-4	Gravidanza ectopica	Gravidanza ectopica	INT	
1	.combinedContent		57062-2	Nati morti	Nati.nati morti	INT	
1	.combinedContent		11996-6	Gravidanze	Gravidanze	INT	
1	.combinedContent		11639-2	Nascite nei termini	Nati.a termine	INT	
1	.combinedContent		11637-6	Nascite pretermine	Nati.pretermine	INT	
1	.combinedContent		45371-2	Gravidanza multipla	Gravidanza multipla	BL	
1	.combinedContent		49051-6	Età gestazionale	Età gestazionale in sett	PQ	
1	.combinedContent		11887-7	Feto, età gestazionale (stimata da data selezionata del parto)	Età gestazionale del feto stimata in base a data del parto selezionata	PQ	
1	.combinedContent		32396-4	Durata travaglio	Travaglio, durata	PQ	
1	.combinedContent		8339-4	Peso alla nascita	Peso corporeo^alla nascita	PQ	
1	.combinedContent		29300-1	Procedura parto	Procedura	CE	
1	.combinedContent		8722-1	Tipo di anestesia	Anestesia, nota di operazione chirurgica	CE	
1	.combinedContent		52829-9	Luogo parto	Luogo di prestazione del servizio sanitario	CE	
1	.combinedContent		42839-1	Rischio del travaglio	Travaglio, rischio	CE	
1	.combinedContent		42840-9	Rischio del parto	Parto, rischio	CE	
1	.combinedContent		11449-6	Stato Gravidanza	Gravidanza, stato	CE	
1	.combinedContent		8678-5	Stato Mestruale	Stato mestruale	CE	
1	.combinedContent		8665-2	Data ultimo ciclo mestruale	Data ultimo ciclo mestruale	TS	
1	.combinedContent		11778-8	Data presunta del parto	Data del parto stimata.clinicamente	TS	
1	.combinedContent		11779-6	Data presunta del parto da ultimo ciclo mestruale	Data del parto stimata in base a ultimo ciclo mestruale	TS	
1	.combinedContent		11780-4	Data presunta del parto da ovulazione	Data del parto stimata in base a data ovulazione	TS	
1	.combinedContent		11781-2	Data presunta del parto da ecografia composita	Data del parto stimata in base a ecografia composita	TS	

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Designazione originale LOINC	Tipo	Qualifiers/Identifiers
1	.combinedContent		11884-4	Feto, età gestazionale (valutazione clinica)	Età gestazionale del feto stimata clinicamente	PQ	
1	.combinedContent		11885-1	Feto, età gestazionale (stimata da ultimo ciclo mestruale)	Età gestazionale del feto stimata in base a ultimo ciclo mestruale	PQ	
1	.combinedContent		11886-9	Feto, età gestazionale (stimata da data ovulazione)	Età gestazionale del feto stimata in base a data ovulazione	PQ	

5065

6.2.1.20 VitalSignsObservation_PSSIT

Contenuto da codesystem:

5070

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Designazione originale LOINC	Unità misura	Data Type	Qualifiers/Identifiers
0	content	LOINC						2.16.840.1.113883.6.1
1	.combinedContent		9279-1	Frequenza respirazione	Respiri	/min	PQ	
1	.combinedContent		8867-4	Frequenza cardiaca	Frequenza cardiaca	/min	PQ	
1	.combinedContent		59408-5	Saturazione ossigeno	Saturazione ossigeno	%	PQ	
1	.combinedContent		8480-6	Pressione sistolica	Sistolica intravascolare	mm[Hg]	PQ	
1	.combinedContent		8462-4	Pressione diastolica	Diastolica intravascolare	mm[Hg]	PQ	
1	.combinedContent		8310-5	Temperatura corporea	Temperatura corporea	Cel	PQ	
1	.combinedContent		8302-2	Altezza (misurata)	Altezza corporea	m, cm	PQ	
1	.combinedContent		8306-3	Altezza (giacente)	Altezza corporea ^sdraiato	m, cm	PQ	
1	.combinedContent		8287-5	Circonferenza occipitale-frontale	Circonferenza occipitale-frontale	m, cm	PQ	
1	.combinedContent		3141-9	Peso	Peso corporeo	kg, g	PQ	
1	.combinedContent		39156-5	Indice di massa corporea	Indice di massa corporea	kg/m2	PQ	

