



[www.hl7italia.it](http://www.hl7italia.it)

Implementation Guide  
Clinical Document Architecture (CDA) Rel. 2

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

(IT Realm)

**Normativo**  
Versione 1.4

Marzo 2022

**Questo documento<sup>1</sup>**

<b>Titolo (dc:title):</b>	HL7 Italia Implementation Guide per CDA R2 - Profilo Sanitario Sintetico
<b>Data (dc:date):</b>	22/03/2022
<b>Status/Versione (hl7italia:version):</b>	v1.4 – Normativo
<b>Sostituisce (dc:relation.replaces):</b>	HL7It-IG_CDA2_PSS-v1.3-S.docx
<b>Diritti di accesso (dc:right.accessRights)</b>	Documento pubblico
<b>Nome File (hl7it:fileName):</b>	HL7It-IG_CDA2_PSS-v1.4-S.docx
<b>Approvato da (hl7it:isRatifiedBy):</b>	Comitato Tecnico Strategico HL7 IT
<b>Emesso da: (dc:publisher):</b>	[HL7 Italia]

Tabella 1 Informazioni documento

**Partecipanti alla redazione delle versioni precedenti:**

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

Tabella 2 Elenco partecipanti redazione versioni precedenti

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

Partecipanti alla redazione v1.4:

	Nome	Organizzazione
Responsabile (dc:responsible):	Andrea Mezzananza	per conto del Dipartimento della Trasformazione Digitale
Contributore (dc:contributor):	Marta Oliverio	per conto del Dipartimento della Trasformazione Digitale
Contributore (dc:contributor):	Eleny Mulugeta Teklehaimanot	per conto del Dipartimento della Trasformazione Digitale
Contributore (dc:contributor):	Francesca Giada Antonaci	per conto del Dipartimento della Trasformazione Digitale
Contributore (dc:contributor):	Federica Faccia	per conto del Dipartimento della Trasformazione Digitale

Tabella 3 Elenco partecipanti alla redazione v1.4

## REGISTRO DELLE MODIFICHE

Versione	Stato	Data	Commenti
1.0	Ballot 01	14/04/2011	Prima emissione ballot
1.1	Ballot 02	22/09/2011	Seconda emissione ballot
1.1	Standard	23/11/2011	Standard – prima emissione
1.2	Ballot 01	27/05/2015	Prima emissione ballot della versione revisionata ai sensi del DPCM su FSE
1.2	Standard	24/11/2015	Standard – Seconda emissione
1.3	Ballot 01	10/03/2019	Prima emissione ballot della versione revisionata
1.3	Ballot 02	07/10/2019	Seconda emissione ballot
1.3	Standard	08/11/2019	Standard – Terza emissione
1.4	Ballot 01	18/03/2022	Ballot - include la correzione di alcuni refusi, introduce l'obbligatorietà di alcuni elementi, integra dettagli che specificano in modo chiaro lo standard
1.4	Finale	22/03/2022	Versione Normativa approvata ed emessa dal CTS

Tabella 4 Registro delle modifiche

# SOMMARIO

## Indice

<b>Sommario .....</b>	<b>4</b>
Indice.....	4
Indice delle tabelle.....	8
Indice delle figure .....	12
<b>1 INTRODUZIONE .....</b>	<b>13</b>
1.1 Scopo del Documento.....	13
1.2 Contesto di Riferimento .....	13
1.3 A chi è indirizzato il documento.....	14
1.4 Contributi .....	14
1.5 Riferimenti.....	16
1.6 Uso dei template .....	16
1.7 Convenzioni .....	17
1.7.1 Requisiti di Conformità .....	17
1.7.2 Notazioni specifiche .....	17
1.7.3 Convenzioni utilizzate.....	17
1.7.4 Convenzioni Header e Body.....	18
1.7.5 Esempi xml.....	19
1.7.6 OID di test .....	19
1.8 Propedeuticità.....	19
1.9 Attestazione di conformità.....	19
1.10 Acronimi e definizioni .....	21
<b>2 CDA RElease 2 – Profilo Sanitario Sintetico .....</b>	<b>22</b>
2.1 CDA Conformance.....	22
2.1.1 Responsabilità del “ <i>Recipient</i> ” .....	22
2.1.2 Responsabilità dell’“ <i>Originator</i> ” .....	23
2.2 Rendering delle informazioni contenute nel documento CDA.....	24
<b>3 CDA Header .....</b>	<b>24</b>
3.1 Root del documento: <ClinicalDocument>.....	24
3.1.1 Dominio: <realmCode>.....	25

3.1.2	Identificativo CDA2: <typeId> .....	25
3.1.3	Identificativo del template HL7: <templateId>.....	25
3.1.4	Identificativo del documento: <id> .....	26
3.1.5	Codice del documento: <code> .....	27
3.1.6	Titolo del documento: <title> .....	28
3.1.7	Data di creazione del documento: <effectiveTime>.....	28
3.1.8	Riservatezza del documento: <confidentialityCode> .....	29
3.1.9	Lingua e dominio: <languageCode>.....	30
3.1.10	Versione del documento: <setId> e <versionNumber> .....	30
3.1.11	Paziente del documento: <recordTarget> .....	33
3.1.12	Autore del documento: <author> .....	40
3.1.13	Trascrittore del documento: <dataEnterer> .....	43
3.1.14	Informatore: <informant> .....	44
3.1.15	Conservazione del documento: <custodian>.....	45
3.1.16	Destinatari di una copia del documento: <informationRecipient>.....	46
3.1.17	Firmatario del documento: <legalAuthenticator> .....	46
3.1.18	Validatore del documento: <authenticator> .....	49
3.1.19	Soggetti partecipanti: <participant> .....	51
3.1.20	Richiesta: <inFulfillmentOf>.....	55
3.1.21	Identificativi del documento: <documentationOf> .....	55
3.1.22	Relazione con documenti preesistenti: <relatedDocument>.....	55
3.1.23	Incontro di riferimento: <componentOf> .....	56
<b>4</b>	<b>CDA structured BODY</b> .....	<b>57</b>
4.1	Generalità .....	57
4.2	Mappatura classi informative .....	58
4.3	Allergie e Intolleranze .....	64
4.3.1	Requisiti di sezione .....	65
4.3.2	Allergia o Intolleranza.....	66
4.3.3	Osservazione Allergia o Intolleranza.....	67
4.4	Terapie Farmacologiche (Medications).....	80
4.4.1	Requisiti di sezione .....	80
4.4.2	Terapia .....	81
4.4.3	Dettagli Farmaco .....	85

4.4.4	Indicazione Assenza Terapie note .....	87
4.5	Vaccinazioni (Immunizations) .....	88
4.5.1	Requisiti di Sezione .....	88
4.5.2	Vaccinazione .....	89
4.5.3	Dettagli Vaccino .....	92
4.6	Lista dei Problemi (Problems) .....	97
4.6.1	Requisiti di sezione .....	98
4.6.2	Problema .....	99
4.6.3	Dettagli problema .....	100
4.7	Anamnesi Familiare (Family History) .....	107
4.7.1	Requisiti di sezione .....	107
4.7.2	Organizer Anamnesi Familiare .....	109
4.7.3	Dettaglio Anamnesi Familiare .....	110
4.8	Stile di Vita (Social History) .....	117
4.8.1	Requisiti di Sezione .....	117
4.8.2	Osservazione su Stile di Vita .....	118
4.9	Gravidanze e parto (History of Pregnancies) .....	122
4.9.1	Requisiti di Sezione .....	122
4.9.2	Gravidanze, parti, stato mestruale .....	123
4.10	Parametri Vitali (Vital Signs) .....	126
4.10.1	Requisiti di sezione .....	126
4.10.2	Organizer Parametri Vitali .....	127
4.10.3	Osservazione Parametri Vitali .....	128
4.11	Protesi, impianti e ausili (Medical equipment) .....	132
4.11.1	Requisiti di sezione .....	132
4.11.2	Dettaglio Protesi Impianti Ausili .....	133
4.11.3	Indicazione Assenza Protesi Impianti Ausili .....	134
4.12	Piani di cura (Plan of care) .....	135
4.12.1	Requisiti di sezione .....	135
4.12.2	Dettagli Attività Piano di Cura .....	137
4.13	Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche (Procedures) 144	
4.13.1	Requisiti di sezione .....	144

4.13.2	Procedura.....	145
4.14	Visite e Ricoveri (Encounters).....	148
4.14.1	Requisiti di sezione .....	148
4.14.2	Dettagli Visita o Ricovero .....	149
4.15	Stato funzionale del Paziente (Functional status) .....	151
4.15.1	Requisiti di sezione .....	151
4.15.2	Capacità motoria .....	152
4.15.3	Regime di assistenza .....	152
4.16	Indagini diagnostiche e esami di laboratorio (Results).....	156
4.16.1	Requisiti di sezione .....	156
4.16.2	Organizer Risultati.....	157
4.16.3	Dettaglio Risultato .....	158
4.17	Assenso/Dissenso Donazione Organi (Advance Directives).....	163
4.17.1	Requisiti di sezione .....	163
4.18	Esenzioni .....	165
4.18.1	Requisiti di sezione .....	165
4.18.2	Esenzione.....	166
4.19	Reti di Patologia.....	170
4.19.1	Requisiti di sezione .....	170
4.19.2	Rete di Patologia .....	171
<b>5</b>	<b>Appendice A: Tabella di sintesi degli elementi definiti nel template .....</b>	<b>174</b>
5.1	Allergie e Intolleranze (Alerts).....	175
5.2	Terapie Farmacologiche (Medications).....	178
5.3	Vaccinazioni (Immunizations) .....	179
5.4	Lista dei Problemi (Problems).....	181
5.5	Anamnesi Familiare (Family History) .....	183
5.6	Stile di vita (Social History) .....	184
5.7	Gravidanze e parto (History of Pregnancies) .....	186
5.8	Parametri Vitali (Vital Signs) .....	187
5.9	Protesi, Impianti e Ausili (Medical Equipment).....	189
5.10	Piani di Cura (Plan of Care) .....	190
5.11	Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche (Procedures)	192

5.12	Visite o Ricoveri (Encounters).....	192
5.13	Stato funzionale del paziente (Functional Status).....	193
5.14	Indagini diagnostiche e esami di laboratorio (Results).....	193
5.15	Assenso / Dissenso Donazione Organi (Advance Directives).....	194
5.16	Esenzioni (Reason for co-payment exemption) .....	194
5.17	Reti di Patologia (Reti di Patologia) .....	196
<b>6</b>	<b>Appendice B: OID e Vocabolari .....</b>	<b>198</b>
6.1	Template ID in questa guida .....	198
6.2	Vocabolari.....	202
6.2.1	Value Set.....	202

## Indice delle tabelle

Tabella 1	Informazioni documento .....	2
Tabella 2	Elenco partecipanti redazione versioni precedenti .....	2
Tabella 3	Elenco partecipanti alla redazione v1.4.....	3
Tabella 4	Registro delle modifiche .....	3
Tabella 5	Lista dei partecipanti alla precedente versione delle specifiche .....	15
Tabella 6	Partecipanti alla redazione della versione originale .....	16
Tabella 7:	Acronimi e definizioni .....	21
Tabella 8	Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento realmCode .....	25
Tabella 9	Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento templateId .....	26
Tabella 10	Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento id .....	27
Tabella 11	Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento code .....	27
Tabella 12	Dettagli valorizzazione attributi relativo all'elemento translation .....	28
Tabella 13	Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento effectiveTime .....	28
Tabella 14	Dettagli livello di confidenzialità previsti dal tag confidentialityCode .....	29
Tabella 15	Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento confidentialityCode .....	29
Tabella 16	Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento languageCode .....	30
Tabella 17	Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento setId .....	32
Tabella 18	Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento:.....	32
Tabella 19	Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id .....	34
Tabella 20	Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id .....	34

Tabella 21	Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id .....	35
Tabella 22	Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id .....	35
Tabella 23	Dettagli valorizzazione dei sotto elementi relativi all'elemento addr .....	38
Tabella 24	Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag patient .....	39
Tabella 25	Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento time .....	40
Tabella 26	Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento id .....	41
Tabella 27	Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id .....	41
Tabella 28	Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag author .....	43
Tabella 29	Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag dataEnterer .....	44
Tabella 30	Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag informant .....	44
Tabella 31	Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento id .....	45
Tabella 32	Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento signatureCode .....	47
Tabella 33	Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id .....	48
Tabella 34	Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag custodian .....	48
Tabella 35	Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id .....	49
Tabella 36	Dettagli valorizzazione attributo code relativo all'elemento signatureCode .....	49
Tabella 37	Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id .....	50
Tabella 38	Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id .....	50
Tabella 39	Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag authenticator .....	51
Tabella 40	Dettagli valorizzazione attributi elemento id .....	52
Tabella 41	Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag effectiveTime .....	55
Tabella 42	Dettagli valorizzazione dell'attributo typeCode .....	56
Tabella 43	– Sezioni PSS .....	62
Tabella 44	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze .....	65
Tabella 45	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze .....	67
Tabella 46	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze .....	70

---

Tabella 47	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze .....	72
Tabella 48	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze .....	74
Tabella 49	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze .....	74
Tabella 50	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze .....	76
Tabella 51	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze .....	77
Tabella 52	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze .....	78
Tabella 53	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze .....	79
Tabella 54	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze .....	79
Tabella 55	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Terapie Farmacologiche .....	81
Tabella 56	Posologia - Frequenza .....	83
Tabella 57	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Terapie Farmacologiche .....	85
Tabella 58	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Terapie Farmacologiche .....	87
Tabella 59	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Terapie Farmacologiche .....	87
Tabella 60	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Vaccinazioni .....	89
Tabella 61	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Vaccinazioni .....	92
Tabella 62	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Vaccinazioni .....	94
Tabella 63	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Vaccinazioni .....	95
Tabella 64	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Vaccinazioni .....	96
Tabella 65	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Lista Problemi ...	98
Tabella 66	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Lista Problemi .	100
Tabella 67	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Lista Problemi .	103
Tabella 68	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Lista Problemi .	105
Tabella 69	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Lista Problemi .	106
Tabella 70	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Anamnesi Familiare .....	108

---

Tabella 71 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Anamnesi Familiare .....	108
Tabella 72 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Anamnesi Familiare .....	110
Tabella 73 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Anamnesi Familiare .....	112
Tabella 74 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Anamnesi Familiare .....	113
Tabella 75 – Unità di misura età .....	113
Tabella 76 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Stile di vita .....	118
Tabella 77 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Stile di vita .....	120
Tabella 78 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Gravidanze e parto .....	123
Tabella 79 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Gravidanza e parto .....	124
Tabella 80 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Parametri Vitali	127
Tabella 81 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Parametri Vitali	128
Tabella 82 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Parametri Vitali	130
Tabella 83 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Protesi, impianti e ausili .....	133
Tabella 84 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Piano di Cura ..	137
Tabella 85 - Codifica moodcode .....	138
Tabella 86 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Piano di cura ...	139
Tabella 87 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Piani di Cura....	140
Tabella 88 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Piano di Cura ..	141
Tabella 89 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Piano di Cura ..	142
Tabella 90 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Piano di Cura ..	143
Tabella 91 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche .....	145
Tabella 92 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche .....	147
Tabella 93 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Visite e Ricoveri .....	149
Tabella 94 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Visite e ricoveri	150
Tabella 95 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Stato funzionale del Paziente.....	153

Tabella 96	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Indagini diagnostiche e esami di laboratorio .....	157
Tabella 97	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Indagini diagnostiche e esami di laboratorio .....	158
Tabella 98	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Indagini diagnostiche e esami di laboratorio .....	160
Tabella 99	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Assenso/Dissenso Donazione Organi .....	164
Tabella 100	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Esenzioni.....	166
Tabella 101	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Esenzioni.....	168
Tabella 102	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Reti di Patologia .....	171
Tabella 103	Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Rete di Patologia .....	172
Tabella 104	- Template definiti da questa guida .....	202
Tabella 105	Informazioni aggiuntive ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted .....	203
Tabella 106	Informazioni aggiuntive per Absent or Unknown Allergies .....	203
Tabella 107	Informazioni aggiuntive per ObservationIntoleranceType .....	204
Tabella 108	Informazioni aggiuntive per Absent or Unknown Medications .....	206
Tabella 109	Informazioni aggiuntive per OrganiMancanti_ICD9_PSSIT .....	207
Tabella 110	Informazioni aggiuntive per OrganiMancanti_ICD10_PSSIT .....	208
Tabella 111	Informazioni aggiuntive per Trapianti_PSSIT .....	209
Tabella 112	Informazioni aggiuntive per Absent or Unknown Problems .....	209
Tabella 113	Informazioni aggiuntive per Absent or Unknown Devices .....	215
Tabella 114	Valori ammessi per ProcedureTrapianti .....	219

## Indice delle figure

Figura 1 - Schema di Versionamento del documento usando le funzioni Replace e Append .....	32
--	----

# 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 concorrono all'erogazione dei servizi sanitari (es. MMG, PLS, etc.).

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

20 Dalla definizione dello schema di DPCM sul FSE:

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

25 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.

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

- **sintetico:** riporta solo le informazioni essenziali;
  - **con un unico autore:** è creato, aggiornato e mantenuto solo dal MMG/PLS titolare:
- 35 non può essere creato in maniera automatica a partire dal FSE: è sempre frutto di

- una valutazione professionale → necessità di gestire una frequenza di aggiornamento adeguata;
- **non clinicamente specializzato:** il contenuto del PSS deve essere tale da contribuire alla continuità di cura a prescindere dallo scenario d’uso (Emergenza, Continuità Assistenziale, ...) [solo dati essenziali];
  - **senza destinatario predefinito;**
  - **unico:** all’interno di un dominio di condivisione documentale (FSE, Carta Sanitaria,..) deve esistere un solo PSS “valido” per paziente.

### 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.

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

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

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

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

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

I template usati come riferimento nella presente versione del documento sono in alcuni casi obsoleti; future versioni della 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.

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

	Nome	Organizzazione
<b>Responsabile (hl7it:responsible):</b>	Marco Devanna	CUP 2000 – Regione Emilia Romagna

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

Tabella 5 Lista dei partecipanti alla precedente versione delle specifiche

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

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

	Nome	Organizzazione
<b>Responsabile (hl7it:responsible):</b>	Marco Devanna	CUP 2000 – Regione Emilia Romagna
<b>Autore (dc:creator):</b>	Giorgio Cangioli	Consulente
<b>Autore (dc:creator):</b>	Valeria Burchielli	Esperto dominio CDA
<b>Autore (dc:creator):</b>	Renato Calamai	eHealthTech

	Nome	Organizzazione
<b>Autore (dc:creator):</b>	Francesco Sisini	Gruppo Dedalus
<b>Autore (dc:creator):</b>	Andrea Olianti	Gruppo Dedalus
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Fabio Cottini	Consulente per Lombardia Informatica
<b>Contributore (dc:contributor):</b>	Vincenzo Abis	METSO

Tabella 6 Partecipanti alla redazione della versione originale

80

## 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>.
- 85 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
- 90 Rif. 7. Dominio AMPRPA Person Topic: Specifica di Localizzazione Italiana V 1.0.
- 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
- 95 Rif. 12. Schema di DPCM sul Fascicolo Sanitario Elettronico
- 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>
- 100 Rif. 14. HL7 International Patient Summary CDA R2 IG. STU . October 2018. [http://www.hl7.org/implement/standards/product\\_brief.cfm?product\\_id=483](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.

105

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.

110

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.

## 1.7 Convenzioni

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

### 1.7.1 Requisiti di Conformità

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

**CONF-PSS-NNN:** Requisito di conformità numero NNN

125 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

Nel documento vengono utilizzate le seguenti notazioni specifiche:

- 130
- le classi, gli elementi e le componenti degli elementi del modello CDA sono indicati con font Arial 12 e seguendo la seguente formattazione `<elemento>`.
  - gli attributi sono indicati secondo il seguente formato: `@attributo`.

### 1.7.3 Convenzioni utilizzate

135 Nella definizione dei requisiti, delle specifiche e delle regole descritte nei documenti sono utilizzate le parole chiave **DEVE, NON DEVE, OBBLIGATORIO, VIETATO, DOVREBBE, CONSIGLIATO, RACCOMANDATO, NON DOVREBBE, SCONSIGLIATO, PUÒ, OPZIONALE** che devono essere interpretate in conformità con RFC2119<sup>2</sup>.

In particolare:

- 140
- **DEVE, OBBLIGATORIO, NECESSARIO (MUST, REQUIRED, SHALL)** significano che la definizione è un requisito assoluto, la specifica deve

---

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

essere implementata, la consegna è inderogabile.

145

- **NON DEVE, VIETATO (MUST NOT, SHALL NOT)** significano che c'è proibizione assoluta di implementazione di un determinato elemento di specifica.

150

- **DOVREBBE, CONSIGLIATO, RACCOMANDATO (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.

155

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

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

160

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.

165

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

170

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 il 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 Convenzioni Header e Body

175

I paragrafi relativi alle specifiche sull'Header e sul Body del CDA riportano le specifiche secondo quanto appena descritto ed il dettaglio degli attributi previsti attraverso le tabelle aventi come intestazione:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli

L'Attributo rappresenta il nome dell'attributo previsto.

Il **Tipo** rappresenta il datatype dell'attributo, secondo le specifiche dell'HL7 V3.

180 Il **Valore** rappresenta i possibili valori attesi; elementi fissi sono riportati tra virgolette (“”).  
La descrizione compatta delle variabili è riportata tra parentesi quadre ([]).  
In **Dettagli** sono riportate le definizioni dei vari elementi.

Le pseudo variabili sono riportate in tabelle aventi la seguente intestazione:

Valore	Dettagli

185

## 1.7.5 Esempi xml

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

190

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

## 195 1.7.6 OID di test

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

## 200 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.

205 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

210 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.

215 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:

```
220 <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>
```

225 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).

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

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

240

## 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 7: Acronimi e definizioni*

## 2 CDA RELEASE 2 – PROFILO SANITARIO SINTETICO

245

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

### 2.1 CDA Conformance

250

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

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

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.

#### 270 2.1.1 Responsabilità del “*Recipient*”

275

- **Header CDA**: un “*Recipient*” di documenti CDA deve essere in grado di effettuare il parsing e l’interpretazione di tutto il contenuto informativo dell’Header CDA. Per quanto concerne il rendering dell’Header del documento CDA, le applicazioni potrebbero scegliere di visualizzare dei dati anagrafici oppure altri dati contenuti nel CDA Header ed è per questo motivo che l’implementazione del rendering del documento CDA Header è a discrezione del “*Recipient*”. Il rendering del documento CDA Header può dipendere anche dagli obiettivi di business dei singoli applicativi

---

<sup>3</sup> 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.

(es. organizzazione di un fascicolo sanitario elettronico, costruzione di un repository di dati clinici anonimi; etc). Si osserva che, laddove l'applicazione che origina i documenti CDA, vuole suggerire un particolare rendering, allora essa includerà assieme al documento scambiato, uno o più xml style sheet. Comunque, l'uso di questi style sheet è a discrezione del "Recipient".

- **Body CDA Livello 2:** un "Recipient" di documenti CDA deve essere in grado di effettuare il parsing e l'interpretazione del Body CDA per garantire il rendering delle informazioni contenute nel Body a partire dall'applicazione di queste regole:
  - Se il CDA Body è di tipo non-XML, allora è necessario che il rendering del Body venga effettuato da un applicativo software che riconosca il particolare formato MIME media type con cui è stato allegato il documento clinico;
  - Se il CDA Body è di tipo strutturato, allora deve essere effettuato il rendering dell'etichetta della section che, per convenzione, viene inserita nell'elemento Section.title. L'assenza del Section.title implica che la section non è etichettata;
  - Se il CDA Body è di tipo strutturato, allora deve essere effettuato il rendering del contenuto dell'elemento Section.text secondo le regole definite dallo schema (NarrativeBlock.xsd) che definiscono la cosiddetta Section Narrative Block (es. interpretazione degli elementi che vengono utilizzati all'interno della Section.text per la formattazione del testo come ad esempio `<br>`, `<table>`, `<list>`, etc. e per i riferimenti alla parte Machine Readable del Body come per esempio `<renderMultiMedia>`, etc.).
- **Body CDA Livello 3 (CDA Entry):** ad un "Recipient" di documenti CDA non è richiesto di effettuare il parsing e l'interpretazione completa delle Entry contenute nel Body CDA. Si osserva che è possibile per gli applicativi che si scambiano documenti CDA, estendere le responsabilità degli *Application Role* a livello locale, in modo tale da interpretare alcune particolari Entry.

## 2.1.2 Responsabilità dell'"Originator"

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

- 320
- 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”).
- 325
- **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.

## 2.2 Rendering delle informazioni contenute nel documento CDA

330 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.

## 3 CDA HEADER

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

### 3.1 Root del documento: <ClinicalDocument>

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

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

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

345 **CONF-PSS-1:** Le istanze **NON DOVREBBERO** includere l'elemento `xsi:schemaLocation4`.

Esempio di implementazione:

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

---

<sup>4</sup> “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).

### 3.1.1 Dominio: <realmCode>

Il tag <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.

355 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*.

**CONF-PSS-2:** Il documento **DEVE** contenere almeno un elemento <ClinicalDocument>/<realmCode> con l'attributo @code valorizzato ad "IT".

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

360 *Tabella 8 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento realmCode*

Esempio di implementazione:

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

### 3.1.2 Identificativo CDA2: <typeld>

365 Il tag <ClinicalDocument>/<typeld> è un elemento **OBBLIGATORIO** di tipo Instance Identifier (II). 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.

**CONF-PSS-3:** La componente @root dell'elemento <ClinicalDocument>/<typeld> **DEVE** assumere il valore costante "2.16.840.1.113883.1.3".

Esempio di implementazione:

370 <typeId root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="[POCD\_HDXXXXXX]"/>

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

### 3.1.3 Identificativo del template HL7: <templated>

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

375 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.

380 **CONF-PSS-4:** 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 "1.4".

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.10.1.9.1"	Radice del template Referto di Specialistica Ambulatoriale per HI7 Italia.
extension	ST	[VERSIONE_TEMPLATE]	Identificativo del template descritto nel presente documento.