6.2.1.21 AssenzaProtesilimpiantiAusili_PSSIT

Contenuto da codeSystem:

5075

IPS CodeSystem - Absent and Unknown Data [2.16.840.1.113883.5.1150.1]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName		Informazioni aggiuntive	Qualifiers/Identifiers
0	content	IPS					2.16.840.1.113883.5.1150.1
1	. combinedContent		no-known-devices	Protesi, Impianto o Ausilio Assente	No known devices in use	Per indicare l'assenza di protesi, impianti permanenti o ausili sull'assistito.	
1	. combinedContent		no-device-info	no-device-info	No information about device	Per indicare che è sconosciuta la presenza di protesi, impianti o ausili del paziente.	

6.2.1.22 **EncounterCode**

Contenuto da codesystem:

actCode [2.16.840.1.113883.5.4]

5080

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Informazioni aggiuntive	Qualifiers/Identifiers
0	content	actCode				2.16.840.1.113883.5.4
1	.combinedContent		IMP	Ricovero	An inpatient encounter is an encounter in which the patient is admitted to a hospital or equivalent facility.	
1	.combinedContent		ACUTE	Ricovero urgente	An acute inpatient encounter.	
1	.combinedContent		NONAC	Ricovero programmato	Any category of inpatient encounter except 'acute'	
1	.combinedContent		ALC	In attesa di trasferimento	Provision of Alternate Level of Care to a patient in an acute bed. Patient is waiting for placement in a long-term care facility and is unable to return home.	
1	.combinedContent		CARD	Cardiologia	Provision of diagnosis and treatment of diseases and disorders affecting the heart	
1	.combinedContent		CHR	Cronico	Provision of recurring care for chronic illness.	
1	.combinedContent		DNTL	Odontoiatria	Provision of treatment for oral health and/or dental surgery.	
1	.combinedContent		GENRL	Assistenza di Medicina Generale	General care performed by a general practitioner or family doctor as a responsible provider for a patient.	
1	.combinedContent		MED	Assistenza Medica	Provision of diagnostic and/or therapeutic treatment.	
1	.combinedContent		OBS	Ostetricia	Provision of care of women during pregnancy, childbirth and immediate postpartum period. Also known as Maternity.	
1	.combinedContent		ONC	Oncologia	Provision of treatment and/or diagnosis related to tumors and/or cancer.	
1	.combinedContent		PALL	Cure Palliative	Provision of care for patients who are living or dying from an advanced illness.	
1	.combinedContent		PED	Pediatria	Provision of diagnosis and treatment of diseases and disorders	

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Informazioni aggiuntive	Qualifiers/Identifiers
					affecting children.	
1	.combinedContent		PHAR	Assistenza Farmaceutica	Pharmaceutical care performed by a pharmacist.	
1	.combinedContent		PHYRHB	Riabilitazione Fisica	Provision of treatment for physical injury.	
1	.combinedContent		PSYCH	Assistenza Psichiatrica	Provision of treatment of psychiatric disorder relating to mental illness.	
1	.combinedContent		SURG	Intervento Chirurgico	Provision of surgical treatment.	
1	.combinedContent		AMB	Ambulatoriale	An ambulatory encounter.	
1	.combinedContent		EMER	Emergenza	An emergency encounter.	
1	.combinedContent		FLD	Assistenza Territoriale	Healthcare encounter that takes place outside a healthcare facility or home (e.g., helicopter, ambulance, accident site)	
1	.combinedContent		HH	Assistenza Domiciliare	Healthcare encounter that takes place in the residence of the patient or a designee	
1	.combinedContent		VR	Virtuale	An interaction between a practitioner and patient (or patient's agent) where the communication does not take place in person	

6.2.1.23 *CapacitàMotoria_PSSIT*

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

5085

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Designazione originale	Qualifiers/Identifiers
0	content	LOINC				2.16.840.1.113883.6.1
1	.combinedContent		LA21285-4	Autonomo	Ambulant	
1	.combinedContent		LA21286-5	Assistito	Walk/help	
1	.combinedContent		LA6743-4	Su sedia a rotelle	Chairbound	
1	.combinedContent		LA4270-0	Allettato	Bedridden	

6.2.1.24 **AssistenzaDomiciliare_PSSIT**

Contenuto da codeSystem:

ProfiloSanitarioSinteticoIT [2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8]

5090

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Qualifiers/Identifiers
0	content	ProfiloSanitarioSinteticoIT			2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8
1	.combinedContent		PSSADI	Assistenza Domiciliare Integrata	
1	.combinedContent		PSSADP	Assistenza Domiciliare Programmata	

6.2.1.25 **UnknownProcedures_PSSIT**

Contenuto da codeSystem:

IPS CodeSystem - Absent and Unknown Data [2.16.840.1.113883.5.1150.1]

5095

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Informazioni aggiuntive	Qualifiers/Identifiers
0	content	IPS				2.16.840.1.113883.5.1150.1
1	.combinedContent		no-known-procedures	No known procedures		
1	.combinedContent		no-procedure-info	No information about past history of procedures		

6.2.1.26 **ProcedureTrapianti_PSSIT**

Contenuto da codeSystem:

ICD9-CM [2.16.840.1.113883.6.103]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Informazioni aggiuntive (Descrizione organo/cellule/te ssuto trapiantato)	Codice Problema abbinato	Qualifiers/Identifiers
0	content	IPS					2.16.840.1.113883.5.1150.1
1	.combinedContent		7.51	TRAPIANTO DI CUORE	Cuore	V42.1	
1	.combinedContent		50.51	TRAPIANTO DI FEGATO AUSILIARIO	Fegato	V42.7	
			50.59	ALTRO TRAPIANTO DEL FEGATO		V42.7	
			46.97	TRAPIANTO DI INTESTINO	Intestino	V42.84	
			41.94	TRAPIANTO DI MILZA	Milza		
			52.80	TRAPIANTO DEL PANCREAS, SAI	Pancreas	V42.83	
			52.83	TRAPIANTO ETEROLOGO DI PANCREAS		V42.83	
			52.82	TRAPIANTO OMOLOGO DI PANCREAS		V42.83	
			52.81	ATOTRAPIANTO DEL TESSUTO PANCREATICO			
			33.50	TRAPIANTO DEL POLMONE SAI	Polmone/i	V42.6	
			33.51	TRAPIANTO UNILATERALE DEL POLMONE		V42.6	
			33.52	TRAPIANTO BILATERALE DEL POLMONE		V42.6	
			33.6	TRAPIANTO COMBINATO CUORE-POLMONE	Cuore/Polmone		
			55.69	ETEROTRAPIANTO (INDIPENDENTEMENTE DA CADAVERE O VIVENTE)	Rene/i	V42.0	
			82.5	TRAPIANTO DI MUSCOLI E TENDINI DELLA MANO	Mano		
			82.58	ALTRO TRASFERIMENTO O TRAPIANTO DI MUSCOLI DELLA MANO			
			82.72	TRAPIANTO DI FASCIA DELLA MANO			
			39.59	TRAPIANTO DI ARTERIA	Arterie / Vene/Vasi sanguigni		
			39.55	ARTERIA RENALE ABERRANTE			
			11.60	TRAPIANTO DI CORNEA, NON ALTRIMENTI SPECIFICATO	Cornea	V42.5	
			11.69	ALTRO TRAPIANTO DELLA CORNEA		V42.5	
			86.66	OMOINNESTO SULLA CUTE (include Innesto sulla cute di: membrana amniotica da donatore; cute da donatore)	Membrana amniotica		
			41.00	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO SAI	Midollo osseo	V42.81	
			41.01	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO AUTOLOGO SENZA		V42.81	