Tabella 9 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento templateId

385 Esempio di implementazione:

```
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.1.1" extension="[VERSIONE_TEMPLATE]"/>
```

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

### 390 3.1.4 Identificativo del documento: <id>

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

<ClinicalDocument>/<id> è un data type di tipo Instance Identifier (II).

395 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).

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

**CONF-PSS-5:** Il documento **DEVE** contenere uno e non più di un elemento <ClinicalDocument>/<id>.

400 **CONF-PSS-6:** L'elemento <ClinicalDocument>/<id> **DEVE** riportare l'attributo @root valorizzato con un identificativo – riconosciuto pubblicamente – che **DEVE** garantire l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale, l'attributo @extension che contiene l'identificativo usato all'interno del dominio di identificazione.

405 **CONF-PSS-7:** L'elemento <ClinicalDocument>/<id> **DOVREBBE** riportare l'attributo @assigningAuthorityName valorizzato con il nome descrittivo assegnato alla struttura responsabile del dominio di identificazione del documento.

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID_STRUTTURA_COMPETENZA]	Identificativo univoco del dominio di identificazione dei documenti (ad es. può indicare l'ASL di competenza del documento). Tale identificativo – riconosciuto pubblicamente – garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale.
extension	ST	[EXTENSION_ID]	Identificativo univoco documento. Generato dal client dell'autore secondo regole condivise, in modo da evitare collisioni all'interno del medesimo dominio di

			competenza (es. ASL/AO/Regione di competenza).
assigningAuthorityName	ST	[NOME_STRUTTURA_COMPETENZA]	Nome del dominio di identificazione dei documenti (es. ASL/AO/Regione di competenza).

Tabella 10 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento id

Esempio di implementazione:

410 

```
<id root="[OID_STRUTTURA_COMPETENZA]"
extension="[EXTENSION_ID]"
assigningAuthorityName="[NOME_STRUTTURA_COMPETENZA]"/>
```

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

### 3.1.5 Codice del documento: <code>

415 Il tag <ClinicalDocument>/<code> è un elemento **OBBLIGATORIO** che rappresenta la tipologia di documento clinico.

**CONF-PSS-8:** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento <ClinicalDocument>/<code>.

420 **CONF-PSS-9:** L'elemento <ClinicalDocument>/<code> **DEVE** riportare l'attributo @code valorizzato con "60591-5".

**CONF-PSS-10:** L'elemento <ClinicalDocument>/<code> **DEVE** riportare l'attributo @codeSystem valorizzato con "2.16.840.1.113883.6.1".

**CONF-PSS-11:** L'elemento <ClinicalDocument>/<code> **DOVREBBE** riportare l'attributo **RACCOMANDATO** @codeSystemName valorizzato con "LOINC".

425 **CONF-PSS-12:** L'elemento <ClinicalDocument>/<code> **PUÒ** riportare l'attributo @displayName **OPZIONALE** valorizzato con "Profilo Sanitario Sintetico".

Attributo	Tip o	Valore	Dettagli
code	CS	"60591-5"	Codice relativo alla tipologia di documento trattata (Profilo Sanitario Sintetico).
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del sistema di codifica dei codici di documento LOINC.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario.
displayName	ST	"Profilo Sanitario Sintetico"	Nome o titolo descrittivo del codice con cui è visualizzato dal sistema all'utente.

Tabella 11 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento code

430 Per indirizzare le problematiche di mapping della codifica LOINC di <ClinicalDocument>/<code> in un altro schema di codifica, ad esempio uno schema di codifica locale, si rimanda all'uso di <code>/<translation>.

Esempio di implementazione:

435

```
<code code="60591-5"codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
codeSystemName="LOINC" displayName="Profilo Sanitario Sintetico">
  <translation code="[CODICE_LOCALE]"
codeSystem="[OID_SISTEMA_CODIFICA]"
codeSystemName="[DESCRIZIONE_SISTEMA_CODIFICA]"
displayName="[DESCRIZIONE_CODICE]"/>
</code/>
```

Il tag **<translation>** verrà valorizzato come segue:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[CODICE_LOCALE]	Codifica locale associata alla tipologia documentale
codeSystem	OID	[OID_SISTEMA_CODIFICA]	OID associato al sistema di codifica
codeSystemName	ST	[DESCRIZIONE_SISTEMA_CODIFICA]	Descrizione sistema codifica
displayName	ST	[DESCRIZIONE_CODICE]	Nome del sistema di codifica locale

440

Tabella 12 Dettagli valorizzazione attributi relativo all'elemento translation

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

### 3.1.6 Titolo del documento: <title>

Il tag **<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.

445

**CONF-PSS-13:** L'elemento **<ClinicalDocument>/<title>** **DOVREBBE** essere valorizzato a "Profilo Sanitario Sintetico".

```
<title> Profilo Sanitario Sintetico </title>
```

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

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

**CONF-PSS-14:** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento **<ClinicalDocument>/<effectiveTime>**.

**CONF-PSS-15:** L'elemento **<ClinicalDocument>/<effectiveTime>** **DEVE** riportare l'attributo **@value** valorizzato nel formato [YYYYMMDDHHMMSS+|-ZZZZ].

455

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

Tabella 13 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento effectiveTime

Esempio di implementazione:

```
<effectiveTime value="20220309183023+0100"/>
```

### 3.1.8 Riservatezza del documento: <confidentialityCode>

460 Il tag <ClinicalDocument>/<confidentialityCode>. è un elemento **OBBLIGATORIO** e specifica il livello di riservatezza del documento CDA assegnato al momento della sua creazione.

**CONF-PSS-16:** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento <ClinicalDocument>/<confidentialityCode>.

465 **CONF-PSS-17:** L'attributo <ClinicalDocument>/<confidentialityCode>/@code, indica il codice di riservatezza del documento. I **POSSIBILI** valori sono "N" Normal e "V" Very Restricted.

470 

- Per i documenti contenenti dati a maggior tutela dell'anonimato, l'elemento <ClinicalDocument>/<confidentialityCode>/@code **DEVE** essere valorizzato con il valore "V".

**CONF-PSS-18:** L'attributo <ClinicalDocument>/<confidentialityCode>/@codeSystem, individua l'OID del sistema di codifica e **DEVE** essere valorizzato con "2.16.840.1.113883.5.25".

475 **CONF-PSS-19:** L'attributo **RACCOMANDATO** <ClinicalDocument>/<confidentialityCode>/@codeSystemName, indica il nome del sistema di codifica utilizzato. L'attributo, se presente, **DEVE** essere valorizzato con "HL7 Confidentiality".

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

Codice	Display	Definizione
N	Normal	Questo livello di riservatezza può essere associato a documenti che contengono dati sanitari di varia natura.
V	Very Restricted	Questo livello di riservatezza può essere associato a documenti che contengono dati sanitari fortemente confidenziali. Ricadono in questa categoria tutti i documenti contenenti dati a maggior tutela dell'anonimato. Accesso molto ristretto

480 *Tabella 14 Dettagli livello di confidenzialità previsti dal tag confidentialityCode*

Nel caso del Profilo Sanitario Sintetico, l'elemento **DEVE** essere valorizzato nel modo seguente. Si suggerisce che nel contesto italiano, il valore di default sia pari a "N".

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

*Tabella 15 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento confidentialityCode*

Esempio di implementazione:

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

Le informazioni riportate nel `<confidentialityCode>`, che sono di tipo statico, non necessariamente coincidono con le impostazioni dinamiche inerenti all'oscuramento e alla consultazione del documento che verranno definite a livello di servizi.

490

### 3.1.9 Lingua e dominio: `<languageCode>`

Il tag `<ClinicalDocument>/<languageCode>` è un elemento **OBBLIGATORIO** e specifica la lingua utilizzata nella redazione del documento CDA.

495 L'elemento `<languageCode>` rappresenta un codice conforme alle specifiche dell'[IETF \(Internet Engineering Task Force\) RFC 3066](#) (OID:2.16.840.1.113883.6.121).

**CONF-PSS-20:** Il documento **DEVE** contenere un elemento `<ClinicalDocument>/<languageCode>`.

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

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

Tabella 16 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento `languageCode`

500 Esempio di implementazione:

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

### 3.1.10 Versione del documento: `<setId>` e `<versionNumber>`

505 I tag `<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.

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

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

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

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

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

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

525

**CONF-PSS-21:** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento `<ClinicalDocument>/<setId>`.

**CONF-PSS-22:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<setId>` **DEVE** riportare:

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

530

**CONF-PSS-23:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<setId>` **DOVREBBE** riportare l'attributo `@assigningAuthorityName` (**RACCOMANDATO**) valorizzato con il nome dell'organizzazione responsabile per il dominio di identificazione dei documenti.

535

**CONF-PSS-24:** Se l'elemento `<ClinicalDocument>/<relatedDocument>` manca, l'attributo `<ClinicalDocument>/<setId>/@root` **DEVE** essere valorizzato come `<ClinicalDocument>/<id>/@root`, l'attributo `@extension` come `<ClinicalDocument>/<id>/@extension`, l'attributo `@assigningAuthorityName` come `<ClinicalDocument>/<id>/@assigningAuthorityName`.

540

**CONF-PSS-25:** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento `<ClinicalDocument>/<versionNumber>` valorizzato con un intero positivo a partire dal numero 1. La progressione delle versioni incrementerà il numero di versione di 1 (sequenza delle versioni densa).

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

```
<setId root="[OID_STRUTTURA_COMPETENZA]" extension="[EXTENSION_ID]"
assigningAuthorityName="[NOME_STRUTTURA_COMPETENZA]"/>
```

L'elemento `<setId>` è composto dagli attributi seguenti:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID_STRUTTURA_COMPETENZA]	Identificativo univoco del dominio di identificazione dei documenti (ad es. può indicare l'ASL di competenza del documento). Tale identificativo – riconosciuto pubblicamente – garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale.
extension	ST	[EXTENSION_ID]	Identificativo univoco documento. Generato dal client dell'autore secondo regole condivise, in modo da evitare collisioni all'interno del medesimo dominio di competenza (es. ASL/AO/Regione di

			competenza).
assigningAuthorityName	ST	[NOME_STRUTTURA_COMPETENZA]	Nome del dominio di identificazione dei documenti (es. ASL/AO/Regione di competenza).

Tabella 17 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento setId

550 L'elemento `<versionNumber>` è composto dagli attributi seguenti:

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

Tabella 18 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento:

Esempio di implementazione:

```
<versionNumber value="[VERSIONE_DOCUMENTO]" />
```

555 Per l'uso e la gestione di `<ClinicalDocument>/<setId>` e `<ClinicalDocument>/<versionNumber>` si rimanda al documento Rif. 8.

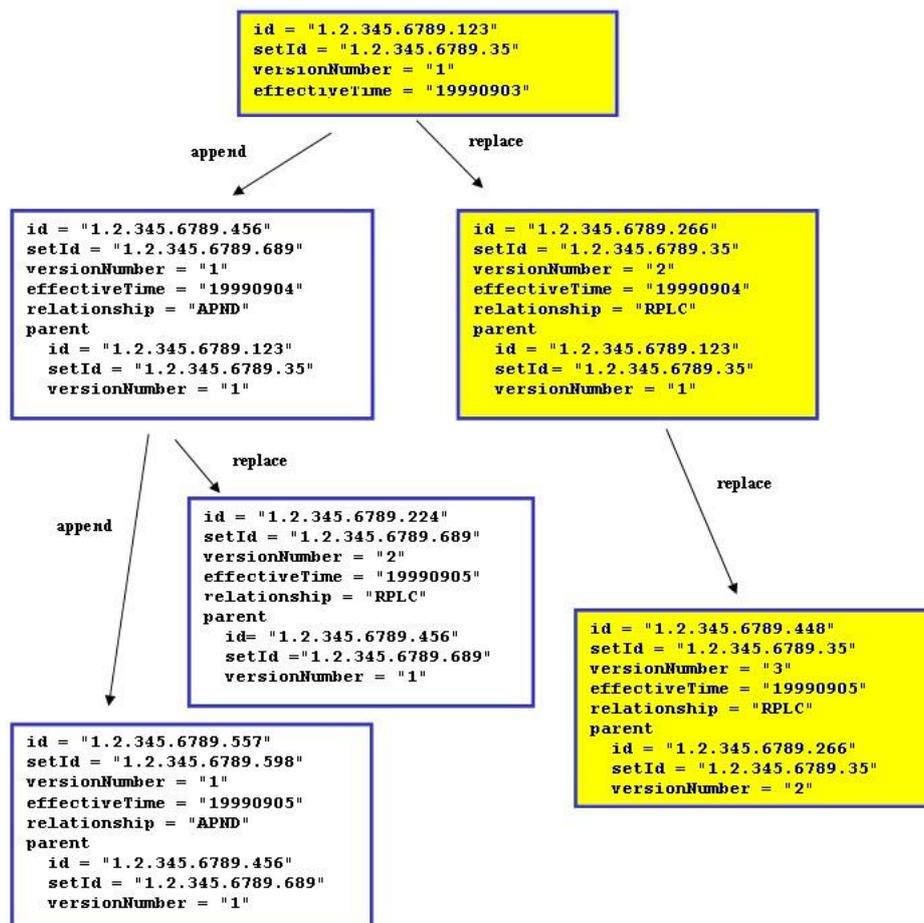


Figura 1 - Schema di Versionamento del documento usando le funzioni Replace e Append

### 3.1.11 Paziente del documento: <recordTarget>

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

**CONF-PSS-26:** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento <ClinicalDocument>/<recordTarget>.

565 Per il Profilo Sanitario Sintetico l'elemento **DEVE** pertanto essere strutturato come mostrato di seguito.

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

#### 3.1.11.1 Paziente soggetto del Documento: <patientRole>

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

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

**CONF-PSS-27:** <ClinicalDocument>/<recordTarget> **DEVE** contenere uno ed un solo elemento <patientRole>.

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

585 È inoltre possibile riportare tramite <addr> l'indirizzo di residenza del paziente, e tramite <telecom> il recapito telefonico del paziente.

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

- Cittadino italiano o straniero residente, iscritto SSN (Codice Fiscale);
- Codice ANA;

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

Nel caso di Cittadino Italiano o straniero residente in Italia, il <patientRole> riporta due elementi di tipo <id> contenenti:

- Il codice fiscale del paziente (**OBBLIGATORIO**).
- Il codice assegnato dall'anagrafica regionale (**FACOLTATIVO**).

**Primo <id>**

Codice fiscale del paziente <id>

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

Tabella 19 Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id

Esempio di implementazione primo <id>:

600 `<id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.4.3.2" extension="[CODICE_FISCALE]" assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>`

**Secondo <id>:**

Identificazione **OPZIONALE** del paziente mediante un codice anagrafico regionale.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID_ROOT_ANAGRAFE_REGIONALE]	OID dello schema di identificazione regionale. (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)
extension	ST	[CODICE_IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale.
assigningAuthorityName	ST	[NOME_REGIONE]	Nome Regione.

605 Tabella 20 Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id

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".

610

Esempio di implementazione secondo <id>:

615 `<id root="[OID_ROOT_ANAGRAFE_REGIONALE]" extension="[CODICE_IDENTIFICATIVO]" assigningAuthorityName="[NOME_REGIONE]"/>`

Esempio di implementazione dei due <id>:

```
<recordTarget>
  <patientRole>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.4.3.2"
```

```

620     extension="[CODICE_FISCALE]"
        assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
        <id root="[OID_ROOT_ANAGRAFE_REGIONALE]"
625     extension="[CODICE_IDENTIFICATIVO]"
        assigningAuthorityName=" [NOME_REGIONE]"/>
    </patientRole>
</recordTarget>

```

### Codice Anagrafica Nazionale degli Assistiti (ANA)

630 Nel caso di Codice Anagrafica Nazionale degli Assistiti, il **<patientRole>** **DEVE** riportare un elemento di tipo **<id>** contenente il codice identificativo ANA (**OBBLIGATORIO**) e un ulteriore elemento **<id>** (**OPZIONALE**) contenente un identificativo locale associato al paziente.

#### Primo **<id>**:

635 **CONF-PSS-28:** Il tag **<patientRole><id>/@root** che identifica il codice ANA, **DEVE** essere valorizzato con il seguente OID [2.16.840.1.113883.2.9.4.3.15]

Codice identificativo ANA.

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
root	OID	R	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.15	OID che identifica i codici ANA
extension	ST	R	[CODICE_ANA_ASSEGNATO]	Codice ANA.
assigningAuthorityName	ST	O	[NOME_ORGANIZZAZIONE]	Nome dell'organizzazione che ha rilasciato il codice identificativo.

Tabella 21 Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id

Esempio di implementazione:

```

640     <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.15"
        extension="[CODICE_ANA_ASSEGNATO]"
        assigningAuthorityName=" [NOME_ORGANIZZAZIONE]"/>

```

#### Secondo **<id>**:

645 Identificazione **OPZIONALE** del paziente mediante un codice anagrafico regionale

Attributo	Tipo	CONF	Valore	Dettagli
root	OID	R	[OID_ROOT_ANAGRAFE_REGIONALE]	OID dello schema di identificazione regionale. (e.g. "2.16.840.1.113883.2.9.2" + [REGIONE] + ".4.1")
extension	ST	R	[CODICE_IDENTIFICATIVO]	Codice dell'anagrafica regionale.
assigningAuthorityName	ST	O	[NOME_REGIONE]	Nome Regione

Tabella 22 Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id

Esempio di implementazione secondo **<id>**:

```
650 <id root="[OID_ROOT_ANAGRAFE_REGIONALE]"
    extension="[CODICE_IDENTIFICATIVO]"
    assigningAuthorityName="[NOME_REGIONE]"/>
```

Esempio di implementazione con due `<id>`:

```
655 <recordTarget>
    <patientRole>
        <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.15"
            extension="[CODICE_ANA_ASSEGNATO]"
            assigningAuthorityName="[NOME_ORGANIZZAZIONE]"/>
        <id root="[OID_ROOT_ANAGRAFE_REGIONALE]"
            extension="[CODICE_IDENTIFICATIVO]"
            assigningAuthorityName="[NOME_REGIONE]"/>
    </patientRole>
</recordTarget>
```

### 3.1.11.1.1 Indirizzo del paziente: `<addr>`

665 L'elemento `<ClinicalDocument>`/`<recordTarget>`/`<patientRole>` **DEVE** contenere almeno un elemento `<addr>`, **OBBLIGATORIO**, utilizzato per richiamare l'indirizzo del paziente e indicante l'indirizzo di domicilio del paziente (con l'attributo `@use` valorizzato con "HP" (primary home)).

670 Possono esistere più occorrenze dell'elemento per specificare i dati di residenza ed i dati di domicilio.

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

- 675 • per indicare l'indirizzo di domicilio: `@use = "HP"` (primary home);
- per indicare l'indirizzo di residenza: `@use = "H"` (home);

La struttura del tag `<addr>` prevede:

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

695

**CONF-PSS-29:** Nel caso in cui l'attributo `<recordTarget>/<patientRole>/<addr>/@use` è uguale a "HP" (Domicilio), allora l'elemento `<addr>/<censusTract>` **DEVE** essere presente e **DEVE** essere valorizzato con il codice ISTAT del comune di domicilio.

700

**CONF-PSS-30:** Nel caso in cui l'attributo `<recordTarget>/<patientRole>/<addr>/@use` è uguale a "HP" (Domicilio), allora l'elemento `<addr>/<postalCode>` **DEVE** essere presente e **DEVE** essere valorizzato con il CAP del domicilio.

705

Esempio di implementazione:

710

```
<patientRole classCode="PAT">
  <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="[CF_PAZIENTE]"
    assigningAuthorityName="MEF"/>
  <addr use="H">
    <country>[COD_STATO_RECAPITO_PAZIENTE]</country>
    <state>[COD_REGIONE_RECAPITO_PAZIENTE]</state>
    <county>[COD_PROVINCIA_RECAPITO_PAZIENTE]</county>
    <city>[DESC_COMUNE_RECAPITO_PAZIENTE]</city>
    <censusTract>[COD_COMUNE_RECAPITO_PAZIENTE]</censusTract>
    <postalCode>[COD_CAP_RECAPITO_PAZIENTE]</postalCode>
    <streetAddressLine>[DESC_INDIRIZZO_RECAPITO_PAZIENTE]
  </streetAddressLine>
</addr>
```

715

720

```
<addr use="HP">
  ...
</addr>
<addr use="TMP">
  ...
</addr>
```

725

```
</patient>
...
</patient>
```

730

```
</patientRole>
```

Valore	Tipo	Variabile	Dettagli
country	ST	[COD_STATO_RECAPITO_PAZIENTE]	Codice identificativo dello stato Rif: ( <a href="https://www.istat.it/it/archivio/6747">https://www.istat.it/it/archivio/6747</a> )
state	ST	[COD_REGIONE_RECAPITO_PAZIENTE]	Codice identificativo della regione <sup>5</sup> .
county	ST	[COD_PROVINCIA_	Sigla automobilistica della

<sup>5</sup> Rif ([https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=1049](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1049))

		RECAPITO_PAZIENTE]	provincia (Rif <a href="https://www.istat.it/it/archivio/6789">https://www.istat.it/it/archivio/6789</a> )
city	ST	[DESC_COMUNE_ RECAPITO_PAZIENTE]	Descrizione del comune (Rif <a href="https://www.istat.it/it/archivio/6789">https://www.istat.it/it/archivio/6789</a> )
censusTract	ST	[COD_COMUNE_ RECAPITO_PAZIENTE]	Codice ISTAT del comune (Rif <a href="https://www.istat.it/it/archivio/6789">https://www.istat.it/it/archivio/6789</a> )
postalCode	ST	[COD_CAP_RECAPITO_PAZIENTE]	CAP dell'indirizzo
streetAddressLine	ST	[DESC_INDIRIZZO_ RECAPITO_PAZIENTE]	Descrizione indirizzo

Tabella 23 Dettagli valorizzazione dei sotto elementi relativi all'elemento addr

### 3.1.11.1.2 Telefono ed altri contatti del paziente: <telecom>

735 **CONF-PSS-32:** L'elemento <ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole> **PUÒ** contenere l'elemento <telecom> **OPZIONALE** utilizzato per richiamare un numero telefonico (fisso e/o mobile) e/o un indirizzo di posta elettronica (E-mail e/o PEC) necessari per contattare l'assistito.

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  
740 Esempio di implementazione: "HP" Telefono/e-mail Casa; "WP" Telefono/e-mail Ufficio; "MC" Cellulare (contatto mobile).

L'attributo @value viene utilizzato per specificare l'indirizzo tramite un Universal Resource Locator URL.

745 Esempi di implementazione:

```
<telecom use="HP" value="mailto://user@domain.com"></telecom>
<telecom use="HP" value="tel:023456789012"></telecom>
```

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

### 3.1.11.1.3 Dati anagrafici del paziente: <patient>

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

**CONF-PSS-33:** Il documento **DEVE** contenere l'elemento <recordTarget>/<patientRole>/<patient>.

755 **CONF-PSS-34:** Al suo interno **DEVE** essere presente un elemento **OBBLIGATORIO** <name> contenente nome e cognome del paziente identificati rispettivamente dai tag **OBBLIGATORI** <given> e <family>. Non **PUÒ** essere utilizzato il @nullFlavor per indicare l'indisponibilità del dato.

760 **CONF-PSS-35:** L'elemento <patientRole>/<patient> **DEVE** contenere l'elemento <patient>/<administrativeGenderCode> (sesso).

L'elemento **OBBLIGATORIO** <patient>/<administrativeGenderCode> contiene al suo interno gli attributi:

- `@code`: che identifica il sesso dichiarato del paziente;
- `@codeSystem`: che riporta l'OID fisso "2.16.840.1.113883.5.1";
- 765 • `@codeSystemName`: che riporta la stringa fissa "HL7 AdministrativeGender"

**CONF-PSS-36:** L'elemento `<patientRole>/<patient>` **OBBLIGATORIO, DEVE** contenere l'elemento `<patient>/<birthTime>` (data di nascita).

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

770 **CONF-PSS-37:** L'elemento `<patientRole>/<patient>` **PUÒ** contenere l'elemento `<patient>/<birthPlace>/<place>/<addr>` che riporta del luogo di nascita dell'assistito.

775 **CONF-PSS-38:** **SE** il paziente è nato in Italia ed è presente l'elemento `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<birthPlace>` (luogo di nascita) **ALLORA** tale elemento **DEVE** includere l'elemento `<censusTract>`, per il codice del comune di nascita, e l'elemento `<city>`, per il nome del comune di nascita.

Esempio di implementazione:

```

780 <patient>
      <name>
            <family>[COGNOME_PAZIENTE]</family>
            <given>[NOME_PAZIENTE]</given>
      </name>
      <administrativeGenderCode code="F" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"
785 codeSystemName="HL7 AdministrativeGender" displayName="FEMMINA"/>
      <birthTime value="[DATA_NASCITA_PAZIENTE]"/>
      <birthplace>
            ...
      </birthplace>
    </patient>

```

790 Nella seguente tabella viene riportata la definizione delle pseudo variabili utilizzate

Valore	Dettagli
[COGNOME_PAZIENTE]	Cognome del paziente
[NOME_PAZIENTE]	Nome del paziente
[DATA_NASCITA_PAZIENTE]	Data di nascita del paziente

Tabella 24 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag patient

Si rimanda a Rif 8 per i dettagli relativi al `<providerOrganization>`.

### 3.1.11.1.3.1 Tutore/genitore che rappresenta il minore: `<guardian>`

795 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.

800 **CONF-PSS-39:** 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.

### 3.1.12 Autore del documento: `<author>`

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

**CONF-PSS-40:** Nel documento **DEVE** essere presente almeno un elemento `<author>`.

**CONF-PSS-41:** L'autore di questo documento **DEVE** essere un medico di famiglia (MMG, PLS o assimilato).

810 L'elemento `<author>` **DEVE** contenere un sotto-elemento `<time>`, con l'indicazione dell'ora di produzione del documento. La valorizzazione **DEVE** essere effettuata attraverso un tipo Time Stamp (TS). È possibile usare il `@nullFlavor` in caso di assenza del dato.

**CONF-PSS-42:** Il tag `<time>` è **OBBLIGATORIO** e **DEVE** riportare l'attributo `@value` valorizzato secondo il seguente formato `[YYYYMMddhhmmss+|-ZZZZ]`.

Composizione di `<time>`:

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

815 *Tabella 25 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento time*

Il tag `<assignedAuthor>` è **OBBLIGATORIO** e contiene al suo interno:

- un tag `<id>` (**OBBLIGATORIO**) che identifica univocamente il medico autore del documento tramite il suo codice fiscale;
- un tag `<assignedPerson>` (**OBBLIGATORIO**) che definisce il nome e cognome dell'autore del documento;
- un tag `<representedOrganization>` (**OPZIONALE**) che prevede al suo interno un tag `<id>` che identifica univocamente la struttura/organizzazione di appartenenza dell'autore.

820

825

**CONF-PSS-43:** L'elemento `<author>/<assignedAuthor>` **DEVE** contenere almeno un elemento `<id>` con `@root` valorizzato a "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" in cui l'attributo `@extension` è riportato il Codice Fiscale del l'autore.

Composizione del primo tag `<id>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"	OID del Ministero dell'Economia e delle Finanze.
extension	ST	[CF_AUTORE_DOCUMENTO]	Codice fiscale dell'autore del documento.
assigningAuthorityName	ST	"MEF"	Rappresenta il nome dell'autorità che assegna l'identificativo.

Tabella 26 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento `id`

830

**CONF-PSS-44:** L'elemento `<author>/<assignedAuthor>` **PUÒ** contenere un elemento `<id>`, unico a livello regionale, che riporta il Codice Identificativo Regionale del medico autore del documento.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID_ROOT ANAGRAFE_REGIONALE]	OID dello schema di identificazione regionale. 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)
extension	ST	[CODICE_IDENTIFICATIVO]	Codice Identificativo Regionale del medico autore del documento.
assigningAuthorityName	ST	[NOME_REGIONE]	Nome Regione.

Tabella 27 Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento `id`

835

**CONF-PSS-45:** 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`, si veda 6.2.1.1 (`@codeSystem` "2.16.840.1.113883.2.9.5.1.111")

840

L'elemento **OPZIONALE** `<author>/<assignedAuthor>/<addr>` rappresenta l'indirizzo dell'autore. Per la costruzione del blocco si **PUÒ** far riferimento alle obbligatorietà riportate nel tag `<addr>` associato al paziente.

L'elemento `<author>/<assignedAuthor>/<telecom>` è **OBBLIGATORIO** e riporta i recapiti di contatto dell'`<author>`.

845 **CONF-PSS-46:** L'elemento `<author>/<assignedAuthor>` **DEVE** contenere almeno tre elementi `<telecom>` che riporta i riferimenti e-mail, PEC, telefono, necessari per contattare il medico autore.

Esempi di implementazione:

```
850 <telecom use="HP" value="mailto://user@domain.com"></telecom>
<telecom use="HP" value="tel:023456789012"></telecom>
<telecom use="HP" value="mailto://user@pec.com"></telecom>
```

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.

855 **CONF-PSS-47:** L'elemento `<author>/<assignedAuthor>/<assignedPerson>` **DEVE** contenere l'elemento `<assignedPerson>/<name>` con i suoi sotto-elementi `<name>/<given>/` (Nome) e `<name>/<family>` (Cognome)

Esempio di implementazione:

```
860 <family>[COGNOME_AUTORE_DOCUMENTO]</family>
<given>[NOME_AUTORE_DOCUMENTO]</given>
```

**CONF-PSS-48:** 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*).

865 Esempio di implementazione FLS 11:

```
870 <representedOrganization>
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1" extension="[COD_PRESIDIO]"
assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>
</representedOrganization>
```

Esempio di implementazione:

```
875 <author>
<time value="[TS_CREAZIONE]"/>
<assignedAuthor classCode="ASSIGNED"
880 <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
extension="[CF_AUTORE]"
assigningAuthorityName="MEF"/>
<addr>
...
</addr>
885 <telecom value="mailto:[MAIL_AUTORE]"/>
<telecom value="mailto:[PEC_AUTORE]"/>
<telecom value="tel:[NUM_TEL_AUTORE]"/>
<assignedPerson>
<name>
890 <family>[COGNOME_AUTORE]</family>
<given>[NOME_AUTORE]</given>
</name>
</assignedPerson>
</representedOrganization>
```

895

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1"
extension="[COD_PRESIDIO]"
assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>
```

```
</representedOrganization>
```

```
</assignedAuthor>
```

```
</author>
```

900

Nella seguente tabella viene riportata la definizione delle pseudo variabili utilizzate

Valore	Dettagli
[TS_CREAZIONE]	Data e orario di creazione del documento.
[CF_AUTORE]	Codice fiscale dell'autore.
[MAIL_AUTORE]	Indirizzo mail dell'autore.
[PEC_AUTORE]	Indirizzo PEC dell'autore.
[NUM_TEL_AUTOR]	Numero di telefono dell'autore.
[COGNOME_AUTORE]	Cognome dell'autore.
[NOME_AUTORE]	Nome dell'autore.
[COD_PRESIDIO]	Codice del presidio

Tabella 28 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag author

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

### 3.1.13 Trascrittore del documento: <dataEnterer>

905

Il tag <dataEnterer> è un elemento **OPZIONALE** che rappresenta la persona che trasforma un testo dettato nel documento CDA.

Esempio di implementazione dell'intero tag <dataEnterer>:

910

```
<dataEnterer typeCode="ENT">
<time value="[DT_COMPILAZIONE]"/>
<assignedEntity>
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
extension="[CF_COMPILATORE]" assigningAuthorityName="MEF"/>
<addr>
```

915

```
...
</addr>
<telecom value="mailto:[MAIL_COMPILATORE]"/>
<telecom value="tel:[NUM_TEL_COMPILATORE]"/>
<assignedPerson>
```

920

```
<name>
<family>[COGNOME_COMPILATORE]</family>
<given>[NOME_COMPILATORE]</given>
</name>
```

925

```
</assignedPerson>
</assignedEntity>
</dataEnterer>
```

Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili utilizzate:

Valore	Dettagli
[DT_COMPILAZIONE]	Data e orario di compilazione.
[CF_COMPILATORE]	Codice fiscale del compilatore
[MAIL_COMPILATORE]	Indirizzo mail del compilatore
[NUM_TEL_COMPILATORE]	Recapito telefonico del compilatore
[COGNOME_COMPILATORE]	Cognome del compilatore
[NOME_COMPILATORE]	Nome del compilatore

Tabella 29 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag dataEnterer

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

### 3.1.14 Informatore: <informant>

Il tag <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.

**CONF-PSS-49:** Il documento **PUÒ** contenere uno o più elementi <ClinicalDocument>/<informant>.

```

940 <informant>
      <relatedEntity classCode="CON">
        <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
          extension="[CF_INF]" assignedAuthorityName="MEF"/>
        <relatedPerson>
945           <name>
              <family>[COGNOME_INF]</family>
              <given>[NOME_INF]</given>
            </name>
          </relatedPerson>
950 </relatedEntity>
</informant>

```

Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili utilizzate:

Valore	Dettagli
[CF_COMPILATORE]	Codice fiscale dell'informatore
[COGNOME_INF]	Cognome dell'informatore
[NOME_COMPILATORE]	Nome dell'informatore

Tabella 30 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag informant

955 Per ulteriori dettagli dell'elemento in oggetto si rimanda al documento Rif. 8.

### 3.1.15 Conservazione del documento: <custodian>

960 Elemento **OBBLIGATORIO** che identifica l'organizzazione incaricata della custodia del documento originale, corrispondente al conservatore dei beni digitali. Tale organizzazione è solitamente la struttura di cui fa parte colui che ha creato il documento.

L'elemento <custodian> è composto da un ruolo, rappresentato dall'elemento nominato <assignedCustodian>, svolto da un'entità rappresentata dall'elemento <representedCustodianOrganization>.

965 **CONF-PSS-50:** Il documento **DEVE** contenere l'elemento <custodian> che identifica l'organizzazione incaricata della custodia del documento originale al momento della sua creazione.

**CONF-PSS-51:** L'elemento <custodian> **DEVE** essere composto da un ruolo, rappresentato dall'elemento <assignedCustodian>.

970 **CONF-PSS-52:** Il ruolo indicato tramite l'elemento <assignedCustodian> **DEVE** essere svolto da un'entità rappresentata dall'elemento <representedCustodianOrganization>.

**CONF-PSS-53:** L'elemento <representedCustodianOrganization> **DEVE** contenere gli elementi <id> e <name> che riportano rispettivamente l'identificativo e il nome della struttura che ha la responsabilità della conservazione del documento.

975 La descrizione degli attributi dell'elemento <id> è mostrata di seguito.

Composizione di <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID_DOMINIO_DI_IDENTIFICAZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI]	Identificativo del dominio di identificazione delle organizzazioni.
extension	ST	[ID_ORGANIZZAZIONE]	Identificativo dell'organizzazione (ASL, Regione) da parte del dominio di identificazione definito nell'attributo @root.
assigningAuthorityName	ST	[NOME_ENTE_RESPONSABILE_DOMINIO_IDENTIFICAZIONE]	Nome mnemonico dell'Autorità responsabile dell'assegnazione dell'identificativo all'organizzazione custode del documento

Tabella 31 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento id

Il tag <id>, che identifica la struttura che custodisce il documento, **PUÒ** essere valorizzato in uno dei modi seguenti.

980 **CONF-PSS-54:** Se si vuole identificare le Aziende Sanitarie, è possibile utilizzare la codifica ministeriale FLS11, e in tal caso l'attributo @root **DEVE** essere valorizzato con l'OID "2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1".

Esempio di implementazione:

985 

```
<representedCustodianOrganization>
  <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1" extension="[COD_ENTE]"
    assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>
```

`</representedCustodianOrganization>`

990

**CONF-PSS-55:** Nel caso in cui il custode del documento è rappresentato a livello regionale gli attributi `<id>/@root` ed `<id>/@extension` **POSSONO** essere valorizzati attraverso gli identificativi della regione stessa.

995

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

Esempio di implementazione:

1000

```

<custodian>
  <assignedCustodian>
    <representedCustodianOrganization>
      <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
        extension="[COD_ENTE_CUSTODEDOCUMENTO]"
        assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>
      <name>
        ...
      </name>
      <telecom use="HP" value="tel:023456789012"></telecom>
      <addr>
        ...
      </addr>
    </representedCustodianOrganization>
  </assignedCustodian>
</custodian>

```

1005

1010

1015

Si rimanda a Rif 8 per i dettagli relativi all'elemento `<custodian>/<assignedCustodian>/<representedCustodianOrganization>` ed ai suoi sotto-elementi id e name.

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

1020

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-56:** In questo tipo di documento la molteplicità dell'elemento `<informationRecipient>` **DEVE** essere uguale a zero

### 3.1.17 Firmatario del documento: `<legalAuthenticator>`

1025

Il tag `<legalAuthenticator>` è un elemento **OPZIONALE** che identifica il soggetto che ha legalmente autenticato il documento PSS.

**CONF-PSS-57:** Il documento **PUÒ** contenere uno ed un solo elemento `<ClinicalDocument>/<legalAuthenticator>`.

1030 Si osserva che il CDA R2 non gestisce direttamente la firma elettronica del soggetto<sup>6</sup> 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.

1035 **CONF-PSS-58:** Il ruolo di firmatario (`<legalAuthenticator>`) **DEVE** essere svolto dalla stessa persona che interpreta il ruolo di autore (`<author>`).

**CONF-PSS-59:** `<ClinicalDocument>/<legalAuthenticator>` **DEVE** contenere un elemento `<time>`.

1040 **CONF-PSS-60:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<legalAuthenticator>/<time>` **DEVE** riportare l'attributo `@value` valorizzato nel formato [YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz] e la sua lunghezza **DEVE** essere uguale a 14 caratteri.

**CONF-PSS-61:** `<ClinicalDocument>/<legalAuthenticator>` **DEVE** contenere un elemento `<signatureCode>` che riporta un attributo `@code` valorizzato con "S".

1045 Composizione di `<signatureCode>`:

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

Tabella 32 Dettagli valorizzazione degli attributi relativi all'elemento signatureCode

**CONF-PSS-62:** `<ClinicalDocument>/<legalAuthenticator>` **DEVE** contenere un elemento `<assignedEntity>`.

1050 **CONF-PSS-63:** `<ClinicalDocument>/<legalAuthenticator>/<assignedEntity>` **DEVE** contenere un elemento `<id>` con valore dell'attributo `@root` uguale a "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2".

1055 **CONF-PSS-64:** L'attributo `@extension` dell'elemento `<ClinicalDocument>/<legalAuthenticator>/<assignedEntity>/<id>` **DEVE** essere valorizzato con un codice fiscale e **DEVE** essere composto da una stringa lunga 16 caratteri.

Composizione di `<assignedEntity>/<id>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"	OID del Ministero dell'Economia e delle Finanze.
extension	ST	[CF_FIRMATARIO]	Codice fiscale del medico firmatario.

<sup>6</sup> Questo aspetto non va, ovviamente, interpretato come una limitazione dello standard al contrario è un aspetto di flessibilità.

assigningAuthorityName	ST	MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze
------------------------	----	-----	---

Tabella 33 Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id

1060

**CONF-PSS-65:** L'indirizzo e i recapiti telefonici **POSSONO** essere riportati nell'elemento `<assignedEntity>`, mentre il nome **DEVE** essere riportato nell'elemento `<assignedEntity>/<assignedPerson>` tramite il tag `<name>` all'interno del quale **DEVONO** essere presenti i sotto elementi `<given>` e `<family>`.

L'organizzazione a cui il firmatario appartiene **PUÒ** essere mappata in `<legalAuthenticator>/<assignedEntity>/<representedOrganization>`.

1065

Esempio di implementazione:

1070

```

<legalAuthenticator>
  <time value="[DT_FIRMA]" />
  <signatureCode code="S" />
  <assignedEntity>
    <!-- Codice identificativo di chi firma il documento-->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
      extension="[CF_FIRMATARIO]"
      assigningAuthorityName="MEF" />
    <addr>
      ...
    </addr>
    <telecom value="mailto:[MAIL_FIRMATARIO]" />
    <telecom value="tel:[NUM_TEL_FIRMATARIO]" />
    <assignedPerson>
      <name>
        <family>[COGNOME_FIRMATARIO]</family>
        <given>[NOME_FIRMATARIO]</given>
        <prefix>[TITOLO_FIRMATARIO]</prefix>
      </name>
    </assignedPerson>
  </representedOrganization>
  ...
</representedOrganization>
</assignedEntity>
</legalAuthenticator>

```

1075

1080

1085

1090

Nella seguente tabella viene riportata la definizione delle pseudo variabili utilizzate

Valore	Dettagli
[CF_FIRMATARIO]	Codice fiscale del firmatario del documento
[MAIL_FIRMATARIO]	Indirizzo e-mail del firmatario del documento
[NUM_TEL_FIRMATARIO]	Numero di telefono del firmatario del documento
[COGNOME_FIRMATARIO]	Cognome del firmatario del documento
[NOME_FIRMATARIO]	Nome del firmatario del documento
[TITOLO_FIRMATARIO]	Titolo del firmatario del documento

Tabella 34 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag custodian

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

### 3.1.18 Validatore del documento: <authenticator>

1095 Il tag <authenticator> è un elemento che identifica il soggetto che effettua la validazione clinica del documento.

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

1100 **CONF-PSS-66:** Il ruolo di validatore (<authenticator>) **DEVE** essere svolto dalla stessa persona che interpreta il ruolo di autore (<author>).

**CONF-PSS-67:** l'elemento <authenticator> **DEVE** contenere un elemento <authenticator>/<assignedEntity>/<id>

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2	OID Ministero economia e finanze – CF
extension	ST	[CF_VALIDATORE]	Da valorizzare con il codice fiscale del validatore
assigningAuthorityName	ST	MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze

1105 *Tabella 35 Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id*

**CONF-PSS-68:** L'elemento <authenticator> **DEVE** contenere l'elemento <time> la cui componente value **DEVE** seguire la sintassi YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz

Esempio di implementazione:

1110 <time value="20220304235534+0100"/>

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

**CONF-PSS-69:** L'attributo <authenticator>/<signatureCode>/@code **DEVE** essere valorizzato a "S" (Signed).

1115 Il tag ha un solo attributo valorizzato come segue:

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

*Tabella 36 Dettagli valorizzazione attributo code relativo all'elemento signatureCode*

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2	OID Ministero economia e finanze – CF
extension	ST	[CF_VALIDATORE]	Da valorizzare con il codice fiscale del validatore
assigningAuthorityName	ST	MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze

Tabella 37 Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id

1120 **CONF-PSS-70:** Il nome del validatore **PUÒ** essere riportato nell'elemento `<assignedEntity>/<assignedPerson>` tramite il tag `<name>` all'interno del quale **DEVONO** essere presenti i sotto elementi `<given>` e `<family>`.

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

1125 Bisogna riportare identificativo, nome, recapito telefonico e indirizzo.

**CONF-PSS-71:** 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).

1130

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1	identificativo dell'ASL di convenzione del medico validatore del documento
extension	ST	[COD_PRESIDIO]	identificativo dell'ASL di convenzione del medico validatore del documento
assigningAuthorityName	ST	MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze

Tabella 38 Dettagli valorizzazione attributi relativi all'elemento id

1135 **CONF-PSS-72:** L'elemento `<authenticator>/<assignedEntity>/<representedOrganization>/<name>` **DEVE** essere valorizzato con il nome dell'ASL di convenzione del medico validatore del documento.

**CONF-PSS-73:** L'elemento `<authenticator>/<assignedEntity>/<representedOrganization>/<telecom>`, *ripetibile*, **DEVE** essere valorizzato con i recapiti telefonici dell'ASL di convenzione del medico validatore del documento.

1140 **CONF-PSS-74:** L'elemento `<authenticator>/<assignedEntity>/<representedOrganization>/<addr>` **DEVE** essere valorizzato con l'indirizzo dell'ASL di convenzione del medico validatore del documento.

Esempio di implementazione:

```
1145 <representedOrganization>
      <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1" extension="[COD_PRESIDIO]"
      assigningAuthorityName="MEF"/>
      <name>...</name>
      <telecom>...</telecom>
      <addr>...</addr>
1150 </representedOrganization>
```

Esempio di implementazione:

```

1155 <authenticator>
      <time value="[TS_VALIDAZIONEDOCUMENTO]">
      <signatureCode code="s"/>
      <assignedEntity>
1160 <!-- Codice identificativo del validatore del documento-->
      <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="[CF_VALIDATORE]"
      assigningAuthorityName="MEF"/>
      <addr>
      .....
      </addr>
      <telecom value="mailto:[MAIL_VALIDATORE]"/>
1165 <telecom value="tel:[NUM_TEL_VALIDATORE]"/>
      <assignedPerson>
          <name>
              <family>[COGNOME_VALIDATORE]</family>
              <given>[NOME_VALIDATORE]</given>
1170 <prefix>[TITOLO_VALIDATORE]</prefix>
          </name>
      </assignedPerson>
      <representedOrganization>
      .....
      </representedOrganization>
1175 </assignedEntity>
    </authenticator>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[TS_VALIDAZIONEDOCUMENTO]	Data e orario di validazione
[CF_VALIDATORE]	Code fiscale del validatore
[MAIL_VALIDATORE]	Indirizzo mail del validato del documento
[NUM_TEL_VALIDATORE]	Recapito telefonico del validato del documento
[COGNOME_VALIDATORE]	Cognome del validato del documento
[NOME_VALIDATORE]	Nome del validato del documento
[TITOLO_VALIDATORE]	Titolo del validato del documento

Tabella 39 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag authenticator

### 3.1.19 Soggetti partecipanti: <participant>

- 1180 Il tag <participant> è un elemento **OPZIONALE** ed è usato per rappresentare tutti coloro (persone od organizzazioni) che sono in qualche forma coinvolti nell'atto descritto, ma non esplicitamente referenziate in altri elementi (<author>, <informant>, <authenticator>, etc.). L'entità <participant> **NON DEVE** necessariamente essere coinvolta direttamente nell'atto documentato.
- 1185 Nel caso di questo documento tale elemento – insieme al <guardian> - viene usato per indicare eventuali contatti (lista riferimenti).

**CONF-PSS-75:** Il documento **PUÒ** contenere uno o più elementi `<ClinicalDocument>/<participant>`.

1190

**CONF-PSS-76:** L'ordine di elencazione dei `<participant>` **DOVREBBE** essere usato per indicare la priorità con cui i riferimenti devono essere chiamati in caso di necessità.

**CONF-PSS-77:** `<ClinicalDocument>/<participant>` **DEVE** contenere un elemento `<associatedEntity>`.

1195

**CONF-PSS-78:** L'identificazione dei partecipanti **DEVE** essere riportata all'interno dell'elemento `<participant>/<associatedEntity>/<id>`.

Composizione di `<id>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID_DOMINIO_IDENTIFICAZIONE]	OID dominio di identificazione.
extension	ST	[CODICE_IDENTIFICATIVO]	Codice identificativo della persona o dell'organizzazione all'interno del dominio.
assigningAuthorityName	ST	MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze

Tabella 40 Dettagli valorizzazione attributi elemento id

1200

**CONF-PSS-79:** Il tag `<associatedEntity>` **PUÒ** contenere un elemento `<associatedPerson>`.

**CONF-PSS-80:** Il tag `<associatedPerson>` **DEVE** contenere un elemento `<name>`, che contiene gli elementi necessari per mappare il nome del partecipante al documento.

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

1205

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).

1210

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.).

1215

**CONF-PSS-81:** L'elemento `<participant>` deve contenere l'attributo `@typecode` 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.

1220 Nelle sezioni seguenti sono riportati alcuni esempi di uso dell'elemento `<participant>` per gestire:

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

### 1225 3.1.19.1.1 *Parenti*

I contatti identificabili come familiari, parenti più o meno stretti, sono rappresentati utilizzando `<associatedEntity>/@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

1230 PersonalRelationshipRoleType.

Esempio

```

1235 <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"/>
1240 <associatedPerson>
            <name>
                <given>Gennaro</given>
                <family>Bellomo</family>
            </name>
1245 </associatedPerson>
        </associatedEntity>
    </participant>

```

### 3.1.19.1.2 *Emergenza*

1250 I contatti da chiamare nel caso di emergenza sono caratterizzati da un `<associatedEntity>/@classCode` valorizzato a "ECON", qui di seguito un esempio di uso.

```

1255 <participant typeCode="IND">
    <associatedEntity classCode="ECON">
        <telecom value="tel: 0654981932"/>
        <associatedPerson>
            <name>
                <given>Teresa</given>
                <family>Bellomo</family>
            </name>
1260 </associatedPerson>
        </associatedEntity>
    </participant>

```

### 3.1.19.1.3 Assistenza Malati ed Anziani

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

```

1265     <participant typeCode="IND">
           <associatedEntity classCode="CAREGIVER">
             <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
               extension="RSSMRA56L20F839C" />
             <addr>
1270               <streetAddressLine>via Salaria, 23</streetAddressLine>
                 <city>Roma</city>
                 <postalCode>00168</postalCode>
             </addr>
1275             <telecom value="tel:0635367898"/>
             <associatedPerson>
               <name>
                 <given>Mario</given>
                 <family>Rossi</family>
               </name>
1280             </associatedPerson>
           </associatedEntity>
         </participant>

```

### 3.1.19.2 Nota realizzativa

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

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

```

1295     <!-- CONTATTO PARZIALMENTE DESTRUTTURATO -->
           <participant typeCode="IND">
             <associatedEntity classCode="ECON">
               <addr>[STR_INDIRIZZO_CONTATTO]</addr>
               <associatedPerson>
                 <name>[STR_REF_CONTATTO]</name>
               </associatedPerson>
             </associatedEntity>
           </participant>

1300     <!-- CONTATTO TOTALMENTE DESTRUTTURATO -->
           <participant typeCode="IND">
1305             <associatedEntity classCode="NOK">
               <addr>[STR_CONTATTO]</addr>
             </associatedEntity>
           </participant>

```

### 3.1.20 Richiesta: <inFulfillmentOf>

1310 <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.

1315 **CONF-PSS-82:** In questo tipo di documento la molteplicità dell'elemento <inFulfillmentOf> **DEVE** essere uguale a zero

### 3.1.21 Identificativi del documento: <documentationOf>

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

1320 **CONF-PSS-83:** Il documento **DEVE** contenere un elemento <ClinicalDocument>/<documentationOf >.

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

Esempio di implementazione:

1325 

```
<documentationOf>
  <serviceEvent>
    <effectiveTime value="[DT_ULTIMO_AGGIORNAMENTO]"/>
  </serviceEvent>
</documentationOf>
```

Di seguito la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[DT_ULTIMO_AGGIORNAMENTO]	Data dell'ultimo aggiornamento (YYYYMMDDhhmmss+ -ZZZZ)

1330 *Tabella 41 Dettagli valorizzazione delle pseudo variabili relative ai sotto elementi del tag effectiveTime*

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

### 3.1.22 Relazione con documenti preesistenti: <relatedDocument>

1335 Il tag <relatedDocument> viene utilizzato nella gestione delle trasformazioni successive alla prima versione del documento. <relatedDocument> è un elemento **OPZIONALE** alla prima generazione di un documento CDA ed è **OBBLIGATORIO** per le trasformazioni successive.

**CONF-PSS-84:** Il documento **PUÒ** contenere al massimo due elementi `<ClinicalDocument>/<relatedDocument>`.

1340

**CONF-PSS-85:** In caso di integrativo o sostitutivo, il documento **DEVE** contenere un elemento `<ClinicalDocument>/<relatedDocument>` con l'attributo `@typeCode` valorizzato con "RPLC", con "APND" o con "XFRM".

**CONF-PSS-86:** Il documento **PUÒ** contenere un elemento `<ClinicalDocument>/<relatedDocument>` con l'attributo `@typeCode` valorizzato con "XFRM".

1345

**CONF-PSS-87:** Il tag `<ClinicalDocument>/<relatedDocument>` **DEVE** contenere un elemento `<parentDocument>`.

**CONF-PSS-88:** In caso di integrativo o sostitutivo, l'elemento `<parentDocument>` **DEVE** contenere un elemento `<id>` con valore degli attributi `@root` e `@extension` pari ai codici del documento di cui si fa il replace o l'append.