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Informazioni aggiuntive (Descrizione organo/cellule/te ssuto trapiantato)	Codice Problema abbinato	Qualifiers/Identifiers
				DEPURAZIONE			
			41.02	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO ALLOGENICO CON DEPURAZIONE		V42.81	
			41.03	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO ALLOGENICO SENZA DEPURAZIONE		V42.81	
			41.09	TRAPIANTO AUTOLOGO DI MIDOLLO OSSEO CON DEPURAZIONE		V42.81	
			41.91	PUNTURA STERNALE, DONATORE PER TRAPIANTO MIDOLLO OSSEO			
			82.58	ALTRO TRASFERIMENTO O TRAPIANTO DI MUSCOLI DELLA MANO	Muscoli		
			83.77	TRASPOSIZIONE O TRAPIANTO DI MUSCOLI			
			49.74	TRAPIANTO DEL MUSCOLO GRACILE PER INCONTINENZA ANALE			
			82.56	ALTRO TRASFERIMENTO O TRAPIANTO DI TENDINI DELLA MANO	Tendini		
			83.75	TRASPOSIZIONE O TRAPIANTO DI TENDINI			
			35.2	SOSTITUZIONE DI VALVOLA CARDIACA	Valvola cardiaca	V42.2	
			41.06	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI DA SANGUE PRELEVATO DA VASI DEL CORDONE OMBELICALE	Cellule staminali	V42.82	
			41.07	TRAPIANTO AUTOLOGO DI CELLULE STAMINALI CON DEPURAZIONE		V42.82	
			41.08	TRAPIANTO ALLOGENICO DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE CON DEPURAZIONE		V42.82	
			78.00	TRAPIANTO OSSEO	Osso/ ossa	V42.4	
			02.04	INNESTO OSSEO SUL CRANIO			
			04.6	TRASPOSIZIONE DI NERVI CRANICI E PERIFERICI (TRAPIANTO DI NERVO)	Nervo		
			65.92	TRAPIANTO DI OVAIO	Ovaio		
			65.72	AUTOTRAPIANTO OVAIO			
			65.75	AUTOTRAPIANTO LAPAROSCOPICO OVAIO			
			07.94	TRAPIANTO DEL TIMO	Timo		
			06.94	AUTOTRAPIANTO DEL TESSUTO TIROIDEO (ETEROTOPICO) (ORTOTOPICO)	Tessuti		

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Informazioni aggiuntive (Descrizione organo/cellule/te ssuto trapiantato)	Codice Problema abbinato	Qualifiers/Identifiers
			06.95	AUTOTRAPIANTO DEL TESSUTO PARATIROIDEO (ETEROTOPICO) (ORTOTOPICO)			
			07.45	AUTOTRAPIANTO DEL TESSUTO SURRENALE (ETEROTOPICO) (ORTOTOPICO)			
					Mandibola		
			86.67	INNESTO DI DERMA RIGENERATIVO	Cute	V42.3	
			86.66	Omoinnesto sulla cute			
			86.65	Eteroinnesto sulla cute			
			86.69	Altro innesto di cute su altre sedi			
			55.61	AUTOTRAPIANTO			
			55.69	ETEROTRAPIANTO (INDIPENDENTEMENTE DA CADAVERE O VIVENTE)			
			00.91	TRAPIANTO DA DONATORE PARENTE, VIVENTE			
			00.92	TRAPIANTO DA DONATORE NON-PARENTE, VIVENTE			
			00.93	TRAPIANTO DA CADAVERE			

5100 6.2.1.27 **CronicitàProblema_PSSIT**

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Qualifiers/Identifiers
0	content	CronicitàProblema_PSSIT			2.16.840.1.113883.6.1
1	. combinedContent		LA28752-6	Chronic	
1	. combinedContent		LA18821-1	Acute	

5105 **7 APPENDICE C: MAPPING CON VALUE SET
SNOMED CT**

5110 Segue l'elenco delle tabelle dei value set presentati nella Appendice precedente con i corrispondenti valori SNOMED indicati nelle specifiche eHDSI, definite a partire dalle linee guida europee dell'eHealth Network.

7.1.1 Tipo allergia/intolleranza

5115 entry Allergies And Intolerances – 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.6

epSOSAdverseEventType - 1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.18

[http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--epsos-
?id=1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.18&effectiveDate=2017-11-07T14:06:20](http://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--epsos-?id=1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.18&effectiveDate=2017-11-07T14:06:20)

5120

eHDSI		PSS Ita – HL7 ActCode	
Code	Display Name	Code	Display Name
235719002	Food intolerance	FINT	Food Intolerance
29544009	Intolerance	OINT	Intolerance
414285001	Food allergy	FALG	Food allergy
416098002	Drug allergy	DALG	Drug allergy
418038007	Propensity to adverse reactions to substance	ENAIN	environmental non allergy intolerance
418471000	Propensity to adverse reactions to food	FINT	food non allergy intolerance
419199007	Allergy to substance	EALG	Environmental allergy
419511003	Propensity to adverse reactions to drug	DNAINT	drug non allergy intolerance
420134006	Propensity to adverse reactions	NAINT	non allergy intolerance
59037007	Drug intolerance	DINT	Drug Intolerance