1350 Composizione dell'elemento `<relatedDocument>/@typeCode`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
typeCode	ST	"RPLC"	Replace: deve essere usato in caso di documenti CDA ottenuti sostituendo il documento "sorgente".
typeCode	ST	"APND"	Append: deve essere usato in caso di documenti CDA ottenuti aggiungendo al documento "sorgente".
typeCode	ST	"XFRM"	Transform: deve essere usato in caso di documenti CDA ottenuti tramite una trasformazione del documento "sorgente".

Tabella 42 Dettagli valorizzazione dell'attributo typeCode

Esempio di implementazione:

1355

```
<relatedDocument typeCode="RPLC">
  <parentDocument>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.100204.4.4.99"
      extension="204.1234.20070327120000.DW322"/>
  </parentDocument>
</relatedDocument>
```

1360

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

### 3.1.23 Incontro di riferimento: `<componentOf>`

1365

`<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

1370

**CONF-PSS-89:** In questo tipo di documento la molteplicità dell'elemento `<componentOf>` **DEVE** essere uguale a zero

## 4 CDA STRUCTURED BODY

### 4.1 Generalità

1375 Il body, strutturato secondo sezioni specifiche, contiene l'insieme dei dati clinici associati al paziente.

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

1380 **CONF-PSS-90:** 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>`).

1385 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

1390 `<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.

1395 **CONF-PSS-91:** Ogni informazione codificata contenuta nelle `<entry>` **DOVREBBE** referenziare esplicitamente il corrispettivo informativo nella parte narrativa, dove questo è applicabile.

1400 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.

1405

Esempio di implementazione:

1410

```

...
<text>
  <table>
    <tbody>
      <tr ID="id_farmaco_1">

```

```

1415         <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"/>
1420     </tr>
        </tbody>
    </table>
</text>
...
1425 <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>
1430             <reference value="#id_farmaco_1"/>
        </text>
        ...
        <consumable>
1435             <manufacturedProduct classCode="MANU">
                <manufacturedMaterial>
                    <code code="035718345" codeSys-
                        tem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5" codeSys-
                        temName="AIC" displayName="ADVIL
                        IST.L.GELS*100CPS PVC">
1440                         <originalText>
                                <reference value="#nome_far-
                                    maco_1"/>
                                </originalText>
                            </code>
1445                         </manufacturedMaterial>
                    </manufacturedProduct>
                </consumable>
            </substanceAdministration>
        </entry>
1450

```

## 4.2 Mappatura classi informative

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

1455

Sezione PSS	Obbligatorietà	Descrizione
<b>Allergie e Intolleranze</b>	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"> <li>• Reazioni avverse ai farmaci e/o alimenti note dell'assistito e eventuale descrizione delle caratteristiche della reazione osservata</li> <li>• Allergie documentate cutanee, respiratorie o sistemiche dell'assistito e eventuale descrizione delle caratteristiche della reazione osservata</li> <li>• Allergie a veleno di imenotteri</li> </ul> <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>
<b>Terapie Farmacologiche</b>	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>
<b>Vaccinazioni</b>	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
<b>Lista dei Problemi</b>	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"> <li>• Patologie croniche e/o rilevanti</li> <li>• Organi mancanti</li> <li>• Trapianti effettuati (diagnosi)</li> <li>• Rilevanti malformazioni.</li> </ul> <p>Se non applicabile, deve essere riportata esplicitamente la dizione: "Non sono noti problemi cronici attivi" o un'espressione analoga".</p>
<b>Anamnesi Familiare</b>	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>
<b>Stile di vita</b>	RACCOMANDATO	<p>Questa sezione contiene i dati che definiscono lo stile di vita del paziente, 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>
<b>Gravidanze e Parto</b>	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>
<b>Parametri Vitali</b>	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
<b>Protesi, Impianti e Ausili</b>	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>
<b>Piani di Cura</b>	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>
<b>Trattamenti e Procedure Terapeutiche, Chirurgiche e Diagnostiche</b>	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>
<b>Visite o Ricoveri</b>	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
<b>Stato funzionale del paziente</b>	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"> <li>• Problemi ambulatori</li> <li>• Mental test, scala di depressione</li> <li>• Valutazioni ADL (Activities of Daily Living)</li> <li>• Problemi di comunicazione (parlato, scritto, problemi cognitivi,...)</li> <li>• Capacità percettive (vista, udito, tatto, gusto, problemi di equilibrio,...)</li> <li>• Problemi di socializzazione e/o occupazionali</li> </ul> <p>Il documento dovrebbe riportare ogni deviazione da condizioni di normalità.</p>
<b>Indagini diagnostiche e Esami di laboratorio</b>	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.
<b>Assenso / Dissenso Donazione Organi</b>	OPZIONALE	Sezione concepita per documentare le volontà del paziente in materia di espianto.
<b>Esenzioni</b>	RACCOMANDATO	Eventuali codici di esenzione dal pagamento del ticket dell'assistito
<b>Reti di patologia</b>	RACCOMANDATO	Eventuali reti di patologia cui appartiene l'assistito

Tabella 43 – Sezioni PSS

- 1460 **CONF-PSS-92:** 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”)
- CONF-PSS-93:** 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-94:** Il Profilo Sanitario Sintetico **DOVREBBE** contenere una ed una sola sezione “Vaccinazioni” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.3”)
- 1465 **CONF-PSS-95:** 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”)
- CONF-PSS-96:** 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”)
- CONF-PSS-97:** 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”)
- 1470 **CONF-PSS-98:** 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”)
- CONF-PSS-99:** 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”)
- 1475 **CONF-PSS-100:** 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”)
- CONF-PSS-101:** 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”)
- CONF-PSS-102:** 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”)
- 1480 **CONF-PSS-103:** 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-104:** 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”)
- 1485 **CONF-PSS-105:** 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-106:** Il Profilo Sanitario Sintetico **PUÒ** contenere una sezione “Assenso / Dissenso Donazione Organi” (“2.16.840.1.113883.10.20.1.1”)
- 1490 **CONF-PSS-107:** Il Profilo Sanitario Sintetico **DOVREBBE** contenere una sezione “Esenzioni” (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17”)
- CONF-PSS-108:** 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

1495 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 & reazioni avverse").

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

- 1500
- 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.

1505 Possibili asserzioni da gestire all'interno di questa sezione sono:

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

1515

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

1520

La sezione è **OBBLIGATORIA**.

1525 **CONF-PSS-109:** La sezione "Allergie e Intolleranze" (LOINC: "48765-2", "Allergie & reazioni avverse") **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1".

Nell'Appendice A (vedi paragrafo 5 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".

1530 **4.3.1 Requisiti di sezione**

**CONF-PSS-110:** La sezione “Allergie e Intolleranze” (“48765-2”) **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a “Allergie e Intolleranze”.

**CONF-PSS-111:** La sezione “Allergie e Intolleranze” (“48765-2”) **DEVE** contenere almeno una `<entry>` di tipo “Allergia o Intolleranza” conforme al template “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1”.

1535

Esempio di implementazione:

```

1540 <component>
      <section>
        <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1"/>
        <id root="[ID_SEZ]"/>
        <code code="48765-2"
1545 codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
        displayName="Allergie, Reazioni Avverse"/>
        <title>Allergie e Intolleranze</title>
        <text>
          [NARRATIVE_BLOCK]
        </text>
        <!-- Molteplicità 1 ..N - Allergia o Intolleranza -->
1550 <entry>
          [ALLERGY]
        </entry>
      </section>
    </component>
1555

```

1555

Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.
[NARRATIVE_BLOCK]	descrizione testuale del contenuto di sezione.
[ALLERGY]	Descrizione dettagliata dell'Allergia o Intolleranza (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1”) si veda il paragrafo 4.3.2 –“Allergia o Intolleranza”.

Tabella 44 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze

L'assenza di allergie o reazioni allergiche conosciute **DEVE** essere esplicitamente indicata. (si veda il paragrafo 4.3.3.1 - Assenza Allergie Note)

1560 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

1565 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-112:** 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".

1570 **CONF-PSS-113:** 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".

1575 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").

1580 Il valore per <act>/<statusCode> **DEVE** essere derivato dal ValueSet ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC. Si veda il paragrafo 6.2.1.2 per i possibili valori.

In generale in un Profilo Sanitario Sintetico lo <statusCode> è di tipo "active".

L'elemento <effectiveTime> descrive l'intervallo di tempo in cui il "problema" è attivo.

1585 **CONF-PSS-114:** L'elemento <act>/<effectiveTime>/<low> **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore **DEVE** essere valorizzato con @nullflavor = "UNK"

L'elemento <act>/<effectiveTime>/<high> **DEVE** essere sempre presente quando lo <act>/<statusCode> è "completed" o "aborted"; **NON DEVE** essere presente negli altri casi.

1590 Esempio di implementazione:

```
<act classCode="ACT" moodCode="EVN">
  <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.1"/>
  <id root="[ID_SEZ]"/>
  <code nullFlavor="NA"/>
1595 <statusCode code="[STATUS_CODE]"/>
  <effectiveTime>
    <!-- RICHIESTO -->
      <low ( value="[LOW_TS]" | nullFlavor="UNK" )/>
    <!-- OPZIONALE -->
1600 <high value="[HIGH_TS]"/>
  </effectiveTime>
  <!--UNA SOLA entryRelationship -->
  <entryRelationship type="SUBJ">
    [OINT_CONCERN] | [NO_ALLERGIES]
1605 </entryRelationship>
</act>
```

Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.
[STATUS_CODE]	Stato dell'atto. Nel Profilo Sanitario Sintetico DOVREBBE essere sempre valorizzato ad "active"
[LOW_TS]	data di inizio tracciamento del problema. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = <b>UNK</b> .
[HIGH_TS]	data di fine tracciamento del problema. Non presente se stato diverso da "aborted" o "completed".
[OINT_CONCERN ]	Osservazione Intolleranza od Allergia. Si veda il paragrafo 4.3.3 - Osservazione Allergia o Intolleranza.
[NO_ALLERGIES]	elemento da utilizzare in caso di assenza di allergie note. Si veda il paragrafo 4.3.3.1 - Assenza Allergie Note

Tabella 45 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze

### 1610 4.3.3 Osservazione Allergia o Intolleranza

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:

- 1615     ▪ paragrafo 4.3.3.1 " Assenza Allergie Note"
- paragrafo 4.3.3.2 "Presenza Allergia o Intolleranza"

**CONF-PSS-115:** 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".

- 1620     **CONF-PSS-116:** L'elemento **<entryRelationship>/<observation>/<id>** **DEVE** avere molteplicità 1.

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

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

- 1630     **CONF-PSS-117:** L'elemento **<entryRelationship>/<observation>/<effectiveTime>/<low>** **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con **@nullFlavor = "UNK"**

1635 `<entryRelationship>/<observation>/<value>` è un descrittore dell'allarme, dell'allergia o della reazione avversa e **PUÒ** essere di tipo codificato o non codificato.

1640 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.

1645 Se l'attributo `<originalText>/<reference>/@value` è presente questo **DEVE** essere valorizzato con l'URI che punta alla descrizione del concetto espresso all'interno del narrative block.

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

1650 Qui di seguito sono descritte le relative regole da applicarsi per i diversi casi.  
Per descrivere la criticità di un'allergia 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.

1655 Si veda il paragrafo 4.3.3.2.3 "Criticità dell'allergia o intolleranza" per i dettagli.  
Il valore di `<entryRelationship>/@inversionInd`, in una relazione fra un'osservazione Allergia o Intolleranza e la sua criticità, **DEVE** essere "true" "2.16.840.1.113883.5.1002" ActRelationshipType STATIC.

1660 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".

Si veda il paragrafo 4.3.3.2.4 "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.

1665 Una 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 paragrafo 4.3.3.2.5 "Commenti".

1670 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

1675 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-118:** 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".

1680 **CONF-PSS-119:** Il valore dell'elemento `<observation>/<code>` **DEVE** essere OINT, derivato da ActCode STATIC ("2.16.840.1.113883.5.4").

**CONF-PSS-120:** `<observation>/<value>` **DEVE** essere valorizzato con valore derivato dal Value Set IPSNoAllergiesInfo (2.16.840.1.113883.11.22.9) DYNAMIC.

1685 Si veda 6.2.1.3 Absent or Unknown Allergies per i possibili valori.

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

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

```

1690 <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4"/>
    <!-- Alert observation template -->
    <id root="[ID_SEZ]"/>
1695 <code code="OINT" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"
    codeSystemName="ObservationIntoleranceType"
    displayName="Intolerance"/>
    <text>
        <reference value="#[REF_ALLARME]"/>
    </text>
1700 <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime>
        <low ( value="[LOW_TS]" | nullFlavor="UNK" )/>
    </effectiveTime>
1705 <value xsi:type="CD" code="no-allergy-info"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1150.1"
    codeSystemName="UnknownAllergies"
    displayName="Informazioni non note su allergie"/>
    <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..1-->
1710 <entryRelationship>
        [NOTE]
    </entryRelationship>
</observation>

```

Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.
#[REF_ALLARME]	riferimento incrociato alla descrizione dell'elemento nella parte narrativa
[LOW_TS]	data inizio stato di assenza di allergie. Se non noto valorizzare l'elemento col

	nullFlavor = <b>UNK</b> .
[NOTE]	Eventuali Note. Si veda il paragrafo 4.3.3.2.5 - Commenti

1715 *Tabella 46 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze*

### 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).

1720

**CONF-PSS-121:** 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.

1725

**CONF-PSS-122:** Il valore dell'elemento `<observation>/<code>` **DOVREBBE** essere `@code="52473-6", @codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1", @displayName="Allergia o causa della reazione"`.

**CONF-PSS-123:** Il valore dell'elemento `<observation>/<value>` **DEVE** essere derivato dal Value Set ObservationIntoleranceType DYNAMIC.

1730 I valori sono specificati in § 6.2.1.4 - **ObservationIntoleranceType**

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.

1735 Si veda il paragrafo 4.3.3.2.1 - Descrizione Agente.

**CONF-PSS-124:** 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.

1740

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.

1745 Si veda il paragrafo 4.3.3.2.2 - Descrizione Reazione.

**CONF-PSS-125:** 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).

1750

**CONF-PSS-126:** 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.

1755

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.

1760

Esempio di implementazione:

1765

```

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

```

1780

1785

1790

1795

1800 Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
--------	----------

[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.
#[REF_TXT_ALLARME]	riferimento incrociato alla descrizione dell'elemento nella parte narrativa
[LOW_TS]	data di insorgenza del problema. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = <b>UNK</b> .
[HIGH_TS]	data di risoluzione del problema. Se il problema è ancora attivo questo valore deve essere omesso.
[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 6.2.1.4).
[OBS_DESC]	Descrizione della reazione avversa. Viene valorizzato con i dati del Value Set ObservationIntoleranceType (vedi anche 6.2.1.4).
[CODED_AGENT]	Descrizione agente (codificata). Si veda il paragrafo 4.3.3.2.1.1 - Descrizione Agente (Codificato).
[UNCODED_AGENT]	Descrizione agente (non codificata). Si veda il paragrafo 4.3.3.2.1.2 - Descrizione Agente (Non Codificato)
[CODED_REACTION]	Descrizione reazione (codificata). Si veda il paragrafo 4.3.3.2.2.1 - Descrizione Reazioni Codificata.
[UNCODED_REACTION]	Descrizione reazione (non codificata). Si veda il paragrafo 4.3.3.2.2.2 - Descrizione Reazioni Non Codificata.
[CRITICALITY]	Descrizione reazione (non codificata). Si veda il paragrafo 4.3.3.2.2.2 - Descrizione Reazioni Non Codificata.
[STATO_ALLERGIA]	Indicazione dello stato clinico del problema rilevato. Si veda il paragrafo 4.3.3.2.4 - Stato dell'allergia.
[NOTE]	Eventuali Note. Si veda il paragrafo 4.3.3.2.5 - Commenti.

Tabella 47 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze

#### 4.3.3.2.1 Descrizione Agente

L'allergia ad un agente (sia esso un farmaco o no) viene descritta attraverso una **<observation>** che **DEVE** contenere almeno un elemento di tipo **<participant>**, che 1805 riferenzia la sostanza scatenante all'interno di un elemento **<playingEntity>**.

Tale soluzione è da utilizzarsi anche nel caso in cui la sostanza non sia un manufatto, o anche nel caso in cui non sia un elemento (e.g luce) ("The agent responsible for an allergy or adverse reaction is not always a manufactured material, nor is it necessarily consumed. The following constraints reflect limitations in the base CDA R2 specification, and should be 1810 used to represent any type of responsible agent.")

Sebbene la struttura consenta di utilizzare l'elemento **<translation>** per referenziare quasi sinonimi dell'agente in altri schemi di codifica, l'uso di questo elemento deve essere fatto solo nei casi in cui realmente si tratti di mappare la stessa informazione su due schemi diversi sullo stesso atto. Per esempio nell'esempio sopra riportato "Intolleranza a 1815 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>`.

1820 Se l'agente che ha causato la reazione allergica non è noto, allora si utilizzerà un `@nullFlavor` valorizzato con "UNK".

**CONF-PSS-127:** 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>`.

1825 **4.3.3.2.1.1 Descrizione Agente (Codificato)**

**CONF-PSS-128:** 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).

1830

**CONF-PSS-129:** Il valore per `<participant>/<participantRole>/<playingEntity>/<code>` - per le allergie non a farmaci - **DOVREBBE** essere selezionato dal value set IPSNoAllergiesInfo (2.16.840.1.113883.11.22.9) DYNAMIC.

1835 Per il value set si veda il paragrafo 6.2.1.3 "Absent or Unknown Allergies".

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.

Esempio di implementazione:

```

1840 <participant typeCode="CSM">
      <participantRole classCode="MANU">
        <playingEntity classCode="MMAT">
          <code code="[COD_AGENTE]" codeSystem="[COD_SYS_AGENT]"
1845         codeSystemName="[DESC_COD_SYS_AGENT]"
          displayName="[DESC_AGENTE]">
            <originalText>
              .
              <reference value="#[REF_AGENT]" />
            </originalText>
          </code>
        </playingEntity>
1850      </participantRole>
    </participant>
  
```

Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[COD_AGENTE]	Se applicabile, codice dell'agente scatenante.
[COD_SYS_AGENT]	OID dello schema di codifica utilizzato per indicare gli agenti.
[DESC_COD_SYS_AGENT]	Descrizione del sistema di codifica utilizzato
[DESC_AGENTE]	Descrizione dell'agente scatenante

#[REF_AGENT]	Riferimento incrociato alla descrizione dell'agente nella parte narrativa
--------------	---

1855 *Tabella 48 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze*

#### 4.3.3.2.1.2 Descrizione Agente (Non Codificato)

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

1860

**CONF-PSS-130:** Il valore per `<participant>/<participantRole>/<playingEntity>/<code>` DEVE avere valorizzato solo l'attributo @nullFlavor = "NI".

**CONF-PSS-131:** `<participant>/<participantRole>/<playingEntity>/<code>` DEVE includere un elemento `<originalText>/<reference>` che riporta un riferimento alla descrizione dell'agente nel Narrative Block.

1865

Esempio di implementazione:

```
<participant typeCode="CSM">
  <participantRole classCode="MANU">
    <playingEntity classCode="MMAT">
      <code nullFlavor="NI">
        <originalText>
          <reference value="#[REF_AGENT]"/>
        </originalText>
      </code>
    </playingEntity>
  </participantRole>
</participant>
```

1870

1875

1880 Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
#[REF_AGENT]	riferimento incrociato alla descrizione dell'agente nella parte narrativa

*Tabella 49 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze*

#### 4.3.3.2.2 Descrizione Reazione

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

1885

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

1. "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1" nel caso di reazioni codificate (Si veda il paragrafo 4.3.3.2.2.1 "Descrizione Reazioni Codificate")

1890

2. “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2” nell’altro caso (Si veda il paragrafo 4.3.3.2.2.2 “Descrizione Reazioni Non Codificata”)

1895

**CONF-PSS-132:** Il valore di `<observation>/<code>` **DEVE** essere `@code="75321-0"`, `@displayName="Obiettività Clinica"`, `@codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"`.

1900

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.

1905

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.

#### 4.3.3.2.2.1 Descrizione Reazioni Codificata

1910

**CONF-PSS-133:** 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”.

**CONF-PSS-134:** Il valore di `<observation>/<value>` **DOVREBBE** essere derivato dai Value Set ReazioniIntolleranza\_PSSIT DYNAMIC per le reazioni da intolleranza, o dal Value Set ReazioniAllergiche\_PSSIT DYNAMIC per le reazioni allergiche.

1915

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.

Esempio di implementazione:

1920

```
<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 root="[ID_SEZ]"/>
    <text>
      <reference value="#[REF_TXT_REAZ]"/>
    </text>
    <code code="75321-0"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
      displayName="Obiettività Clinica"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime>
      <low ( value="[LOW_TS]" | nullFlavor="UNK" ) />
      <!--OPZIONALE -->
      <high value="[HIGH_TS]" />
    </effectiveTime>
    <value xsi:type="CD" code="[COD_REAZ]"
```

1930

```

1935     codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103"]"
         codeSystemName="ICD-9CM (diagnosis codes)"
         displayName="[DESC_REAZ]">
           <originalText>
1940             <reference value="#[REF_REAZ]"/>
           </originalText>
         </value>
       </observation>
     </entryRelationship>

```

Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.
#[REF_TXT_REAZ]	Riferimento incrociato alla descrizione dell'elemento nella parte narrativa.
[LOW_TS]	Data di insorgenza del problema. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = <b>UNK</b> .
[HIGH_TS]	Data di risoluzione del problema. Se il problema è ancora attivo questo valore deve essere omesso.
[COD_REAZ]	Codice della reazione secondo la codifica <b>ICD9-CM</b>
[DESC_REAZ]	Descrizione della reazione secondo la codifica <b>ICD9-CM</b>
#[REF_REAZ]	Riferimento incrociato alla descrizione della reazione nella parte narrativa

1945 *Tabella 50 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze*

#### 4.3.3.2.2 Descrizione Reazioni Non Codificata

**CONF-PSS-135:** 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".

1950 Esempio di implementazione:

```

<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 root="[ID_SEZ]" />
1955    <code code="5321-0"
         codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
         displayName="Clinical finding"/>
    <text>
1960      <reference value="#[REF_TXT_OBS]"/>
    </text>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime>
      <low ( value="[LOW_TS]" | nullFlavor="UNK" ) />
      <!--OPZIONALE -->
1965      <high value="[HIGH_TS]" />
    </effectiveTime>
    <value xsi:type="CD" >
      <originalText>
1970        <reference value="#[REF_OBS]"/>
      </originalText>
    </value>
  </observation>
</entryRelationship>

```

```
</observation>
</entryRelationship>
```

1975 Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.
#[REF_TXT_OBS]	Riferimento incrociato alla descrizione dell'elemento nella parte narrativa
[LOW_TS]	Data di insorgenza del problema. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = <b>UNK</b> .
[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

Tabella 51 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze

#### 4.3.3.2.3 Criticità dell'allergia o intolleranza

1980 Il grado di criticità di un'allergia o di un'intolleranza è indicato utilizzando un elemento conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.3".

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

- 1985 **CONF-PSS-136:** 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-137:** L'elemento `<observation>/<value>` **DEVE** essere sempre un valore codificato ( `@xsi:type='CD'` ).
- 1990 **CONF-PSS-138:** 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.

1995 Se presente, l'attributo `<observation>/<text>/<reference>/@value` **DEVE** essere valorizzato con l'URI che punta alla descrizione della severità nel narrative block della sezione

Esempio di implementazione:

```
2000 <entryRelationship typeCode="SUBJ" inversionInd="true">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.3" />
    <code code="SEV"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4" codeSystemName="ActCode"
      displayName="Criticality"/>
    <text>
```

```

2005         <reference value="#"[REF_CRI]"/>
</text>
<statusCode code="completed"/>
<value xsi:type="CD" code="[COD_CRITICITA]"
codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1063"
codeSystemName="ObservationValue" displayName="[DESC_CRITICITA]"/>
2010 </observation>
</entryRelationship>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
#[REF_CRI]	Riferimento incrociato alla descrizione dello criticità dell'allergia o intolleranza nella parte narrativa.
[COD_CRITICITA]	Il campo può essere valorizzato con i seguenti valori: High (H), Moderate (M) e Low (L)
[DESC_CRITICITA]	Descrizione della criticità dell'allergia

Tabella 52 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze

2015 **4.3.3.2.4 Stato dell'allergia**

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

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

2020 **CONF-PSS-139:** Lo stato di un problema o di un allarme **DEVE** essere rappresentato attraverso una `<observation>` conforme al template "TemplateStatoProblema" "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6".

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

2025 I possibili stati clinici di un problema (`<observation>/<value>/@code`) **DEVONO** essere selezionati dal Value Set StatoClinicoAllergia\_PSSIT DYNAMIC. Vedi 6.2.1.11 StatoClinicoAllergia.

2030 **CONF-PSS-140:** L'elemento `<observation>/<value>/@code` che esprime lo stato clinico di un problema **DEVE** essere selezionato dal Value Set StatoClinicoAllergia\_PSSIT DYNAMIC.

Segue un esempio di implementazione:

```

2035 <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"

```

2040

```
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC
displayName="Stato"/>
```

```
<text>
  <reference value="#[REF_STATO]"/>
</text>
```

2045

```
<statusCode code="completed"/>
<value xsi:type="CE" code="[COD_STATO]"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" displayName="[DESC_STATO]"/>
```

```
</observation>
</entryRelationship>
```

2050 Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
#[REF_STATO]	Riferimento incrociato alla descrizione dello stato nella parte narrativa
[COD_STATO]	Codice stato clinico
[DESC_STATO]	Descrizione stato clinico

Tabella 53 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze

#### 4.3.3.2.5 Commenti

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

2055 "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7".

**CONF-PSS-141:** 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".

2060 Esempio di implementazione:

```
<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'
codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1'
codeSystemName='LOINC' displayName='Annotation Comment' />
    <text>
      <reference value='#[REF_COMMENTI]'/>
    </text>
    <statusCode code='completed' />
  </act>
</entryRelationship>
```

2065

2070

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
#[REF_COMMENTI]	Riferimento incrociato al testo presente nella parte narrativa

2075 Tabella 54 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Allergie e Intolleranze

## 4.4 Terapie Farmacologiche (Medications)

2080 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".

2085 Esempi di asserzioni sono :

Terapie Continuative:

- Nitrodur Mg 10\*15cer 10mg/24h (dalle 8 alle 22)
- Moduretic\*20cpr 5/50mg (1 la settimana)
- Tenormin\*14cpr 100mg (una la mattina)
- 2090 • Dilzene\*50cpr 60mg R.M. (una ogni otto ore)

La sezione è **OBBLIGATORIA**.

2095 **CONF-PSS-142:** La sezione "Terapie Farmacologiche" (LOINC: "10160-0", "Storia di uso di farmaci") **DEVE** includere un identificativo del template di sezione valorizzato a "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2".

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

### 4.4.1 Requisiti di sezione

2100 **CONF-PSS-143:** La sezione "Terapie Farmacologiche" ("10160-0") **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a "Terapie Farmacologiche".

2105 **CONF-PSS-144:** 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-145:** 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:

```
2110 <component>
      <section>
        <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.2' />
        <id root='[ID_SEZ]' />
      </section>
    </component>
```

```

2115     <code code='10160-0'
        codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC'
        displayName='HISTORY OF MEDICATION USE' />
        <title>Terapie Farmacologiche</title>
        <text>
2120     [NARRATIVE_BLOCK]
        </text>
        <!-- molteplicità 1 ..N - Descrizione Terapia Farmacologica -->
        <entry>
        [MEDICATION] | [NO_MEDICATION]
        </entry>
2125     </section>
    </component>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.
[NARRATIVE_BLOCK]	Descrizione testuale del contenuto di sezione.
[MEDICATION]	Dettaglio Terapia Farmacologica (Si veda il paragrafo 4.4.2)
[NO_MEDICATION]	Indicazione Assenza Terapie Note (Si veda il paragrafo 4.4.4)

Tabella 55 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Terapie Farmacologiche

## 2130 4.4.2 Terapia

Le informazioni relative all'attività di somministrazione dei farmaci sono fornite attraverso una `<substanceAdministration>` ("2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1").

**CONF-PSS-146:** Un elemento di tipo "Terapia" **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di `<templateId>`: "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1".

2135 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).

2140 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>`.

**CONF-PSS-147:** Il valore per `<substanceAdministration>/<statusCode>` **DEVE** essere derivato dal ValueSet ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted **STATIC**.

2145 Si veda il paragrafo 6.2.1.2 per i possibili valori.

**CONF-PSS-148:** 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”.

2150 Un primo elemento **OBBLIGATORIO** `<substanceAdministration>/<effectiveTime>` descrive l'intervallo di tempo in cui si propone la somministrazione della terapia.

**CONF-PSS-149:** L'elemento `<substanceAdministration>/<effectiveTime>/<low>` **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore **DEVE** essere valorizzato con `@nullflavor = “UNK”`.

2155 **CONF-PSS-150:** L'elemento `<substanceAdministration>/<effectiveTime>/<high>` **DEVE** essere sempre presente quando lo `<substanceAdministration>/<statusCode>` è “completed” o “aborted”; **NON DEVE** essere presente negli altri casi.

- Un secondo elemento **OPZIONALE** `<effectiveTime>` **PUÒ** descrivere l'informazione associata all'assunzione di un farmaco (e.g due volte al giorno, prima dei pasti, etc). (si veda Tabella 56 Posologia - Frequenza)
- Un elemento **OBBLIGATORIO** `<routeCode>` che descrive le informazioni inerenti alla via di somministrazione.

2165 **CONF-PSS-151:** L'elemento `<substanceAdministration>/<routeCode>` dove l'attributo `@code` **PUÒ** essere valorizzato secondo il Value Set “HL7 RouteOfAdministration” (si veda 0).

- Un elemento `<approachSiteCode>` all'interno del quale viene specificato il sito anatomico in cui viene somministrato il farmaco (e.g: braccio sinistro)

**CONF-PSS-152:** L'attributo `@code` **PUÒ** essere valorizzato secondo il Value Set “ActSite” (si faccia riferimento a 6.2.1.30 per i possibili valori).

- Le informazioni circa la posologia **POSSONO** essere arricchite tramite l'elemento **OPZIONALE** `<doseQuantity>`, usato per indicare la dose del farmaco che **DEVE** essere somministrata (e.g 1 fiala; 30 mg; ...).

2175 **CONF-PSS-153:** Tale elemento **NON DEVE** essere usato per indicare la quantità delle confezioni da fornire al paziente e **DEVE** essere strutturato nella forma `<low value=' ' unit=' '/>` e `<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 `@unit` non deve essere usato.

- La frequenza di erogazione ovvero la velocità con cui viene somministrato il farmaco (e.g: 20mL/2h) **PUÒ** essere specificata all'interno dell'elemento **OPZIONALE** `<rateQuantity>`.

**CONF-PSS-154:** **DEVE** essere strutturato nella forma `<low value=' ' unit=' '/>` e `<high value=' ' unit=' '/>`. Se non si tratta di un range si usano due valori `<low>` ed `<high>` coincidenti. Se indicate, le unità di misura sono derivate dal vocabolario *HL7 UnitsOfMeasureCaseSensitive*

2185 Nella tabella seguente alcuni esempi di uso in base alla frequenza.

Codice	Descrizione	Rappresentazione XML
b.i.d.	Due volte il giorno	<code>&lt;effectiveTime xsi:type='PIVL_TS' institutionSpecified='true' operator='A'&gt;</code>

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

Tabella 56 Posologia - Frequenza

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>`.

```

2190     <substanceAdministration>
           <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1" />
           <id root=' [ID_SEZ]' />
           <text>
2195             <reference value="# [REF_MED]" />
           </text>
           <!-- Periodo di inizio e fine della terapia (OBBLIGATORIO)-->
           <!-- Se non noto deve essere valorizzato a UNK -->
           <statusCode code="COMPLETED|ABORTED"/>
           <effectiveTime>
2200             <low value="[DT_INIZIO_TERAPIA]" | nullFlavor="UNK"/>
             <high value="[DT_FINE_TERAPIA]" | nullFlavor="UNK"/>
           </effectiveTime>

```

```

2205 <!-- Posologia - es. 2 volte al giorno (OPZIONALE)-->
<effectiveTime operator="A" xsi:type="PIVL_TS" institutionSpeci-
fied="true">
    <period value="12" unit="h" />
</effectiveTime>
2210 <!-- Via di somministrazione (OPZIONALE)-->
<routeCode code="[COD_VIA_SOMMINISTRAZIONE]" codeSy-
stem="2.16.840.1.113883.5.112" codeSystemName=" HL7 RouteOfAdmini-
stration" displayName="[DESC_VIA_SOMMINISTRAZIONE]"/>
<!--Sito di somministrazione (OPZIONALE)-->
2215 <approachSiteCode code="[COD_SITO]" codeSystem="[OID_CODESY-
STEM_SITE]" codeSystemName[DESC_CODESYSTEM_SITE]" display-
Name="[DESC_SITO]"/>
<!-- Dose (OPZIONALE)-->
<doseQuantity>
    <low value="[DOSE_MIN]" unit="[UNITÀ_DOSE]"/>
2220 <high value="[DOSE_MAX]" unit="[UNITÀ_DOSE]"/>
</doseQuantity>
<!--Frequenza di erogazione (OPZIONALE)-->
<rateQuantity>
    <low value="[FREQ_MIN]" unit="[UNITÀ_FREQ]"/>
2225 <high value="[FREQ_MAX]" unit="[UNITÀ_FREQ]"/>
</rateQuantity>
<!-- ATC / AIC / GE-->
<consumable>
    <manufacturedProduct classCode="MANU">
2230 <!--Dettagli del Farmaco-->
    </manufacturedProduct>
    </consumable>
</substanceAdministration>

```

Nella seguente tabella viene riportata la definizione delle pseudo variabili utilizzate

Valore	Dettagli
[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 farmacologica nella parte narrativa.
[DT_INIZIO_TERAPIA]	Data inizio terapia farmacologica.
[DT_FINE_TERAPIA]	Data fine terapia farmacologica.
[COD_VIA_SOMMINISTRAZIONE]	Codice relativo alla via di somministrazione.
[DESC_VIA_SOMMINISTRAZIONE]	Descrizione relativa alla via di somministrazione.
[COD_SITO]	Codice che descrive il sito di somministrazione.
[OID_CODESYSTEM_SITE]	OID del sistema di codifica utilizzato.
[DESC_CODESYSTEM_SITE]	Descrizione del sistema di codifica utilizzato.
[DESC_SITO]	Descrizione del sito di somministrazione.
[DOSE_MIN]	Dose minima
[UNITÀ_DOSE]	Unità dose
[DOSE_MAX]	Dose massima

[FREQ_MIN]	Frequenza minima
[UNITÀ_FREQ]	Unità frequenza

Tabella 57 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Terapie Farmacologiche

## 2235 4.4.3 Dettagli Farmaco

Le informazioni di dettaglio relative al farmaco sono descritte attraverso un `<product>` (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2”).

2240 **CONF-PSS-155:** 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”.

2245 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.

2250 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.

2255 È possibile riportare il dosaggio (“strenght”) del farmaco e la sua forma farmaceutica (“pharmaceutical dose form”) tramite gli elementi opzionali del `<manufacturedMaterial>` indicati nelle specifiche dell’International Patient Summary (IPS) che sfruttano un’estensione allo schema del CDA.

Il templateId del `<manufacturedMaterial>` IPS è “2.16.840.1.113883.10.22.4.3”.

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

2260 Nel contesto italiano, il dosaggio del farmaco e la sua forma farmaceutica sono implicitamente espresse attraverso il codice AIC dello stesso.

**CONF-PSS-156:** Ogni elemento `<substanceAdministration>/<consumable>/<manufacturedProduct>/<manufacturedMaterial>` **DEVE** avere l'elemento `<manufacturedMaterial>/<code>` valorizzato come segue:

- 2265 • **@code (OBBLIGATORIO)**. Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere uno dei valori previsti nel catalogo nazionale di codifica ATC, AIC o GE;
- 2270 • **@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"
- 2275 • **@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.

2280 **CONF-PSS-157:** 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:

```

2285 <consumable>
      <manufacturedProduct>
        <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2' />
        <manufacturedMaterial>
          <code code="[COD_AIC]"
2290         codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5"
          codeSystemName="AIC" displayName="[DESC_AIC]">
            <originalText>
              <reference value='#[REF_FARM]' />
            </originalText>
            <!--OPZIONALE -->
2295         <translation code="[COD_ATC]"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.6.73"
          codeSystemName="ATC" displayName="[DESC_ATC]" />
        </code>
      </manufacturedMaterial>
2300 </manufacturedProduct>
    </consumable>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[COD_AIC]	codice AIC del farmaco somministrato/prescritto
[DESC_AIC]	descrizione AIC del farmaco somministrato/prescritto

#[REF_FARM]	riferimento incrociato alla descrizione del prodotto all'interno della parte narrativa
[COD_ATC]	codice ATC del farmaco somministrato/prescritto
[DESC_ATC]	descrizione ATC del farmaco somministrato/prescritto

Tabella 58 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Terapie Farmacologiche

#### 2305 4.4.4 Indicazione Assenza Terapie note

L'assenza di terapie note **PUÒ** essere esplicitamente indicata valorizzando il `<substanceAdministration>/<code>` secondo il Value Set IPSNoMedsInfo (si veda paragrafo 6.2.1.12 per i possibili valori).

2310 Nessun altro elemento della `<substanceAdministration>` andrà valorizzato. Gli elementi obbligatori potranno essere valorizzati con l'opportuno `@nullFlavor`.

Tale condizione viene rappresentata dal template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3".

**CONF-PSS-158:** 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".

2315 **CONF-PSS-159:** Il valore dell'elemento `<substanceAdministration>/<code>` **DEVE** essere derivato dal value set IPSNoMedsInfo (2.16.840.1.113883.11.22.15 ) DYNAMIC.

Per i valori vedi § 6.2.1.12 Absent or Unknown Medication

2320 Sulla base delle considerazioni espresse, segue un esempio dell'elemento:

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

2330 Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.
[COD_ASSENZA]	Codice relativo all'assenza di terapie note.
[DESC_ASSENZA]	Descrizione relativa all'assenza di terapie note.
#[REF_MED]	Riferimento incrociato alla descrizione della terapia nella parte narrativa

Tabella 59 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Terapie Farmacologiche

## 4.5 Vaccinazioni (Immunizations)

2335 Tutte le informazioni relative allo stato attuale di immunizzazione (vaccinazioni) del paziente e alle vaccinazioni effettuate dal MMG/PLS a cui il paziente si è sottoposto in passato devono essere descritte all'interno della sezione individuata dal codice LOINC "11369-6" ("Storia di immunizzazioni").

Esempio di uso:

2340 10/05/2007 Febbre Gialla (Viaggio in Indonesia). Lotto: 356/B/123456  
11/02/2005 Tetano 2 (IMOVAXTETANO\*1SIR 0,5 ml) (AIC 026171013)  
13/06/2007 DIFTERITE/TETANO

Le informazioni gestite per indicare i dettagli della vaccinazione saranno:

- 2345
- Nome Vaccino (Obbligatorio)
  - Numero Richiamo (se indicato)
  - Periodo di copertura
  - Data Somministrazione (Obbligatorio)
  - Farmaco Utilizzato (codice AIC)
- 2350
- Lotto Vaccino
  - Eventuale Reazione
  - Note

2355 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.

2360 **CONF-PSS-160:** La sezione "Vaccinazioni" (LOINC: "11369-6", "Storia di immunizzazioni") **DEVE** includere un identificativo del `<templated>` 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".

### 4.5.1 Requisiti di Sezione

2365 Per veicolare le informazioni relative alle vaccinazioni si usa preferenzialmente l'elemento `<substanceAdministration>` facendo riferimento all'effettiva somministrazione del farmaco.

**CONF-PSS-161:** La sezione “Vaccinazioni” (“11369-6”) **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a “Vaccinazioni”.

2370 **CONF-PSS-162:** 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:

```
2375 <component>
      <section>
        <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.3 />
        <id root="[ID_SEZ]"/>
        <code code="11369-6"
2380 codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
        displayName="Storia di immunizzazioni"/>
        <title>Vaccinazioni</title>
        <text>
          [NARRATIVE_BLOCK]
2385 </text>
        <!-- molteplicità 1 ..N - Immunization element -->
        <entry>
          [IMM_ITEM]
2390 </entry>
      </section>
    </component>
```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[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') Si veda il paragrafo 4.5.2 - Vaccinazione

Tabella 60 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Vaccinazioni

2395

## 4.5.2 Vaccinazione

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

2400 **CONF-PSS-163:** L'elemento di tipo Vaccinazione **DEVE** includere almeno il seguente identificativo di template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.1”.

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

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

2405

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

2410 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").

**CONF-PSS-164:** 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".

Il sotto-elemento `<routeCode>` riporta la via di somministrazione del vaccino mentre il `<consumable>` dettaglia la codifica del farmaco somministrato.

2415 Inoltre, è possibile fornire informazioni aggiuntive relative alla vaccinazione, come ad esempio il numero di dosi, 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.

2420 Per descrivere il **numero della dose** viene utilizzato all'interno dell'elemento `<entryRelationship>` il template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4" di cui viene fornita una descrizione nel paragrafo 4.5.3.2 - Numero della dose.

**CONF-PSS-165:** 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").

2425 Per descrivere il **periodo di copertura** di una vaccinazione **PUÒ** essere utilizzato all'interno dell'elemento `<entryRelationship>` il template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.3". Si veda il paragrafo 4.5.3.1 per i dettagli.

2430 **CONF-PSS-166:** 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").

2435 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").

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.

2440 Si veda il paragrafo 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".

2445 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 paragrafo 4.3.3.2.5 - Commenti.

Per indicare che una specifica vaccinazione non è stata eseguita è necessario inserire un `<entryRelationship>` "Comment" che dettaglia il motivo della mancata vaccinazione.

Il valore di `<entryRelationship>/@typeCode` in una relazione fra una Vaccinazione ed i suoi commenti ("2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7") **DEVE** essere "SUBJ"  
2450 "2.16.840.1.113883.5.1002" *ActRelationshipType* STATIC.

Sulla base delle considerazioni espresse, segue un esempio:

```

2455 <substanceAdministration classCode="SBADM" moodCode="INT|EVN">
  <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" codeSystem-
Name="ActCode"/>
  <text>
2460     <reference value="#[REF_DESC_VACC]" />
  </text>
  <statusCode code="completed"/>
  <!-- Obbligatorio indica la data della vaccinazione -->
  <!-- Se non noto deve essere valorizzato a UNK -->
2465 <effectiveTime value="[DATA_VACC]" | nullFlavor="UNK" />
  <!--OPZIONALE -->
  <routeCode [COD_VIA_SOMM] / >
  <consumable>
    [VACCINO]
2470 </consumable>
  <!-- Elemento Opzionale indica il numero della dose -->
  <entryRelationship>
    [NUMERO_DOSE]
  </entryRelationship>
2475 <!-- Elemento Opzionale indica il periodo di copertura -->
  <entryRelationship>
    [COPERTURA]
  </entryRelationship>
  <!-- Elemento Opzionale indica reazioni avverse -->
2480 <entryRelationship>
    [REAZIONI]
  </entryRelationship>

  <!-- Elemento Opzionale Opzionali Note -->
2485 <entryRelationship>
    [NOTE]
  </entryRelationship>

</substanceAdministration>

```

2490

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	ID Unico della sezione (data type HL7 II)
#[REF_DESC_VACC]	Riferimento incrociato alla descrizione dell'intero elemento (vaccinazione) all'interno della parte narrativa
[DATA_VACC]	Data della vaccinazione

[COD_VIA_SOMM]	Codifica via di somministrazione. Da vocabolario HL7 RouteOfAdministration
[VACCINO]	Vaccino somministrato. Per dettagli si veda il paragrafo 4.5.3 - Dettagli Vaccino
[NUMERO_DOSE]	numero del richiamo. Per dettagli si veda il paragrafo 4.5.3.2 - Numero della dose
[COPERTURA]	Periodo di copertura del vaccino in base. Per dettagli si veda il paragrafo 4.5.3.1.
[REAZIONI]	Descrizione delle possibili reazioni. Per dettagli si veda il paragrafo 4.3.3.2.2 - Descrizione Reazione
[NOTE]	Eventuali Note. Si veda il paragrafo 4.3.3.2.5 - Commenti

Tabella 61 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Vaccinazioni

### 4.5.3 Dettagli Vaccino

2495 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".

**CONF-PSS-167:** 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".

2500

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

2505 L'elemento `<manufacturedMaterial>/<code>` descrive il tipo di vaccino somministrato. Opzionalmente è possibile indicare il codice ATC del farmaco usato utilizzando l'elemento `translation`.

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

2510 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.

2515 **CONF-PSS-168:** Se disponibile il codice prodotto AIC del farmaco, ogni elemento `<manufacturedProduct>/<manufacturedMaterial>` **DEVE** avere l'elemento `<manufacturedProduct>/<manufacturedMaterial>/<code>` valorizzato come segue:

- **@code (OBBLIGATORIO).** Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere uno dei valori previsti nel catalogo nazionale di codifica dei farmaci AIC;
- 2520 • **@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";
- 2525 • **@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.

2530 **CONF-PSS-169:** Inoltre, `<manufacturedMaterial>/<code>` **PUÒ** gestire la componente `<translation>` le cui componenti **DOVREBBERO** essere valorizzate come segue:

- **@code (OBBLIGATORIO).** Tale attributo di tipo ST (Character String) **DEVE** assumere uno dei valori previsti nel dizionario internazionale di codifica ATC;
- 2535 • **@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";
- 2540 • **@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).

2545 In base a tali vincoli la struttura usata per veicolare le informazioni relative alla vaccinazione è la seguente:

```

2550 <consumable typeCode='CSM'>
    <manufacturedProduct classCode='MANU'>
        <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.2' />
        <manufacturedMaterial classCode='MMAT' determinerCode='KIND'>
            <code code='[COD_VACC_AIC]'
                codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5"
                codeSystemName='AIC'
                displayName=' [DESC_VACC]' />
2555 <!-- OPZIONALE: se è noto il codice ATC del farmaco viene passato così -->
            <translation code='[COD_FARM_ATC]'
                codeSystem="2.16.840.1.113883.6.73"

```

```

2560         codeSystemName='ATC'
              displayName=' [DESC_FARM]'>
                <originalText>
                  <reference value='#[REF_FARMACO]'/>
                </originalText>
              </translation>
OR
2565 <!-- IN ASSENZA DI CODIFICA DEFINITA USARE la seguente soluzione -->
              <code nullFlavor='OTH'>
                <originalText>
                  <reference
2570                     value='#[REF_DESC_VACCINO]'/>
                </originalText>
              </code>
              <lotNumberText>
                [LOTTO_VACCINO]
              </lotNumberText>
2575 </manufacturedMaterial>
      </manufacturedProduct>
    </consumable>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[COD_VACC_AIC]	Codice AIC del vaccino. Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5 (Nota: manca al momento una codifica condivisa dei vaccini)
[DESC_VACC]	Descrizione del vaccino somministrato. Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5
[COD_FARM_ATC]	Codice ATC del farmaco usato per la vaccinazione. Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.6.73
[DESC_FARM]	Descrizione del farmaco usato per la vaccinazione. Dominio di riferimento: 2.16.840.1.113883.6.73
#[REF_FARMACO]	Riferimento incrociato alla descrizione del farmaco usato per la vaccinazione all'interno della parte narrativa
#[REF_DESC_VACCINO]	Riferimento incrociato alla descrizione del vaccino all'interno della parte narrativa
[LOTTO_VACCINO]	Lotto del vaccino.

Tabella 62 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Vaccinazioni

#### 4.5.3.1 Periodo di copertura

2580 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".

- 2585 **CONF-PSS-170:** 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".
- CONF-PSS-171:** Il valore di <observation>/<code> **DEVE** essere @code = "59781-5", @displayName = "Validità della dose", @codeSystem = "2.16.840.1.113883.6.1" LOINC STATIC.
- 2590 **CONF-PSS-172:** Il valore per <observation>/<statusCode>/ @code **DEVE** essere valorizzato con "completed".
- CONF-PSS-173:** L'elemento **OBLIGATORIO** <observation>/<value> **DEVE** essere un intervallo di tempo (IVL\_TS), di cui l'elemento <value>/<high>/@value **DEVE** essere presente.

Esempio di implementazione:

2595 <!--OPZIONALE PERIODO DI COPERTURA -->

<entryRelationship typeCode="REFR">

2600 <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"/>

2605 <statusCode code="completed"/>

<value xsi:type="IVL\_TS">

<high value="[VAL\_COP\_VACC]"/>

</value>

</observation>

</entryRelationship>

2610 Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[VAL_COP_VACC]	Periodo di copertura del vaccino in base, espresso come data di scadenza della copertura.

Tabella 63 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Vaccinazioni

#### 4.5.3.2 Numero della dose

2615 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".

2620 **CONF-PSS-174:** 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”*.

2625 L'elemento `<observation>/<value>` **DEVE** essere sempre un intero (`@xsi:type='INT'`). L'attributo `@value` **DEVE** essere presente.

```

2630     <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"
                codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
                codeSystemName="LOINC" displayName="Numero dose" />
            <statusCode code="completed"/>
            <value xsi:type="INT" value="[NUM_RICHIAMO]"/>
2635     </observation>
    </entryRelationship>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[NUM_RICHIAMO]	Numero del richiamo

Tabella 64 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Vaccinazioni

## 4.6 Lista dei Problemi (Problems)

2640 Questa sezione riporta la lista dei problemi clinici, i sospetti diagnostici e le diagnosi certe, i sintomi attuali o passati, le liste delle malattie pregresse e gli organi mancanti che il medico titolare dei dati del paziente, fra tutti i problemi presenti nella cartella informatizzata, ritiene significativi per riassumere la storia clinica e la condizione attuale dell'assistito.

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

2645 In questa sezione andranno pertanto rappresentati almeno i seguenti item:

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

2650

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

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

Organi Mancanti

2655       • Organi mancanti: gamba destra

Note di Storia Clinica

- NOTA generale: fin da piccola era cagionevole di salute

Patologie

- BRONCHITE ASMATICA (2008 Apr)
- 2660   • DIABETE MELLITO (2008 Apr)
- BRONCHITE CRONICA OSTRUTTIVA (2008 Apr)
- IPERTENSIONE ARTERIOSA (1997)
- ANGINA PECTORIS (1997)

Patologie remote

2665       • K CUTANEO (1997)

Le informazioni che si intende inserire nella sezione "Problemi" devono essere riportate sul CDA-PSS come `<act>/<entryRelationship>/<observation>` secondo il loro rilievo clinico.

2670 La sezione è **OBBLIGATORIA**.

**CONF-PSS-175:** 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".

2675 **4.6.1 Requisiti di sezione**

**CONF-PSS-176:** La sezione “Lista dei Problemi” (“11450-4”) **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a “*Lista dei Problemi*”.

**CONF-PSS-177:** 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”.

2680

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

```

2685 <component>
      <section>
        <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.4"/>
        <id root="[ID_SEZ]"/>
        <code code="11450-4"
2690 codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
        displayName="Lista dei Problemi"/>
        <title>Lista dei Problemi</title>
        <text>
          [NARRATIVE_BLOCK]
        </text>
        <!-- Problem Concern Entry element [1..*]-->
2695 <entry>
          [PROBLEM_ACT]
        </entry>
        <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità [0..1]-->
2700 [NOTE]
      </section>
    </component>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.
[NARRATIVE_BLOCK]	Descrizione testuale del contenuto di sezione
[PROBLEM_ACT]	Problem, inteso nella sua accezione più generale (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1”). Si veda il paragrafo 4.6.2 - Problema
[NOTE]	Eventuali Note. Si veda il paragrafo 4.6.3.4 - Note e Commenti

Tabella 65 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Lista Problemi

2705

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

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

2710

## 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”).

2715 Un organo mancante, un trapianto, una patologia cronica, una malformazione vengono rappresentati come “Problema”.

**CONF-PSS-178:** 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”.

2720 **CONF-PSS-179:** Un elemento di tipo “Problema” **DEVE** includere almeno una `<entryRelationship>/<observation>` “Dettagli Problema”, conforme al seguente template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.2”

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

Il valore per `<act>/<statusCode>` **DEVE** essere derivato dal ValueSet ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC. Si veda il paragrafo 6.2.1.2.