7.1.2 Codice Reazione

Problem - 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.5

5125

epSOSReactionAllergy - 1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.11

<https://art-decor.ehdsi.eu/art-decor/decor-valuesets--epsos-?id=1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.11&effectiveDate=dynamic>

eHDSI		PSS ITA – ICD9-CM	
Code	Display Name	Code	Display Name
126485001	Urticaria	708.0	ORTICARIA ALLERGICA
162290004	Dry eyes	375.15	Insufficienza del film lacrimale, non specificata
195967001	Asthma	493.9	ASMA, TIPO NON SPECIFICATO
1985008	Vomitus	787.03	VOMITO SOLO
23924001	Tight chest	786.59	Oppressione toracica
24079001	Atopic dermatitis	691	Dermatite atopica ed affezioni correlate
247472004	Weal	708.9	Orticaria, non specificata
267036007	Dyspnoea	786.0	Dispnea e anomalie respiratorie
271757001	Papular eruption	782.1	Rash ed altre eruzioni cutanee non specifiche
271759003	Bullous eruption	709.8	Eruzione vescicolare
31996006	Vasculitis	287.0	Vasculite allergica
359610006	Ocular hyperaemia	372.71	Iperemia della congiuntiva
39579001	Anaphylaxis	995.0	Altro shock anafilattico non classificato altrove
410430005	Cardiorespiratory arrest	427.5	Arresto cardiorespiratorio
41291007	Angio-oedema	995.1	EDEMA ANGIONEUROTICO NON CLASSIFICATO ALTROVE
418363000	Itching of skin	698.9	Affezioni pruriginose non specificate (incl. Prurito)
422587007	Nausea	787.2	Nausea solo
43116000	Eczema	692.9	Eczema
4386001	Bronchospasm	519.11	Broncospasmo acuto (incl. Broncospasmo)
49727002	Cough	786.2	Tosse

51599000	Oedema of larynx	478.6	Edema della laringe
62315008	Diarrhoea	787.91	Diarrea
698247007	Cardiac arrhythmia	427.9	Aritmia cardiaca
70076002	Rhinitis	477	Rinite allergica
702809001	Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms	995.27	Sindrome da Ipersensibilità a farmaci
73442001	Stevens-Johnson syndrome	695.1	Eritema multiforme o polimorfo (incl. Sindrome di Stevens-Johnson)
76067001	Sneezing	784.99	Altri sintomi relativi alla testa e al collo (incl. Starnutire)
91175000	Seizure	780.3	Attacchi (termine comune); Convulsioni
9826008	Conjunctivitis	372.30	Congiuntivite, non specificata

5130

7.1.3 Codice Vaccino

Immunization Product - 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.7.2

5135 value set epSOSVaccine - 1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.28

<https://art-decor.ehdsi.eu/art-decor/decor-valuesets--epsos-?id=1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.28&effectiveDate=dynamic>

eHDSI		PSS ITA - ICD9-CM	
Code	Display Name	Code	Display Name
108729007	Varicella vaccine	J07BK01	Varicella, vivo attenuato
111164008	Poliovirus vaccine	J07BF	Vaccini poliomielitici
116077000	Rotavirus vaccine	J07BH	Vaccini della diarrea da rota virus
14745005	Hepatitis A virus vaccine	J07BC02	Vaccino dell'epatite A, inattivato, virus intero
33234009	Smallpox vaccine	J07BX01	smallpox, live attenuated
333598008	Pneumococcal vaccine	J07AL	Vaccini pneumococcici