2725 In generale in un Profilo Sanitario Sintetico lo `<statusCode>` è di tipo “active”.

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

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

2730 **CONF-PSS-180:** 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.

2735 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 paragrafo 4.6.3.5 - Riferimenti Interni.

2740 **CONF-PSS-181:** 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:

```

2745 <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>
2750     <low ( value="[LOW_TS]" | nullFlavor="UNK" )/>
    <!-- OPZIONALE -->
    <high nullFlavor="[HIGH_TS]"/>
    </effectiveTime>
    <!--UNA SOLA entry relationships USATO PER INDICARE IL PROBLEMA PRINCIPALE-->

```

```

2755     <entryRelationship type="SUBJ" inversionInd="false">
           [PROBLEM_OBS]
        </entryRelationship>
        <!-- OPZIONALE usato per gestire le relazioni molteplicità 0..N -->
2760     <entryRelationship type="REFR" inversionInd="false">
           [RIFERIMENTO]
        </entryRelationship>
    </act>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID
[STATUS_CODE]	Stato dell'atto, valori ammessi sono: active, suspended, aborted, completed
[LOW_TS]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID
[HIGH_TS]	Data di chiusura del Problema. Non presente se stato diverso da aborted o 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' si veda il paragrafo 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". Si veda il paragrafo 4.6.3.5 - Riferimenti Interni.

Tabella 66 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Lista Problemi

2765

### 4.6.3 Dettagli problema

Il dettaglio di un Problema è descritto come una Observation.

**CONF-PSS-182:** L'elemento di tipo "Dettagli Problema" **DEVE** essere conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.2".

2770 **CONF-PSS-183:** L'elemento `<observation>/<id>` **DEVE** avere molteplicità 1.

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.

2775 Si veda il paragrafo 6.2.1.13 per i possibili valori.

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

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

2780

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

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

2785 **CONF-PSS-184:** L'elemento `<effectiveTime>/<low>` **DEVE** essere sempre presente; nel caso non se ne conosca il valore **DEVE** essere valorizzato con `@nullflavor="UNK"`

2790 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 6.2.1.14 e 6.2.1.15 per i possibili valori.

2795 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 0 per i possibili valori.

2800 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 IPSNoProbsInfos (2.16.840.1.113883.11.22.17 ).

Si veda il paragrafo 6.2.1.17 Absent or Unknown Problems per i possibili valori.

2805 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>`.

2810

- 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.

2815 **CONF-PSS-185:** 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").

2820 **CONF-PSS-186:** Il valore di `<entryRelationship>/@inversionInd` in una relazione fra un Dettaglio di un problema e la sua gravità **DEVE** essere "true" "2.16.840.1.113883.5.1002" ActRelationshipType STATIC.

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

2825 **CONF-PSS-187:** Una Osservazione di un Problema **PUÒ** includere una ed una sola `<entryRelationship>/<observation>` che descrive lo stato clinico del Problema.

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

2830 Si veda il paragrafo 4.6.3.3 - Cronicità del problema, per dettagli.

**CONF-PSS-188:** Una Osservazione di un Problema **PUÒ** includere una ed una sola `<entryRelationship>/<observation>` che descrive la cronicità del Problema.

- Un Dettaglio di un Problema **PUÒ** infine contenere uno o più commenti e annotazioni, descritti attraverso un atto conforme al template “*Commenti*” “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7”, di cui viene fornita una descrizione nel paragrafo 4.3.3.2.5 “*Commenti*”.

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

2840 **CONF-PSS-189:** 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*.

2845 **CONF-PSS-190:** Il valore di `<entryRelationship>/@inversionInd` in una relazione fra problem observation ed una comment entry (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7”) **DEVE** essere “*true*” “2.16.840.1.113883.5.1002” *ActRelationshipType STATIC*.

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

```
2850 <observation classCode="OBS" moodCode="EVN" >
      <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.2"/>
      <id root="[ID_SEZ]"/>
      <code code="[OBS_CODE]"
2855 codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
      displayName="[OBS_DESC]"/>
      <statusCode code="completed"/>
      <effectiveTime>
          <low ( value="[LOW_TS]" | nullFlavor="UNK" )/>
          <!-- OPZIONALE -->
2860 <high low ( value="[HIGH_TS]" | nullFlavor="UNK" ) />
      </effectiveTime>
      <value xsi:type="CD" ( code="[COD_PROB]"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103"
      codeSystemName="ICD-9CM (diagnosis codes)" ) display-
2865 Name="[DESC_PROB]" | nullFlavor="OTH">
```

```

                <originalText>
                    <reference value="#"[REF_PROBLEMA]"/>
                </originalText>
            </value>
2870         <!-- Descrizione della gravità del problema 0..1--->
            <entryRelationship>
                [SEVERITY]
            </entryRelationship>
2875         <!--Stato clinico del problema molteplicità 0..1-->
            <entryRelationship>
                [STATO_CLINICO_PROBLEMA]
            </entryRelationship>
2880         <!--Stato clinico del problema molteplicità 0..1-->
            <entryRelationship>
                [CRONICITA_PROBLEMA]
            </entryRelationship>
2885         <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..N--->
            <entryRelationship>
                [NOTE]
            </entryRelationship>
        </observation>
    
```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier ). In generale può essere un UUID.
[OBS_CODE]	Codice dell'osservazione
[OBS_DESC]	Descrizione dell'osservazione
[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
[COD_PROB]	Codice del problema (e.g diagnosi) secondo la codifica ICD9-CM
[DESC_PROB]	Descrizione del problema (e.g diagnosi) secondo la codifica ICD9-CM
#[REF_PROBLEMA]	Riferimento incrociato al testo presente nella parte narrativa
[SEVERITY]	Indicazione del livello gravità del problema. Si veda il paragrafo 4.6.3.1 - Gravità del Problema.
[STATO_CLINICO_PROBLEMA]	Indicazione dello stato del problema rilevato. Si veda il paragrafo 4.6.3.2 - Stato clinico del problema
[CRONICITA_PROBLEMA]	Indicazione dello stato di cronicità del problema rilevato. Si veda il paragrafo 4.6.3.3 - Cronicità del problema
[NOTE]	Permette di referenziare eventuali note e commenti inseriti alla parte narrativa. Si veda il paragrafo 4.3.3.2.5 - Commenti

Tabella 67 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Lista Problemi

2890

### 4.6.3.1 Gravità del Problema

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

- 2895 **CONF-PSS-191:** 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-192:** L'elemento `<observation>/<value>` **DEVE** essere sempre un valore codificato (`@xsi:type='CD'`).
- CONF-PSS-193:** Il valore di `<observation>/<value>` **DEVE** essere derivato dal ValueSet SeverityObservation "2.16.840.1.113883.5.1063" DYNAMIC.
- 2900 Per il value set SeverityObservation si veda il paragrafo 6.2.1.8 - SeverityObservation.

### 4.6.3.2 Stato clinico del problema

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

- 2905 I possibili valori definiscono un problema come attivo o inattivo.
- Tramite questo elemento è possibile riportare nella parte testuale (elemento `<text>`) le informazioni legate alle circostanze di risoluzione (resolution circumstances) del problema riportato.
- Tale elemento è già stato descritto nel paragrafo 4.3.3.2.4 – "Stato dell'allergia" a cui si rimanda per ulteriori dettagli.
- 2910

### 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").

- 2915 I possibili valori definiscono un problema come cronico o non cronico.
- CONF-PSS-194:** 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".
- CONF-PSS-195:** 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.
- 2920
- I possibili stati di cronicità di un problema (`<observation>/<value>/@code`) **DEVONO** essere selezionati dal Value Set CronicitàProblema\_PSSIT DYNAMIC.
- Vedi 6.2.1.28 - CronicitàProblema\_PSSIT.
- 2925 **CONF-PSS-196:** L'elemento `<observation>/<value>/@code` che esprime lo stato di cronicità di un problema **DEVE** essere selezionato dal Value Set CronicitàProblema\_PSSIT DYNAMIC.

Segue un esempio.

```

2930 <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="89267-1" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"/>
        <text>
2935           <reference value="#[REF_CRON]"/>
        </text>
        <statusCode code="completed"/>
        <value xsi:type="CE" code="[COD_CRON]"
2940           codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
           displayName="[DESC_CRON]"/>
        </observation>
      </entryRelationship>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
#[REF_CRON]	Riferimento incrociato alla descrizione dello stato di cronicità nella parte narrativa.
[COD_CRON]	Codice stato di cronicità
[DESC_CRON]	Descrizione stato di cronicità

2945 *Tabella 68 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Lista Problemi*

#### 4.6.3.4 Note e Commenti

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

2950 Tale elemento è già stato descritto nel paragrafo 4.3.3.2.5 – “ Commenti” a cui si rimanda per ulteriori dettagli.

#### 4.6.3.5 Riferimenti Interni

2955 Il CDA permette l'uso di riferimenti ad altre informazioni presenti in altri `<componenti>`/`<entry>` dello stesso documento.

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

Segue un esempio.

```

2960 <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
2965 referenziato; se l'elemento referenziato non ha un code deve essere valo-
           rizzato l'attributo nullFlavor con "NA" -->
        <code code="[COD_ACT]" codeSystem="[COD_SYS_ACT]"
           codeSystemName="[DESC_COD_SYS_ACT]" displayName="[DESC_ACT]"

```

2970

```

        nullFlavor="NA"/>
    </act>
</entryRelationship>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[TIPO_REL]	Indica il tipo di relazione, definito a livello di singola entry. Codice derivato dalla tabella ActRelationshipType
[ACT_MOOD]	Indica se l'atto è concepito come un fatto, una intenzione, una richiesta una aspettativa, etc. Derivato dal vocabolario di HL7 ActMood
[ID_REF]	ID Unico della sezione/elemento da referenziare (data type HL7 II )
[COD_ACT]	Codice dell'atto referenziato
[COD_SYS_ACT]	OID dello schema di codifica utilizzato.
[DESC_COD_SYS_ACT]	Descrizione del sistema di codifica utilizzato
[DESC_ACT]	Descrizione dell'atto referenziato

*Tabella 69 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Lista Problemi*

## 4.7 Anamnesi Familiare (Family History)

2975

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.

2980

Esempi di asserzioni sulla familiarità possono essere :

- Familiarità per ASMA (439.9): ASSENTE
- Familiarità per K SISTEMA NERVOSO (129.9) [senza altra informazione]
- 2985 • Familiarità per DEFICIT VISIVI (369.2): padre, nonna paterna, zio
- Familiarità per IMA PRECOCE: padre morto prima dei 51 anni di IMA [Inf. Mioc. Acuto, ma non esiste un codice per IMA PRECOCE]
- Familiarità per Diabete: padre insorgenza a 15 anni.
- Familiarità per Diabete: nonna paterna NON DIABETICA
- 2990 • Il paziente non ricorda casi di diabete in famiglia, ma sa che qualcuno ha avuto problemi di ipertensione.

La sezione è opzionale.

2995

**CONF-PSS-197:** 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 sintesi di questa sezione.

### 4.7.1 Requisiti di sezione

3000

**CONF-PSS-198:** La sezione Anamnesi Familiare (“LOINC Code 10157-6”) **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a “Anamnesi Familiare”.

**CONF-PSS-199:** 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”.

3005

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

3010

```
<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"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
```

```

3015         displayName="Storia di malattie di membri familiari"/>
           <text>
             [NARRATIVE_BLOCK]
           </text>
         </section>
       </component>

```

3020

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZIONE]	ID Unico della sezione (data type HL7 II )
[NARRATIVE_BLOCK]	Descrizione testuale del contenuto di sezione.

Tabella 70 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Anamnesi Familiare

3025 Nel caso in cui la sezione abbia anche del contenuto codificato, questa sarà strutturata come segue:

```

3030     <component>
       <section>
         <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.16"/>
         <id root='[ID_SEZ]'/>
         <code code='10157-6'
3035         codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
         displayName="Storia di malattie di membri familiari"/>
         <title>Family History</title>
         <text>
           [NARRATIVE_BLOCK]
         </text>
         <!-- Organizer delle entry codificate da 1 a N -->
         <entry>
3040           <organizer classCode='CLUSTER' moodCode='EVN'>
             <templateId
               root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1"/>
             ....
             <!--1..* Familiarità -->
3045             <component>
               [FAM_OBS]
             </component>
           </organizer>
         </entry>
       </section>
     </component>
3050

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	ID Unico della sezione (data type HL7 II )
[NARRATIVE_BLOCK]	Descrizione testuale del contenuto di sezione.
[FAM_OBS]	Contenuto codificato anamnesi familiare.

Tabella 71 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Anamnesi Familiare

3055 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.

## 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 @classCode le osservazioni cliniche relative ad uno stesso parente biologico.

**CONF-PSS-200:** 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".

3065 Il valore dell'attributo <organizer>/@classCode DEVE essere "CLUSTER".

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

**CONF-PSS-201:** 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".

3075 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.

**CONF-PSS-202:** Il <relatedSubject> DEVE avere un attributo @classCode valorizzato a "PRS" - personal relationship.

3080 **CONF-PSS-203:** Il <relatedSubject> DEVE inoltre contenere il @code, il cui contenuto deve essere relativo ad un value set atto a specificare il grado di parentela.

**CONF-PSS-204:** 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.

3085 In base alle condizioni sopra espresse la entry potrà essere così strutturata:

```
<entry>
  <organizer classCode="CLUSTER" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1"/>
    <id root="[ID_SEZ]"/>
    <code code="10157-6"

      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
      displayName="Storia di malattie di membri familiari"/>
    <statusCode code="completed"/>
  </organizer>
</entry>
```

```

3100 <subject typeCode="SBJ">
      <relatedSubject classCode="PRS">
        <code code="[COD_PAR]"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.5.111"
          codeSystemName="RoleCode"
          displayName="[DESC_PAR]"/>
        <subject>
3105          <administrativeGenderCode code="[COD_SESSO]"
            codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"
            codeSystemName="HL7 AdministrativeGender"
            displayName="[DESC_SESSO]"/>
          </subject>
        </relatedSubject>
3110 </subject>
      <!-- zero or più participants linking to other relations -->
      <!--1..* Familiarità (Organizer)-->
        <component>
          [FAM_OBS]
3115 </component>
        </organizer>
      </entry>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	ID Unico della sezione (data type HL7 II)
[COD_PAR]	Codice che identifica il grado di parentela con il paziente. Tale valore DEVE essere derivato dalla tabella PersonalRelationshipRoleType ('RoleCode')
[DESC_PAR]	Descrizione del codice che identifica il grado di parentela con il paziente
[COD_SESSO]	Codice associato al sesso del parente in oggetto.
[DESC_SESSO]	Descrizione del sesso del parente in oggetto.
[FAM_OBS]	Dettaglio Anamnesi Familiare per il parente in oggetto

Tabella 72 Dettaggi valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Anamnesi Familiare

### 3120 4.7.3 Dettaglio Anamnesi Familiare

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

3125 **CONF-PSS-205:** 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".

3130 Il valore dell'**<observation>/<code>** identifica il tipo di dettaglio sull'anamnesi familiare e **PUÒ** essere descritta tramite il value set ProblemObservation\_PSSIT DYNAMIC. Si veda paragrafo 6.2.1.13 per i possibili valori.

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).

3135

**CONF-PSS-206:** 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".

3140

**CONF-PSS-207:** L'Età Insorgenza (`<templateId>` "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3") **DEVE** essere rappresentata attraverso una `<entryRelationship>/<observation>`.

3145

**CONF-PSS-208:** 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.

3150

**CONF-PSS-209:** Il valore di `<observation>/@classCode` in un'Età Insorgenza **DEVE** essere valorizzato con "OBS" e l'attributo `<observation>/@moodCode` valorizzato con "EVN".

**CONF-PSS-210:** Il valore di `<observation>/<code>` in un'Età Insorgenza **DEVE** essere derivato dal value set EtàInsorgenza\_PSSIT DYNAMIC.

Si veda 6.2.1.18 per i possibili valori.

3155

**CONF-PSS-211:** **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-212:** **DEVE** essere presente un unico `<observation>/<value>`, da valorizzare con opportuno data type.

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

3160

```
<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]"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
    displayName="[DESC_OBS_TYPE]" />
  <text>
    <reference value="#[REF_OBS]"/>
  </text>
  <statusCode code="completed"/>
  <effectiveTime (value="[DT_OBS]" | nullFlavor="UNK" ) />
  <value xsi:type="CD" code="[OBS_CODE]"
    codeSystem="[COD_SYS]"
    codeSystemName="[COD_SYS_NAME]" displayName="[OBS_DISPLAY_NAME]" />
  <!-- Opzionale Età Insorgenza -->
</entryRelationship>
```

3175

```

[ETA]
</entryRelationship>
</observation >

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_OBS]	ID Unico dell'osservazione (data type HL7 II)
[OBS_TYPE]	Tipologia di osservazione
[DESC_OBS_TYPE]	Descrizione observation type
#[REF_OBS]	Riferimento incrociato alla descrizione della familiarità nella parte narrativa.
[DT_OBS]	Data a cui l'osservazione di riferisce
[OBS_CODE]	Codice dell'osservazione
[COD_SYS]	OID dell'osservazione
[COD_SYS_NAME]	Descrizione del sistema di codifica utilizzato
[OBS_DISPLAY_NAME]	Codice (descrizione) della osservazione secondo la codifica ICD-9-CM.
[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").

3180 *Tabella 73 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Anamnesi Familiare*

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

```

3185 <!--Età di insorgenza(opzionale) -->
      <entryRelationship typeCode="SUBJ">
3190         <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
              <code code="35267-4"
                  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
                  codeSystemName="LOINC"
3195                 displayName="Età diagnosi patologia"/>
              <!--Indicazione precisa età insorgenza-->
              <value xsi:type="PQ" value="[V_ETA]"
3200                  unit="[ETA_UNIT]"/>
            </observation>
          </entryRelationship>
      <!--Età di decesso(opzionale) -->
      <entryRelationship typeCode="SUBJ">
3205         <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
              <code code="39016-1"
                  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
                  codeSystemName="LOINC"
3210                 displayName="Età decesso"/>
              <!--Indicazione decesso-->
              <value xsi:type="PQ" value="[V_ETA]"
3215                  unit="[ETA_UNIT]"/>
            </observation>
          </entryRelationship>
</observation>

```

3210 L'elemento `<observation>/<value>` che riporta l'età di insorgenza o morte del familiare in oggetto, può essere strutturato nei seguenti modi:

- Composizione di `<observation>/<value>/@value` che riporta un'indicazione precisa dell'età:

```
<value xsi:type="PQ" value="[V_ETA]" unit="[ETA_UNIT]"/>
```

3215 • Composizione di `<observation>/<value>/<low>/@value` e `<observation>/<value>/<high>/@value` che riporta un'indicazione non precisa dell'età (e.g. dopo i...; prima dei ...; fra ...ed...):

```
<value xsi:type="IVL_PQ">
  <!-- ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->
  <low value="[L_ETA]" unit="[ETA_UNIT]"/>
  <high value="[H_ETA]" unit="[ETA_UNIT]"/>
</value>
```

3220

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[L_ETA]	Età di insorgenza o morte del soggetto (limite inferiore)
[H_ETA]	Età di insorgenza o morte del soggetto (limite superiore).
[V_ETA]	Età di insorgenza o morte del soggetto.
[ETA_UNIT]	Unità di misura usata per l'indicazione dell'età Campo <code>&lt;code&gt;</code> della tabella Unità di misura età

Tabella 74 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Anamnesi Familiare

3225

L'unità di misura dell'età è riportata secondo la seguente tabella

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

Tabella 75 – Unità di misura età

3230 Nota: gli elementi `<high>` o `<low>` possono essere usati per indicare intervalli di età: e.g. prima dei 15 anni potrà essere rappresentato usando l'elemento `<high value="15" unit="a">`; dopo le due settimane `<low value="2" unit="wk">`

Esempio di Narrative Block:

```
<text>
```

```

3235     <table border="1" width="100%">
          <tbody>
            <tr>
              <td ID="fam_str_1">Familiarità per
3240         <content ID="fam_1"> ASMA (439.9)</con-
          tent> : ASSENTE
            </td>
          </tr>
            <tr>
              <td ID="fam_str_2">Familiarità per
3245         <content ID="fam_2">K SISTEMA NERVOSO
          (129.9)</content>
            </td>
          </tr>
            <tr>
              <td ID="fam_str_3">Familiarità per
3250         <content ID="fam_3">DEFICIT VISIVI
          (369.2)</content>
              : padre, nonna paterna, zio
            </td>
          </tr>
            <tr>
              <td ID="fam_str_4">Familiarità per
3255         <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
3260         <content ID="fam_5">Diabete</content>
              : padre insorgenza a 15 anni.
            </td>
          </tr>
            <tr>
              <td ID="fam_str_6">Familiarità per
3265         <content ID="fam_7">Diabete </content>
              : Nonna paterna NON DIABETICA
            </td>
          </tr>
            <tr>
              <td ID="fam_str_7">paziente non ricorda casi di
3270         diabete in famiglia, ma sa che qualcuno ha avuto
          problemi di ipertensione</td>
            </tr>
          </tbody>
        </table>
3280     </text>

```

### Esempio di Family History Organizer.

```

3285     <!--+++++----->
     <!-- PADRE CON più PATOLOGIE Età Insorgenza e Morte-->
     <!--+++++----->
     <entry typeCode="DRIV">
       <organizer moodCode="EVN" classCode="CLUSTER">
3290         <templateId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.1' />
         <id root="d42ecf70-5c99-11db-b0de-0800201c9a66" />

```

3295

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

```
<statusCode code="completed"/>
```

```
<subject typeCode="SBJ">
```

```
  <relatedSubject classCode="PRS">
```

```
    <code code="NFTH" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.111" codeSystemName="RoleCode" displayName="Padre Naturale"/>
```

3300

```
  </relatedSubject>
```

```
</subject>
```

```
<component>
```

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

3305

```
<!-- 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" />
```

3310

```
  <statusCode code="completed"/>
```

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

```
  <entryRelationship typeCode="SUBJ" inversionInd="true">
```

3315

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

```
      <templateId
```

```
        root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.16.3" />
```

3320

```
      <!-- Age observation template -->
```

```
        <code code="39016-1" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" displayName="Età morte" />
```

```
        <statusCode code="completed"/>
```

3325

```
        <value xsi:type="IVL_PQ">
```

```
          <high value="51" unit="a" />
```

```
        </value>
```

```
      </observation>
```

```
    </entryRelationship>
```

```
  </observation>
```

3330

```
</component>
```

```
<!--=====-->
```

```
<!--Deficit Visivo -->
```

```
<!--=====-->
```

3335

```
<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" />
```

3340

```
    <code code="52797-8" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="Codice diagnosi ICD" />
```

```
    <text>
```

3345

```
      <reference value="#fam_str_4" />
```

```
    </text>
```

```
    <statusCode code="completed"/>
```

```
    <effectiveTime nullFlavor="UNK" />
```

3350

```
<value xsi:type="CD" code="369.2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD-9-CM (diagnosis codes)" displayName="Deficit Visivi">
```

3355

```
  <originalText>
    <reference value="#fam_4"/>
  </originalText>
</value>
```

3360

```
</observation>
</component>
<!-- =====>
<!-- Diabete comparso a 15 anni -->
<!-- =====>
```

3365

```
<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" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="Codice diagnosi ICD" />
    <text>
```

3370

```
      <reference value="#fam_str_5" />
    </text>
```

3375

```
    <statusCode code="completed" />
    <effectiveTime nullFlavor="UNK" />
    <value xsi:type="CD" code="250" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD-9-CM (diagnosis codes)" displayName="Diabete">
```

3380

```
      <originalText>
        <reference value="#fam_5" />
      </originalText>
    </value>
```

3385

```
<!-- 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" />
```

3390

```
    <!-- 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" />
```

3395

```
  </observation>
</entryRelationship>
</observation>
</component>
</organizer>
</entry>
```

## 3400 4.8 Stile di Vita (Social History)

3405 Questa sezione (individuata dal codice LOINC “29762-2”, “*Stile di vita*”) contiene i dati che definiscono lo stile di vita del paziente, la condizione sociale, fattori di rischio ambientali; così come informazioni amministrative come stato civile, livello di istruzione, razza, etnia, affiliazioni religiose.

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

Esempi di informazioni che possono essere incluse in questa sezione:

- 3410 • Fumo (Forte fumatore, Numero di sigarette/die)
- Uso di alcolici (Astemio, Numero bicchieri/die)
- Titolo di studio (Laureato)
- Religione (Testimone di Geova)
- Razza (Caucasico)
- Stato civile (Sposata, due figli)
- 3415 • Esposizione ad agenti tossici
- Diete in atto
- Attività fisica

3420 Nel contesto di questo documento si assume che siano riportati gli ultimi dati aggiornati per ogni tipo di osservazione e se clinicamente ancora significativi.

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

La sezione è **OPZIONALE**.

3425 **CONF-PSS-213:** 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”.

3430 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

**CONF-PSS-214:** La sezione “*Stile di vita*” (“29762-2”) **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a “*Stile di Vita*”.

3435 Per la descrizione testuale del contenuto di sezione, riferirsi alle indicazioni di strutturazione di Narrative Block.

3440 **CONF-PSS-215:** La sezione “Stile di vita” (“29762-2”) **PUÒ** contenere almeno una o più `<entry>/<observation>` di tipo “Osservazione sullo stile di vita” conforme al template “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1”.

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

```

3445 <component>
      <section>
        <templateId root=" 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.6 "/>
        <id root="[ID_SEZ]"/>
        <code code="29762-2"
3450 codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
        displayName="Stile di vita">
        <title>Stili di Vita (Social History)</title>
        <text>
          [NARRATIVE_BLOCK]
        </text>
        <entry>
3455 <!--Molteplicità 1..N Social history observations -->
          [SOCIALHIS_OBS]
        </entry>
      </section>
    </component>
3460
  
```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[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 (Si veda il paragrafo 4.8.2 - Osservazione su Stile di Vita).

Tabella 76 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Stile di vita

## 4.8.2 Osservazione su Stile di Vita

3465 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”).

3470 **CONF-PSS-216:** 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-217:** L’elemento `<observation>/<id>` **DEVE** avere molteplicità 1.

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

3475 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.

Si veda il paragrafo 6.2.1.19 per i possibili valori.

3480 Per ognuno dei suddetti tipi di osservazione si assume che siano utilizzati per l'elemento `<value>` specifici data type ed unità di misura.

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

3485 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.

3490 Le osservazioni riportate nella precedente tabella che usano il data type CD dovrebbero includere i valori codificati da un vocabolario appropriato per rappresentare un item "stile di vita".

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

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

3495 **CONF-PSS-218:** 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"`).

3500 REF: <http://cp2011.istat.it/>

Esempio di Social History Observation:

```

3505 <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]"
3510 codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
    <text>
        <reference value="#[REF_SOCIALOBS]"/>
    </text>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime value="[TS]"/>
    <value xsi:type="CD" | "PQ" [VALUE_OBS]/>
3515 </observation>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
--------	----------

[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID
[COD_OBS]	Codice dell'osservazione registrata
[DESC_OBS]	Descrizione dell'osservazione registrata
#[REF_SOCIALOBS]	Riferimento incrociato alla descrizione dell'elemento nella parte narrativa
[TS]	Data di rilevazione dell'informazione. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = UNK
[VALUE_OBS]	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.

Tabella 77 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Stile di vita

### Esempio di Narrative Block:

```

3520     <text>
3521         <table border="1" width="100%">
3522             <tbody>
3523                 <tr>
3524                     <th colspan="2">Fattori di Rischio</th>
3525                 </tr>
3526                 <tr>
3527                     <td>Fumo</td>
3528                     <td>Forte Fumatore</td>
3529                 </tr>
3530                 <tr><content ID="alcohol_use_GBL">
3531                     <td >Consumo Alcohol</td>
3532                     <td><content ID="alcohol_use">Astemio</content ></td>
3533                     </content >
3534                 </tr>
3535                 <tr>
3536                     <th colspan="2">Altro</th>
3537                 </tr>
3538                 <tr>
3539                     <td>Titolo di Studio</td>
3540                     <td>Laureata</td>
3541                 </tr>
3542                 <tr>
3543                     <td>Impiego attuale </td>
3544                     <td>In pensione, ex impiegata</td>
3545                 </tr>
3546                 <tr>
3547                     <td colspan="2">Condizione Familiare </td>
3548                     <td> Sposata, due figli </td>
3549                 </tr>
3550             </tbody>
3551         </table>
3552     </text>

```

### Esempio di Osservazione Testuale:

```

3555     <observation typeCode="OBS" moodCode="EVN">
3556         <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.6.1"/>

```

3560

3565

3570

```
<id root="36e7e830-7b14-11db-9ff1-0800200c9b66"/>
<code code="74013-4" displayName="[DESC_OBS]"
codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
<text>
  <reference value="#alcool_use_gbl"/>
</text>
<statusCode code="completed"/>
<effectiveTime value="20081209"/>
<value xsi:type="PQ" >
  <translation>
    <originalText>
      <reference value="#alcool_use"/>
    </originalText>
  </translation>
</value>
</observation>
```

## 4.9 Gravidanze e parto (History of Pregnancies)

3575 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").

3580 Esempi di asserzioni per questa sezione possono essere:

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

3585 La sezione è opzionale.

**CONF-PSS-219:** 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".

3590 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-220:** La sezione "Gravidanze e parto" ("10162-6") **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a "Gravidanze, parto e stato mestruale".

3595 **CONF-PSS-221:** 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:

```

3600     <component>
           <section>
             <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.7"/>
             <id root="[ID_SEZ]"/>
             <code code="10162-6"
3605             codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="Storia di gravidanze"/>
             <text>
               [NARRATIVE_BLOCK]
             </text>
             <entry>
               [PREGN_ENTRY]
             </entry>
           </section>
         </component>
3615

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[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. Si veda il paragrafo 4.9.2 PregnancyObservation_PSSIT

Tabella 78 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Gravidanze e parto

## 4.9.2 Gravidanze, parti, stato mestruale

3620 Le informazioni codificate su gravidanze, parti, stato mestruale sono rappresentate attraverso una <observation> ("2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1").

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

Il valore di <observation>/<code> **DOVREBBE** essere selezionato dal Value Set PregnancyObservation\_PSSIT.

3625 Si veda 6.2.1.20 per i possibili valori.

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

3630 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>.

**CONF-PSS-222:** 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".

3635 **CONF-PSS-223:** L'elemento <observation>/<id> **DEVE** avere molteplicità 1.

Esempio di implementazione:

```

3640 <observation classCode ="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1"/>
    <id root="[ID_SEZ]"/>
    <code code="[COD_OBS]" displayname="[DESC_OBS]" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
    <text>
3645     <reference value="#[REF_OBS]"/>
    </text>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime value="[TS]"/>
    <value xsi:type="CD" | "PQ" | "TS" | "INT" | "ST" "[VALUE_OBS]"/>

```

</observation>

3650

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID.
[COD_OBS]	Codice dell'osservazione registrata.
[DESC_OBS]	Descrizione dell'osservazione registrata
[REF_OBS]	Riferimento incrociato alla descrizione dell'elemento nella parte narrativa
[TS]	Data di rilevazione dell'informazione. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = <b>UNK</b>
[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.

Tabella 79 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Gravidanza e parto

3655 Esempio di Narrative Block:

```

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

```

3680

Esempio di Osservazione Codificata:

```

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

```

```

3685     <id root="36e7e830-7b14-11db-9ef1-0800200c9b66"/>
        <code code="11614-5" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSys-
            temName="LOINC" displayName=" Aborti.spontanei" />
            <originalText>
3690                 <reference value="#pregn_1_info"/>
            </originalText>
        </code>
        <text>
            <reference value="#pregn_1" />
        </text>
3695     <statusCode code="completed"/>
        <effectiveTime value="2022" />
        <value xsi:type="INT" value="1"/>
    </observation>

```

3700 Esempio di Osservazione Testuale:

```

        <observation classCode ="OBS" moodCode="EVN">
            <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.7.1"/>
            <id root="36e7e830-7b14-11db-9ff1-0800200c9b66"/>
3705     <code code="ASSERTION" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
            <text><reference value="#pregn_2"/></text>
            <statusCode code="completed"/>
            <effectiveTime value="2022"/>
            <value xsi:type="CD">
3710                 <originalText>
                    <reference value="#pregn2_info"/>
                </originalText>
            </value>
        </observation>

```

## 4.10 Parametri Vitali (Vital Signs)

3715

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").

3720

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.

3725

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:

3730

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

La sezione è opzionale.

3735

**CONF-PSS-224:** 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".

3740

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

3745

**CONF-PSS-225:** La sezione "Parametri Vitali" ("8716-3") **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a "*Parametri Vitali*".

**CONF-PSS-226:** La sezione "Parametri Vitali" ("8716-3") **PUÒ** contenere almeno una `<entry>` di tipo "Organizer Parametri Vitali" conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1" o di tipo "Osservazione Parametri Vitali" conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.2".

3750 Esempio di implementazione:

```

3755     <component>
           <section>
               <templateId root=" 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.8"/>
               <id root="[ID_SEZ]"/>
               <code code="8716-3"
3760                 codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" di-
                   splayName="Parametri vitali"/>
               <title>Parametri Vitali</title>
               <text>
3765                 [NARRATIVE_BLOCK]
               </text>
               <!--OPZIONALE Molteplicità 0..N - Organizer Parametri Vitali o Osservazione
                   Parametri Vitali -->
               <entry>
3770                 [VS_ORGANIZER] | [V_OBS]
               </entry>
           </section>
       </component>
    
```

3770 Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID
[NARRATIVE_BLOCK]	Descrizione testuale del contenuto di sezione
[VS_ORGANIZER]	Organizer che contiene le informazioni sulle misure dei parametri vitali (Si veda il paragrafo 4.10.2 - Organizer Parametri Vitali).
[VS_OBS]	Dettaglio informazioni sulle misure dei parametri vitali (Si veda il paragrafo 4.10.3 - Osservazione Parametri Vitali).

Tabella 80 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Parametri Vitali

## 4.10.2 Organizer Parametri Vitali

3775 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).

3780 **CONF-PSS-227:** L'<organizer> conterrà una o più <component> che a loro volta conterranno una <observation>. Un elemento 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".

3785 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-228:** 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”.

3790

Esempio di implementazione:

3795

```
<organizer classCode="CLUSTER" moodCode="EVN">
  <tempalteId root=" 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1"/>
  <id root="[ID_SEZ]"/>
  <code code="8716-3"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" display-
    Name="Parametri vitali"/>
  <statusCode code="completed"/>
  <effectiveTime value="[TS]"/>
  <!--Molteplicità 1..N - Osservazione Parametri Vitali -->
  <component typeCode="COMP">
    [VS_OBS]
  </component>
</organizer>
```

3800

3805

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[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. Si veda il paragrafo 4.10.3.

Tabella 81 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Parametri Vitali

### 4.10.3 Osservazione Parametri Vitali

3810 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-229:** 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”.

3815

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).

3820 Il valore di **<observation>/<code>** **PUÒ** essere selezionato dal Value Set *VitalSignsObservation\_PSSIT DYNAMIC*.

Si veda 6.2.1.21 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 di implementazione:

```

3825     <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' codeSys-
3830     <text>
        <reference value='#[REF_OBS]'/>
        </text>
        <statusCode code='completed'/>
        <effectiveTime ( value="[DT_OBS]" | nullFlavor="UNK" ) />
3835     <!--OPZIONALE -->
        <repeatNumber value="[REP_NUM]"/>
        <value xsi:type="PQ" value="[OBS_VALUE]" unit="[OBS_UNIT]"/>
        <!--OPZIONALE -->
3840     <interpretationCode code="[INT_CODE]" codeSys-
        tem="2.16.840.1.113883.5.83" codeSystemName="HL7 ObservationInter-
        pretation" displayName="[INT_DESC]"/>
        <!--OPZIONALE -->
        <methodCode code="[COD_METHOD]" codeSystem="[CODSYS_METHOD]"
        codeSystemName="[DESC_CODESYSTEM]" displayName="[DESC_METHOD]"/>
3845     <!--OPZIONALE -->
        <targetSiteCode code="[TRG_CODE]" codeSystem="[OID_CODESYSTEM]"
        codeSystemName="[DESC_CODESYSTEM]" displayName="[DESC_TARGET]"/>
    </observation>

```

Di seguito viene riportata la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID
[OBS_COD]	Codice relativo alla misura effettuata
[OBS_DESC]	Descrizione relativa alla misura effettuata.
#[REF_OBS]	Riferimento incrociato alla descrizione della misura nella parte narrativa
[DT_OBS]	Data a cui l'osservazione si riferisce
[REP_NUM]	Valore numerico per indicare il numero di osservazioni
[OBS_VALUE]	Valore numerico della misura
[OBS_UNIT]	Unità di misura usata
[INT_CODE]	Codice di interpretazione dei risultati. Valore derivato dal codeSystem HL7 ObservationInterpretation (e.g. high, low, normal)
[INT_DESC]	Descrizione dell'interpretazione dei risultati. Valore derivato dal codeSystem HL7 ObservationInterpretation
[COD_METHOD]	Codice relativo alla tecnica di misurazione applicata per ottenere il risultato.
[CODSYS_METHOD]	OID del sistema di codifica utilizzato

[DESC_CODESYSTEM]	Descrizione del sistema di codifica utilizzato.
[DESC_METHOD]	Descrizione della tecnica di misurazione applicata
[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
[OID_CODESYSTEM]	OID del sistema di codifica utilizzato
[DESC_CODESYSTEM]	Descrizione del sistema di codifica utilizzato
[DESC_TARGET]	Descrizione della parte del corpo interessata alla misura (e.g. braccio sinistro [pressione], orale [temperatura], etc), utilizzabile per dettagliare ulteriormente quanto indicato nel OBS_CODE

3850 *Tabella 82 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Parametri Vitali*

Di seguito un esempio di valorizzazione degli attributi `<observation/><code>`, `<observation/><value>` e `<observation/><targetSiteCode>` in caso di pressione sistolica misurata al braccio destro.

3855 È possibile utilizzare il value set *ActSite* ("2.16.840.1.113883.5.1052").

```

<observation classCode='OBS' moodCode='EVN'>
...
  <code code='8480-6' codeSystem='2.16.840.1.113883.6.1' codeSystemName='LOINC' />
3860 <value xsi:type="PQ" value="129" unit="mm[Hg]" />
  <targetSiteCode code="RA" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1052"
    codeSystemName="ActSite" displayName="right arm" />
...
</observation>
3865

```

Esempio di NarrativeBlock:

```

<text>
  <table border="1" width="100%">
    <thead>
3870     <tr>
        <th >Data</th>
        <th>Parametro</th>
        <th>Valore</th>
        <th>Note</th>
3875     </tr>
    </thead>
    <tbody>
      <tr>
3880         <td>30/04/2008</td>
         <td>Altezza</td>
         <td>165 cm</td>
         <td>&#160;</td>
      </tr>
      <tr>
3885         <td>30/04/2008</td>
         <td>Peso</td>
         <td>78.8 Kg</td>
         <td>&#160;</td>
      </tr>
    </tbody>
  </table>

```

```
3890         <tr>
                <td>30/04/2008</td>
                <td>BMI</td>
                <td>28.7</td>
                <td>#160;</td>
3895     </tr>
        <tr>
                <td>30/04/2008</td>
                <td>Circonferenza Vita</td>
                <td>234</td>
                <td>#160;</td>
3900 </tr>
        <tr>
                <td>10/12/2007-20/04/2008</td>
                <td>Media ultime 4 rilevazioni PA</td>
                <td>84 - 150</td>
                <td>#160;</td>
3905 </tr>
        <tr>
                <td>20/04/2008</td>
                <td>PA</td>
                <td>87 - 90</td>
                <td>#160;</td>
3910 </tr>
        </tbody>
3915 </table>
</text>
```

## 4.11 Protesi, impianti e ausili (Medical equipment)

3920 Tutte le informazioni relative a protesi o ausili sono registrate all'interno della sezione individuata dal codice LOINC "46264-8" ("Storia di uso di dispositivi medici").

Tale sezione deve riportare tutte le protesi ed impianti permanenti, nonché tutti gli ausili, impiantati o esterni, di supporto per il paziente.

Esempi di informazioni gestite:

- 3925
- PORTATORE PACE MAKER (ICD9-CM V4501) (Maggio 2008)
  - PROTESI DI ARTO INFERIORE

La sezione è **OBBLIGATORIA**.

3930 **CONF-PSS-230:** 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".

3935 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

3940 **CONF-PSS-231:** La sezione "Protesi, impianti e ausili" ("LOINC Code "46264-8") **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a "*Protesi, impianti e ausili*".

3945 **CONF-PSS-232:** 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:

```

3950 <component>
      <section>
        <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.9"/>
        <id root="[ID_SEZ]"/>
        <code code="46264-8"
          displayName="Storia di uso di dispositivi medici"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
        <title>Protesi, Impianti ed Ausilii</title>
3955 <text>
          [NARRATIVE_BLOCK]
  
```

```

3960      </text>
      <!-- Molteplicità 1 ..N - Dettaglio Protesi Impianti Ausili -->
      <entry>
        [SUPPLY]
      </entry>
    </section>
  </component>

```

3965 Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[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).

Tabella 83 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Protesi, impianti e ausili

Esempio di Narrative Block:

```

3970      <text>
      <table border="1" width="100%">
        <thead>
          <tr>
            <th> Informazioni Protesi</th>
          </tr>
        </thead>
3975      <tbody>
          <tr>
            <td>PORTATORE PACE MAKER (ICD9-CM V4501) (Maggio
            2008)</td>
3980      </tr>
          <tr>
            <td>PROTESI DI ARTO INFERIORE</td>
          </tr>
        </tbody>
      </table>
3985    </text>

```

## 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").

3990 **CONF-PSS-233:** 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".

3995 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").

**CONF-PSS-234:** 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").

4000

REF:

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=328&area=dispositivi-medici&menu=classificazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=328&area=dispositivi-medici&menu=classificazione)

4005 L'elemento `<supply>/<effectiveTime>` è **OBBLIGATORIO** e rappresenta la data e ora 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.

**CONF-PSS-235:** L'elemento `<supply>/<effectiveTime>` **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore **DEVE** essere valorizzato con `@nullflavor` = "UNK".

4010

### 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.

4015

Nessun altro elemento della `<supply>` andrà valorizzato.

Tale condizione viene rappresentata dal template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.9.2".

Si veda 6.2.1.26 Absent or Unknown Procedures per i possibili valori.

**CONF-PSS-236:** 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".

4020

**CONF-PSS-237:** Il valore dell'elemento `<supply>/<code>` **DEVE** essere derivato dal value set IPSNoProceduresInfos (2.16.840.1.113883.11.22.36).

4025

## 4.12 Piani di cura (Plan of care)

4030 Tutte le informazioni relative a piani di cura riabilitativi o terapeutici (inclusi anche gli elementi P - Piano - delle schede SOVP) devono essere descritte all'interno della sezione individuata dal codice LOINC "18776-5" – ("Piano di cura").

Potranno essere inseriti tutti gli ordini non ancora evasi ("*All active, incomplete, or pending orders*") legati a prestazioni, visite, procedure chirurgiche, terapie.

4035 Questa sezione **PUÒ** contenere anche informazioni concernenti memo clinici od esiti attesi (goal), come ad esempio raccomandazioni terapeutiche che non riguardano l'utilizzo di farmaci, come dieta, esercizio fisico, ecc.

Esempi di uso:

- 08/02/2011 - Prescritto Emocromo con formula e piastrine. Urgente
- 01/02/2011 – Prescritto Tenormin\*14cpr 100mg (una la mattina)

4040

La sezione è opzionale.

**CONF-PSS-238:** 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".

4045

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

4050 **CONF-PSS-239:** La sezione "Piani di Cura" ("18776-5") **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a "*Piani di cura*".

**CONF-PSS-240:** La sezione “Piani di Cura” (“18776-5”) **PUÒ** contenere:

4055

- una o più `<entry/><observation>` di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura” conforme al template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1”;
- una o più `<entry/><substanceAdministration>` di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura” conforme al template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2”;
- una o più `<entry/><procedure>` di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura” conforme al template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3”;
- una o più `<entry/><encounter>` di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura” conforme al template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4”.
- una o più `<entry/><act>` di tipo “Dettagli Attività Piano di Cura” conforme al template: “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5”.

4060

4065

I “Dettagli Attività Piano di Cura” **POSSONO** riguardare indicazioni di richieste di:

- prestazioni (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1”);
- terapie o vaccinazioni (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2”);
- procedure chirurgiche (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3”);
- visite o ricoveri (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4”);
- altre attività (“2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5”).

4070

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

4075

```

<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.10" />
    <id root="[ID_SEZ]"/>
    <code code="18776-5"
    <codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
    <displayName="Piano di cura"/>
    <title>Piano di Cura</title>
    <text>
      [NARRATIVE_BLOCK]
    </text>
    <!--OPZIONALE molteplicità 0..N -->
    <entry>
      [PLAN_ACTIVITY]
    </entry>
  </section>
</component>

```

4085

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID
[NARRATIVE_BLOCK]	Descrizione testuale del contenuto di sezione
[PLAN_ACTIVITY]	Dettaglio delle attività previste dal Piano. Vedi 4.12.2 - Dettagli Attività

	Piano di Cura
--	---------------

4090 *Tabella 84 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Piano di Cura*

## 4.12.2 Dettagli Attività Piano di Cura

L'elemento Dettagli Attività Piano di Cura potrà contenere uno dei seguenti clinical statements:

- 4095 • 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)
- 4100 • 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).

4105 Nei successivi paragrafi viene fornita una descrizione di come i Dettagli Attività Piano di Cura siano coniugati nei diversi casi d'uso sopra indicati:

- paragrafo 4.12.2.1 "Osservazione Piano di Cura"
- paragrafo 4.12.2.2 "Terapia Piano di Cura"
- paragrafo 4.12.2.3 "Procedura Piano di Cura"
- paragrafo 4.12.2.4 "Visita o Ricovero Piano di Cura"
- 4110 ▪ paragrafo 4.12.2.5 "Atto Piano di Cura"

4115 **CONF-PSS-241:** 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".

**CONF-PSS-242:** L'attività espressa tramite l'elemento Dettagli Attività Piano di Cura **DEVE** contenere un solo elemento <id>.

4120 Qui di seguito una sintesi dei *@moodCode* ammessi per i diversi tipi di atto:

	Encounter	Procedure	Substance Administration	Observation	Act
<b>INT</b> (intent)	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso
<b>ARQ</b> (appt request)	Permesso	Permesso	Non Permesso	Non Permesso	Permesso
<b>PRMS</b> (promise)	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso
<b>PRP</b> (proposal)	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso
<b>RQO</b> (request)	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso	Permesso
<b>GOL</b> (goal)	Non Permesso	Non Permesso	Non Permesso	Permesso	Non Permesso

Tabella 85 - Codifica moodcode

Di ciascun clinical statement andranno riportati il codice dell'elemento pianificato (osservazione, terapia, vaccinazione, procedura, visita) e opzionalmente un elemento *effectiveTime* che indichi la data prevista dell'attività del piano.

4125

#### 4.12.2.1 Osservazione Piano di Cura

L'indicazione della prestazione prescritta all'interno del Piano di Cura del paziente sarà descritta dal template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1".

4130

**CONF-PSS-243:** 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".

4135

**CONF-PSS-244:** L'elemento `<observation>` **DEVE** contenere esattamente un elemento `<observation>/<code>`.

**CONF-PSS-245:** L'elemento `<observation>/<code>` **PUÒ** essere selezionato dal sistema LOINC (*@codeSystem* "2.16.840.1.113883.6.1").

4140

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:

4145

```
<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>
4150      <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, effective-
4155   Time.high -->
    <!-- ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->
    ( <effectiveTime value="[TS_PLAN]" />
      OR
4160      <effectiveTime >
        <low value="[LOW_TS]" />
        <high value="[HIGH_TS]" />
      </effectiveTime > )
    </observation>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[COD_OBS]	Codice relativo all'attività del piano di cura nel sistema di codifica individuato
[COD_SYS_OBS]	OID dello schema di codifica utilizzato
[DESC_OBS]	Descrizione codice relativo all'attività del piano di cura nel sistema di codifica individuato
#[REF_OBS]	Riferimento incrociato alla descrizione dell'attività nella parte narrativa
[TS_PLAN]	Data (prevista) dell'attività del piano
[LOW_TS]	Data di inizio (prevista) dell'attività del piano
[HIGH_TS]	Data di fine (prevista) dell'attività del piano

4165 *Tabella 86 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Piano di cura*

#### 4.12.2.2 Terapia Piano di Cura

L'indicazione della terapia farmacologica o della vaccinazione prescritta all'interno del Piano di Cura del paziente sarà descritta dal template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2".

4170 **CONF-PSS-246:** 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".

4175 Il primo elemento `<substanceAdministration>/<effectiveTime>` descrive la data di inizio della terapia o della vaccinazione.

Un secondo elemento `<effectiveTime>` **PUÒ** descrivere la posologia. Vedi Tabella 56 Posologia - Frequenza per i dettagli.

Per la tipologia di farmaco oggetto della terapia o della vaccinazione, si faccia riferimento al paragrafo 4.4.3.

4180 Esempio di implementazione: Richiesta terapia farmacologica (`<substanceAdministration>`)  
`<substanceAdministration classCode="SBADM" moodCode=RQO>`

```

4185     <templateId root=" 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2" />
         <id root="[ID_TERAPIA]" extension="[CODICE_TERAPIA]" />
         <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 -->
4190     <!-- ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->
         ( <effectiveTime value="[TS_PLAN]" />
         OR
         <effectiveTime >
4195             <low value="[LOW_TS]" />
             <high value="[HIGH_TS]" />
         </effectiveTime > )
         <!--OPZIONALE usato per indicare la posologia: e.g. 2 volte il giorno,...-->
         <effectiveTime operator="A"
4200     xsi:type="TS|PVL_TS|EIVL_TS|PVL_PPD_TS|SXPR_TS">
             [POSOLOGIA]
         </effectiveTime>
         <consumable>
4205             [FARMACO]
         </consumable>
     </substanceAdministration>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_TERAPIA]	Identificativo dell'attività del piano terapeutico
[CODICE_TERAPIA]	Codice dell'attività del piano terapeutico
#[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
[POSOLOGIA]	Informazioni concernenti la posologia. La strutturazione di questo elemento dipende dal tipo di dato usato. (vedi anche Tabella 56 Posologia - Frequenza)
[FARMACO]	Descrizione del farmaco

Tabella 87 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Piani di Cura

### 4.12.2.3 Procedura Piano di Cura

4210 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".

4215 **CONF-PSS-247:** 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".

**CONF-PSS-248:** L'elemento `<procedure>` **DEVE** contenere esattamente un elemento `<procedure>/<code>`.

4220 Per l'elemento `<procedure>/<code>` è possibile utilizzare una codifica internazionale (ad esempio LOINC, ICD9CM), oppure una codifica nazionale/locale.

L'elemento `<procedure>/<effectiveTime>` indica la data prevista per l'attività.