333606008	Rabies vaccine	J07BG01	Vaccino rabico, inattivato, virus intero
333621002	Tetanus vaccine	J07AM	Vaccini tetanici
333680004	Haemophilus influenzae Type b vaccine	J07AG	Vaccini dell'Haemophilus influenzae tipo B
333697005	Japanese B encephalitis vaccine	J07BA02	Encefalite, giapponese, inattivato, virus intero OPPURE J07BA03 encephalitis, Japanese, live attenuated
333699008	Tick-borne encephalitis vaccine	J07BA01	Encefalite, petecchiale, inattivato, virus intero
333702001	Hepatitis A+B vaccine	J07BC20	Associazioni
34689006	Hepatitis B virus vaccine	J07BC01	Vaccino epatitico B, antigene purificato
350327004	Diphtheria + tetanus vaccine	J07AM51	Tossoide tetanico, associazioni con tosseide difterico
35736007	Cholera vaccine	J07AE	Vaccini colerici
386012008	Measles vaccine	J07BD01	Vaccino del morbillo, vivo attenuato
386013003	Rubella vaccine	J07BJ01	Vaccino rubeolico vivo attenuato
414004005	Diphtheria + tetanus + pertussis + poliomyelitis + haemophilus influenzae b vaccine	J07CA06	Difterite-hemophilus influenzae B-pertosse-poliomelite-tetano
414005006	Diphtheria + tetanus + pertussis + poliomyelitis vaccine	J07CA02	Difterite-pertosse-poliomielite-tetano
420538001	Tuberculosis vaccine	J07AN01	Vaccino tubercolare vivo attenuato
421245007	Diphtheria + pertussis + tetanus vaccine	J07AJ51	Pertussis, inactivated, whole cell, combinations with toxoids
423531006	Meningococcus vaccine	J07AH	Vaccini meningococcici
424519000	Human papillomavirus vaccine	J07BM	Vaccini da papillomavirus
427036009	Influenza virus H5N1 vaccine	J07BB02	influenza, inactivated, split virus or surface antigen
428214002	Diphtheria vaccine	J07AF01	Tossoide difterico

46233009	Influenza virus vaccine (product)	J07BB	Vaccini influenzali
56844000	Yellow fever vaccine	J07BL01	Vaccino della febbre gialla, vivo attenuato
61153008	Measles + Mumps + Rubella vaccine	J07BD52	Vaccino del morbillo, associazioni con vaccini della parotite e della rosolia, vivo attenuato
61602008	Pertussis vaccine	J07AJ	Vaccini pertossici
89428009	Typhoid vaccine	J07AP	Vaccini tifoidei
90043005	Mumps live virus vaccine	J07BE01	Vaccino della parotite, vivo attenuato

5140 **7.1.4 Stato clinico del problema**

Entry Problem Status Observation 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.1.2

epSOSStatusCode - 1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.15

<https://art-decor.ehdsi.eu/art-decor/decor-valuesets--epsos-?id=1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.15&effectiveDate=dynamic>

5145

eHDSI		PSS Ita - LOINC	
Code	Display Name	Code	Display Name
255227004	Recurrent	LA 28751-8	Recurrent
410516002	Known absent	LA24816-3	None/Absent
413322009	Problem resolved	LA 9041-0	Resolved
415684004	Suspected	LA 15291-0	Suspected
55561003	Active	LA 16666-2	Active
7087005	Intermittent	LA 24760-3	Intermittent
73425007	Inactive	LA 18632-2	Inactive
90734009	Chronic	LA 28752-6	Chronic

7.1.5 Osservazione sulla social history

Social History Observation - 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.13.4

5150 epSOSSocialHistory - 1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.14

<https://art-decor.ehdsi.eu/art-decor/decor-valuesets--epsos-?id=1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.14&effectiveDate=dynamic>

eHDSI		PSS Ita	
Display Name	Code	Display Name	Code
160573003	Alcohol intake	74013-4	Bevande alcoliche al giorno
228272008	Health-related behaviour	52720-0	Altro
229819007	Tobacco use and exposure	72166-2	Fumo
256235009	Exercise	74009-2	Attività fisica
363908000	Details of drug misuse behaviour	74204-9	Uso di droghe
364393001	Nutritional observable	61144-2	Dieta e nutrizione
364703007	Employment detail	11295-3	Impiego attuale
425400000	Toxic exposure status	63736-3	Esposizione ad agenti tossici

5155 7.1.6 Problem code

Problem - 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.4.5

epSOSCodeProb - 1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.23

<https://art-decor.ehdsi.eu/art-decor/decor-valuesets--epsos-?id=1.3.6.1.4.1.12559.11.10.1.3.1.42.23&effectiveDate=dynamic>

eHDSI		PSS Ita	
Code	Display Name	Code	Display Name
248536006	Finding of functional performance and activity	75246-9	Activity
282291009	Diagnosis interpretation	52797-8	Diagnosi codice ICD
404684003	Clinical finding	75321-0	Obiettività Clinica
409586006	Complaint	75322-8	Disturbo
418799008*	Finding reported by subject or history provider	75312-9	Osservazioni cliniche
55607006	Problem	75326-9	Problema



64572001*	Disease	67438-2	Disease description
-----------	---------	---------	---------------------

5160 * Valori non proposti nel PSS italiano.