Esempio di implementazione: Richiesta intervento (`<procedure>`)

```

4225 <procedure classCode="PROC" moodCode="RQO">
      <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3"/>
      <id root="[OID_PROCEDURE]"/>
      <code code="[PROC_CODE]" codeSystem="[PROC_COD_SYS]" codeSystemName="[PROC_COD_SYS_NAME]"/>
      <text>
4230         <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 -->
4235 <!-- ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->
      ( <effectiveTime value="[TS_PLAN]" />
        OR
4240 <effectiveTime>
          <low value="[LOW_TS]"/>
          <high value="[HIGH_TS]"/>
        </effectiveTime > )
    </procedure>
  
```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[PROC_CODE]	Codice tipo di procedura
[PROC_COD_SYS]	OID (nome) del Nomenclatore usato per le procedure
[PROC_COD_SYS_NAME]	codeSystemName del Nomenclatore usato per le procedure
#[REF_PROC]	Riferimento incrociato alla descrizione dell'intero elemento (procedura) all'interno della parte narrativa
[TS_PLAN]	Data (prevista) dell'attività del piano
[LOW_TS]	Data di inizio (prevista) dell'attività del piano
[HIGH_TS]	Data di fine (prevista) dell'attività del piano

4245 *Tabella 88 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Piano di Cura*

#### 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".

4250 **CONF-PSS-249:** La “Visita o Ricovero Piano di Cura” **DEVE** essere esplicitamente rappresentata con una `<entry/><encounter>` conforme al template “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4”.

L’elemento `<encounter/><code>` indicherà il tipo di visita richiesto. Sarà valorizzato a partire dal Value Set “2.16.840.1.113883.1.11.13955” EncounterCode relativo ad “ActCode” DYNAMIC.

I possibili valori sono riportati nel paragrafo 6.2.1.23, 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.

4260 **CONF-PSS-250:** L’elemento `<encounter>` **DEVE** contenere esattamente un elemento `<encounter/><code>`.

Esempio di implementazione: Richiesta visita (encounter)

```

4265 <encounter classCode="ENC" moodCode=RQO">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4"/>
    <id root="[OID_ENCOUNTER]" />
    <code code="[COD_ENC]" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4" codeSystemName="ActEncounterCode" displayName="[DESC_ENC]" />
    <text>
4270 <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 -->
4275 <!-- ALMENO UNO dei DUE componenti deve essere presente -->
    ( <effectiveTime value="[TS_PLAN]" />
    OR
    <effectiveTime >
        <low value="[LOW_TS]" />
        <high value="[HIGH_TS]" />
4280 </effectiveTime > )
    </encounter>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[COD_ENC]	Codice dal vocabolario HL7 ActEncounterCode che descriva il tipo di encounter.
[DESC_ENC]	Descrizione dal vocabolario HL7 ActEncounterCode che descriva il tipo di encounter.
[REF_ENC]	Riferimento incrociato alla descrizione dell’attività nella parte narrativa
[TS_PLAN]	Data (prevista) dell’attività del piano
[LOW_TS]	Data di inizio (prevista) dell’attività del piano
[HIGH_TS]	Data di inizio (prevista) dell’attività del piano

Tabella 89 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Piano di Cura

4285 **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".

**CONF-PSS-251:** 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".

4290

**CONF-PSS-252:** L'elemento `<act>` **DEVE** contenere esattamente un elemento `<act/><code>`.

L'elemento `<act/><effectiveTime>` **PUÒ** essere utilizzato per esprimere la data ed ora dell'esecuzione, oppure l'intervallo di tempo in cui verrà eseguita l'attività.

4295

In base alle considerazioni fatte, il set di informazioni attese sarà:

```

<act classCode="ACT" moodCode="RQO">
  <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.5" />
  <id root="9a6dlbac-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>

```

4300

4305

4310

4315

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[COD_ACT]	Codice dal vocabolario HL7 ActEncounterCode che descriva il tipo di encounter.
[COD_SYS_ACT]	codeSystem dal vocabolario HL7 ActEncounterCode che descriva il tipo di encounter
[DESC_ACT]	Descrizione dal vocabolario HL7 ActEncounterCode che descriva il tipo di encounter.
#[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

Tabella 90 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Piano di Cura

4320

## 4.13 Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche (Procedures)

Le informazioni relative alle procedure diagnostiche invasive, interventistiche, chirurgiche, terapeutiche non farmacologiche inerenti la storia clinica del paziente e di interesse all'interno del documento sono mappate nella sezione individuata dal codice LOINC "47519-4" ("Storia di Procedure").

4325

La sezione dovrebbe almeno contenere le procedure di maggiore rilevanza, ad esempio gli interventi chirurgici a cui il paziente è stato sottoposto.

Devono essere riportate obbligatoriamente le indicazioni su interventi chirurgici legati a trapianti.

4330

Si osserva che in generale sono di interesse per questa sezione i trattamenti e le procedure che sono già stati effettuati.

Esempi di procedure:

- Asportazione K Cutaneo
- Appendicectomia
- Cordotomia percutanea

4335

La sezione è **OBBLIGATORIA**.

**CONF-PSS-253:** 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".

4340

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

4345

**CONF-PSS-254:** 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".

4350

**CONF-PSS-255:** La sezione "Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche" ("47519-4") **DEVE** contenere una o più `<entry>`, ciascuna contenente `<entry>/<procedure>` conforme al template: "Procedura" conforme al template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1".

4355

Esempio di implementazione:

```

4360 <component>
      <section>
        <tempalteId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11"/>
        <id root="[ID_SEZ]"/>
        <code code="47519-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
4365     displayName="Storia di Procedure"/>
        <title> Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e
          diagnostiche </title>
        <text>
          [NARRATIVE_BLOCK]
        </text>
        <entry>
4370     <!--OPZIONALE Molteplicità 0..N Procedure codificate -->
          [PROCEDURA]
        </entry>
      </component>
    </section>
  
```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID
[NARRATIVE_BLOCK]	Descrizione testuale del contenuto di sezione
[PROCEDURA]	Dettagli "Procedura"

4375 *Tabella 91 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche*

## 4.13.2 Procedura

4380 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").

**CONF-PSS-256:** 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".

4385

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".

4390 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.

4395 Si veda il paragrafo 6.2.1.27 per i possibili valori.

**CONF-PSS-257:** Il valore dell'elemento `<procedure>/<code>` **DOVREBBE** essere derivato da ICD9-CM.

4400 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 IPSNoProceduresInfos (2.16.840.1.113883.11.22.36) DYNAMIC.

4405 Si veda il paragrafo 6.2.1.26 Absent or Unknown Procedures per i possibili valori.

Esempio di implementazione:

```

4410 <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>
4415     <reference value="#[REF_PROC]"/>
    </text>
    <statusCode code="completed|active|aborted|cancelled"/>
    <effectiveTime>
4420     <low value="[LOW_TS]"/>
     <high value="[HIGH_TS]"/>
    </effectiveTime >
    <!--OPZIONALE Riferimento ad Encounter -->
    <entryRelationship typeCode="REFR">
      [RIF_ENCOUNTER]
    </entryRelationship>
4425 <!--OPZIONALE Ragione della procedura -->
    <entryRelationship typeCode="RSON">
      [RAGIONE]
    </entryRelationship>
4430 </procedure>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID
[PROC_CODE]	Codice tipo di procedura
PROC_COD_SYS]	OID (nome) del Nomenclatore usato per le procedure
[PROC_COD_SYS_NAME]	codeSystemName 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
[RIF_ENCOUNTER]	Riferimento a encounter associato alla procedura. (In questo caso <i>entryRelationship/@typeCode='REFR'</i> )
[RAGIONE]	Ragione della procedura

Tabella 92 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche

4435 Esempio di implementazione:

```

4440 <component>
      <section>
        <tempalteId root='2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11' />
        <id root="36e8e830-7b14-11db-9ff1-0800200c9b66" />
        <code code="47519-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
4445      displayName="Storia di Procedure" />
        <title>Procedure</title>
        <text>
          <!-- ..OMISSIS ..-->
        </text>
        <entry>
          <!--OPZIONALE Molteplicità 0..N Procedure codificate -->
            <procedure classCode='PROC' moodCode='EVN'>
              <templateId
4450      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" codeSys-
4455      tem="2.16.840.1.113883.6.104" codeSys-
              temName="ICD9-CM"
              displayName="Diagnostica ecografica del cuore">
                <text>
                  <reference value='#proc_1_1' />
                </text>
                <statusCode code="active" />
                <effectiveTime >
                  <low value="20081212" />
                </effectiveTime >
                <entryRelationship typeCode="RSON">
                  <observation>
4465      <id
                    root="36e8e930-7b14-11db-
                    9fe10800200c9b66" />
                    <code code="410" codeSys-
4470      tem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSys-
                    temName="ICD-9CM (diagnosis codes)"
                    displayName="IMA" />
                  </observation>
                </entryRelationship>
              </procedure>
            </entry>
          </section>
        </component>

```

## 4.14 Visite e Ricoveri (Encounters)

4480 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.

4485 Saranno quindi di interesse visite e ricoveri già avvenuti, mentre le richieste andranno inserite nella section “Piano di Cura”.

Esempi di informazioni gestite:

- 4490
- Visita ortopedica eseguita il 4 febbraio 2011: gonalgia ginocchio sinistro. Consigliato riposo e 10 sedute di tecar terapia.
  - Ricovero presso reparto di medicina interna il 21 gennaio 2011 per patologia acuta dell'apparato respiratorio.

La sezione è opzionale.

4495 **CONF-PSS-258:** 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”.

4500 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

**CONF-PSS-259:** La sezione “Visite e Ricoveri” (“46240-8”) **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a “*Visite e Ricoveri*”.

4505 **CONF-PSS-260:** La sezione Visite e Ricoveri **DEVE** contenere almeno una `<entry>/<encounter>` di tipo “Dettaglio Visita o Ricovero” conforme al template “2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.12.1”.

Segue un esempio della sezione:

4510

```
<component>
  <section>
    <templateId root=" 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.12"/>
    <id root="[ID_SEZ]"/>
    <code code="46240-8"
```

```

4515         codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="Storia di ospedalizzazioni e Storia di visite ambulatoriali"/>
         <title>Visite e Ricoveri</title>
         <text>
4520             [NARRATIVE_BLOCK]
         </text>
         <!-- Molteplicità 1 ...N -->
         <entry>
4525             [ENCOUNTER]
         </entry>
     </section>
</component>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[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"

Tabella 93 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Visite e Ricoveri

4530

## 4.14.2 Dettagli Visita o Ricovero

I dettagli per le visite e i ricoveri sono forniti attraverso un elemento `<encounter>`.

Nel contesto del Profilo Sanitario Sintetico, la `<section>` sulle Visite e Ricoveri conterrà solamente `<encounter>` relativi ad episodi già avvenuti ritenuti significativi dal medico per un corretto inquadramento del paziente; richieste di `<encounter>` andranno inserite nella section "Piano di Cura".

**CONF-PSS-261:** 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".

**CONF-PSS-262:** L'attributo `<encounter>/@moodCode` **DEVE** essere valorizzato con "EVN".

**CONF-PSS-263:** L'elemento `<encounter>/<id>` **DEVE** avere molteplicità 1.

4545 L'elemento `<encounter>/<code>`, **OBBLIGATORIO**, sarà valorizzato a partire dal Value Set EncounterCode derivato da "ActCode" ("2.16.840.1.113883.5.4") DYNAMIC.

Si veda il paragrafo 6.2.1.23 per i possibili valori.

4550 Se presente, l'elemento `<encounter>/<text>/<reference>/@value` **DEVE** essere valorizzato con l'URI che punta alla descrizione estesa della visita o ricovero nel narrative block della sezione.

L'elemento `<effectiveTime>` descrive la data e ora, o la durata della visita o del ricovero.

4555 **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'elemento `<encounter>/<effectiveTime>`.

4560 L'elemento `<performer>/<assignedEntity>/<code>` definisce la tipologia di professionista che ha partecipato all'`<encounter>`.

Segue un Esempio di implementazione:

```

4565 <encounter classCode="ENC" moodCode=EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.12.1"/>
    <id root="[ID_ENC]" extension="[CODICE_ENC]"/>
    <code code="[COD_ENC]" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4" codeSystemName="ActCode" displayName="[DESC_ENC]"/>
    <text>
4570     <reference value="#[REF_ENC]"/>
    </text>
    <effectiveTime>
        <low value="[INIZIO]"/>
        <high value="[FINE]"/>
    </effectiveTime>
4575 <performer typeCode="PRF">
    <time>
        <low value="[INIZIO]"/>
        <high value="[FINE]"/>
    </time>
4580 <assignedEntity>...</assignedEntity>
    </performer>
</encounter>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_ENC]	Identificativo dell'encounter.
[CODICE_ENC]	Codice identificativo dell'encounter.
[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
#[REF_ENC]	Riferimento incrociato alla descrizione dell'elemento nella parte narrativa
[INIZIO]/[FINE]	Data di inizio/fine dell'encounter o della partecipazione del performer

Tabella 94 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Visite e ricoveri

## 4585 4.15 Stato funzionale del Paziente (Functional status)

Questa sezione (individuata dal codice LOINC “47420-5”, “Nota di valutazione dello stato funzionale”) contiene le informazioni che descrivono eventuali comportamenti e/o condizioni del paziente che si discostano dalla norma.

4590 Tale sezione deve riportare almeno la valutazione della capacità motoria dell’assistito (autonomo, assistito, allettato).

Opzionalmente possono riportate le indicazioni sul regime di assistenza (ADI, ADP) attivo.

Esempi di informazioni incluse in questa sezione:

- Capacità motoria: allettato
- 4595 • Stato mentale
- Capacità di comunicazione
- Percezione
- In regime di ADI

4600 La sezione è **OBBLIGATORIA**.

**CONF-PSS-264:** 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”.

4605 Nell’Appendice A (vedi paragrafo 5.14) 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”.

### 4.15.1 Requisiti di sezione

4610 **CONF-PSS-265:** La sezione “Stato funzionale del Paziente” (“47420-5”) **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a “*Stato funzionale del Paziente*”.

4615 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”).

4620

**CONF-PSS-266:** 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”.

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**.

4625

**CONF-PSS-267:** 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 informazioni sul regime di assistenza.

4630

## 4.15.2 Capacità motoria

4635

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.

4640

**CONF-PSS-268:** 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.

4645

**CONF-PSS-269:** Per la **<observation>** relativa alla capacità motoria dell'assistito, il valore di **<observation>/<value>** **DEVE** essere derivato dal ValueSet *CapacitàMotoria\_PSSIT DYNAMIC*.

Si veda il paragrafo 6.2.1.24 per i possibili valori.

## 4.15.3 Regime di assistenza

4650

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.

La **<observation>** riporta l'indicazione della presenza del regime di assistenza, specificandone il tipo.

4655 **CONF-PSS-270:** 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.

4660 **CONF-PSS-271:** Per la `<observation>` relativa al regime di assistenza, il valore di `<observation/><value>` **DOVREBBE** essere selezionato dal Value Set Assistenza-Domiciliare\_PSSIT DYNAMIC.

Si veda il paragrafo 6.2.1.25 per i possibili valori.

Esempio di implementazione:

```
4665 <component>
      <section>
        <templateId root=" 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13"/>
        <id root= "[ID_SEZ]"/>
        <code code="47420-5"
4670 codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="Nota di valutazione dello stato funzionale" />
        <title>Stato funzionale del Paziente</title>
        <text>
          [NARRATIVE_BLOCK]
        </text>
4675 <!-- Molteplicità 1..N -->
        <entry>
          [ORGANIZER]
        </entry>
      </section>
4680 </component>
```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID
[NARRATIVE_BLOCK]	Descrizione testuale del contenuto di sezione
[ORGANIZER]	Dettagli dei risultati inseriti. Vedi paragrafo 4.16.2 - Organizer Risultati

Tabella 95 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Stato funzionale del Paziente

4685  
Esempio di narrative block:

```
<text>
  <table border="1" width="100%">
    <tbody>
4690      <tr>
        <th>ADL (Katz 1970)</th>
      </tr>
      <tr>
4695        <td>
          <list>
```

```

4700         <caption>Rilevazione del 10 maggio 2015
         </caption>
         <item>Capacità motoria: allet-
         tato</item>
         <item>Vestirsi: Necessita di assistenza
         per allacciarsi le scarpe</item>
4705         <item>Uso dei servizi : Va in Bagno si
         pulisce si riveste è in grado di svuo-
         tare vaso e padella</item>
         <item>Assistenza domiciliare Integrata
         attiva dal 10/01/2013</item>
         </list>
         </td>
         </tr>
4710     </tbody>
     </table>
</text>

```

Esempio di blocco testuale:

```

4715     <section>
         <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.13"/>
         <code code="47420-5"
4720             codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
             codeSystemName="LOINC"
             displayName="Nota di valutazione dello stato funzionale"/>
         <title>Stato funzionale del paziente</title>
         <text>
         <table border="1" width="100%">
4725             <thead>
                 <tr>
                     <th>Condizione funzionale</th>
                     <th>Data rilevazione</th>
                     <th>Stato</th>
4730             </tr>
             </thead>
             <tbody>
                 <tr>
4735                     <td> Capacità motoria: allettato </td>
                     <td>2014</td>
                     <td>Attiva</td>
                 </tr>
                 <tr>
4740                     <td>Dipendenza da cannabis</td>
                     <td>1998</td>
                     <td>Attiva</td>
                 </tr>
             </tbody>
         </table>
         </text>
4745     </section>

```

Esempio di blocco strutturato:

```

4750     <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">
4755     <organizer classCode="BATTERY" moodCode="EVN">
        <!-- Result organizer template -->
        <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1"
        />
4760     <statusCode code="completed"/>
        <component>
            <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
                <!--Capacità motoria -->
                <templateId
4765     root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2"/>
                <code code="75246-9" codeSys-
                    tem="2.16.840.1.113883.6.1" displayName="Ac-
                    tivity"/>
                <statusCode code="completed"/>
                <effectiveTime>
4770     <low value="2013"/>
                </effectiveTime>
                <value xsi:type="CD" code="LA4270-0"
                    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
                    codeSystemName="LOINC"
4775     displayName="Allettato"/>
                </value>
            </observation>
        </component>
    </component>
4780     <component>
        <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
            <!--Regime di assistenza -->
            <templateId
4785     root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.2"/>
            <code code="ASSERTION"
                codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
            <statusCode code="completed"/>
            <effectiveTime>
4790     <low value="2013"/>
            </effectiveTime>
            <value xsi:type="CD" code=" PSSADI "
                codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8"
                displayName=" Assistenza Domiciliare Inte-
                grata "/>
            </value>
4795     </observation>
        </component>
    </organizer>
</entry>
</section>

```

## 4800 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.

4805 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:

- 4810
- Gruppo sanguigno A +
  - Sodio Sangue: 134 mEq/L
  - Calcio: 7 mg/dL

La sezione è opzionale.

4815 **CONF-PSS-272:** La sezione "Indagini diagnostiche e esami di laboratorio" (LOINC "30954-2", "Test diagnostici rilevanti & 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 5.14) è riportata la tabella di sintesi degli elementi definiti nel template "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14".

### 4820 4.16.1 Requisiti di sezione

**CONF-PSS-273:** La sezione "Indagini diagnostiche e esami di laboratorio" ("30954-2") **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a "*Indagini diagnostiche e esami di laboratorio*".

4825 **CONF-PSS-274:** 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 di implementazione:

4830

```
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14"/>
    <id root='[ID_SEZ]'/>
    <code code="30954-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
4835    displayName="Test diagnostici rilevanti & dati di laboratorio"/>
    <title>Indagini diagnostiche e esami di laboratorio</title>
    <text>
```

```

4840         [NARRATIVE_BLOCK]
         </text>
         <!--Opzionale Molteplicità 0...N -->
         <entry>
           [ORGANIZER]
         </entry>
4845     </section>
</component>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID
[NARRATIVE_BLOCK]	Descrizione testuale del contenuto di sezione
[ORGANIZER]	Dettagli dei risultati inseriti.

Tabella 96 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Indagini diagnostiche e esami di laboratorio

4850

## 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.

4855 L'`<organizer>` conterrà una o più `<component>` che a loro volta conterranno una `<observation>`.

4860 **CONF-PSS-275:** 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.

4865 **CONF-PSS-276:** 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 di implementazione:

```

4870 <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 code="[COD_ORG_RES]" codeSystem="[OID_CODSYS]" codeSys-
         temName="[DESC_CODESYS]" displayName="[DESC_ORG_RES]" />
         <statusCode code="completed" />
         <effectiveTime value="[TS]" />
4875 <!--component molteplicità 1 .. * per ogni observation riferita all'orga-
         nizer-->
         <component>
           [RES_OBS]

```

`</component>`  
`</organizer>`

4880

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID
[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"
[OID_CODSYS]	OID del sistema di codifica utilizzato
[DESC_CODESYS]	Descrizione del sistema di codifica utilizzato
[DESC_ORG_RES]	Descrizione del tipo di batteria di esami effettuata
[TS]	Data esecuzione della batteria di esami.
[RES_OBS]	Dettaglio singola osservazione. Vedi 4.16.3 - Dettaglio Risultato

Tabella 97 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Indagini diagnostiche e esami di laboratorio

### 4885 4.16.3 Dettaglio Risultato

All'interno di un `<organizer>` possono essere presenti una o più `<component>/<observation>` che rappresentano il risultato di un esame specifico.

4890

**CONF-PSS-277:** 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.

**CONF-PSS-278:** L'elemento `<observation>/<id>` **DEVE** avere molteplicità 1.

4895

L'elemento `<observation>/<effectiveTime>` è **OPZIONALE** e rappresenta la data e ora di rilevazione del risultato relativo all'`<observation>`.

L'elemento `<observation>/<code>`, **OBBLIGATORIO**, definisce il codice del risultato che l'`<observation>` rappresenta.

4900

Per tale codice è possibile utilizzare una codifica internazionale (ad esempio LOINC), oppure una codifica nazionale/locale.

L'elemento `<observation>/<interpretationCode>`, **OPZIONALE**, rappresenta un codice interpretativo della misura effettuata.

4905 L'elemento `<observation>/<referenceRange>`, **OPZIONALE**, rappresenta l'intervallo di riferimento dei valori del risultato dell'osservazione.

Per riportare l'indicazione del gruppo sanguigno, l'`<observation>/<code>` **DEVE** essere valorizzato con "34530-6" "ABO & Rh", secondo la codifica LOINC.

4910 Esempio di implementazione:

```

4915 <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 code="[COD_OBS_RES]" codeSystem="[OID_CODSYS]" codeSystemName="[DESC_CODESYS]" displayName="[DESC_OBS_RES]"/>
    <text>
4920 <reference value="#[REF_OBS]"/>
    </text>
    <statusCode code="completed"/>
    <effectiveTime value="[DT_OBS]" | nullFlavor="UNK"/>
    <value xsi:type="PQ" value="[OBS_VALUE]" unit="[OBS_UNIT]"/>
    <interpretationCode code="[INT_CODE]" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.83" codeSystemName="ObservationInterpretation" displayName="[INT_DESC]"/>
4925 <referenceRange>
    <observationRange>
    <text>
    <reference value="#[REF_RANGE]"/>
    </text>
4930 </observationRange>
    <!--<observationRange>
    <value xsi:type="IVL_PQ">[RANGE_VALUE]</value>
    </observationRange-->
    </referenceRange>
4935 </observation>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	ID Unico della sezione (data type HL7 II)
[COD_OBS_RES]	Codice (data type HL7 CE) che identifica il tipo di esame effettuato. Se non esiste un codice corrispondente alla batteria di esami fatta utilizzare il valore @ <i>nullFlavor</i> ="OTH"
[OID_CODSYS]	OID del sistema di codifica utilizzato.
[DESC_CODESYS]	Descrizione del sistema di codifica utilizzato.
[DESC_OBS_RES]	Descrizione associata al tipo di esame effettuato.
#[REF_OBS]	Riferimento incrociato alla descrizione della misura nella parte narrativa
[DT_OBS]	Data a cui l'osservazione di riferisce.
[OBS_VALUE]	Valore numerico della misura

[OBS_UNIT]	Unità di misura usata
[INT_CODE]	Codice di interpretazione dei risultati. Valore derivato dalla tabella HL7 ObservationInterpretation
[INT_DESC]	Descrizione dell'interpretazione dei risultati. Valore derivato dalla tabella HL7 ObservationInterpretation
#[REF_RANGE]	Riferimento alla parte narrativa su intervallo di valori di riferimento
[RANGE_VALUE]	Valorizzazione (come IVL_PQ) dell'intervallo di valori di riferimento

Tabella 98 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Indagini diagnostiche e esami di laboratorio

4940 Esempio narrative block:

```

4940     <section>
4945         <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.14"/>
4945         <code
4945             code="30954-2"
4945             codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
4945             codeSystemName="LOINC"
4945             displayName="Test diagnostici rilevanti &o dati di laboratorio"/>
4945         <title>Lista problemi rilevanti e diagnosi codificate</title>
4945         <text>
4950             <table border="1" width="100%">
4950                 <caption>23 Marzo 2000 - Emocromo e piastrine</caption>
4950                 <thead>
4950                     <tr>
4955                         <th>Esame</th>
4955                         <th>Esito</th>
4955                         <th>Abnormal flag</th>
4955                         <th>Unità di misura</th>
4955                         <th> Valori normali </th>
4955                         <th> Metodo</th>
4960                     </tr>
4960                 </thead>
4960                 <tbody>
4965                     <tr align="left">
4965                         <th>HGB - Emoglobina </th>
4965                         <td> 11.9 </td>
4965                         <td> * </td>
4965                         <td>g/dL</td>
4965                         <td>13.0 - 16.5</td>
4970                     </tr>
4970                     <tr align="left">
4970                         <th>HCT - Ematocrito</th>
4970                         <td> 34.4</td>
4970                         <td> * </td>
4970                         <td> % </td>
4975                         <td>40.0 - 54.0</td>
4975                     </tr>
4980                     <tr align="left">
4980                         <th>Conteggio piastrine</th>
4980                         <td>170</td>
4980                         <td>migl/mm</td>
4980                         <td>150 - 400</td>
4980                     </tr>

```

```

4985         <tr align="left">
            <th>Neutrofili</th>
            <td>43</td>
            <td>%</td>
            <td>40.0 - 72.0</td>
        </tr>
    </tbody>
4990 </table>
    <table border="1" width="100%">
        <caption>12 Gennaio 2005 - Creatinina</caption>
        <thead>
4995         <tr>
            <th>Esame</th>
            <th>Esito</th>
            <th>Abnormal flag</th>
            <th>Unità di misura</th>
            <th>Valori normali</th>
5000         <th>Metodo</th>
        </tr>
        </thead>
        <tbody>
5005         <tr>
            <th>Creatinina</th>
            <td>1.1</td>
            <td>mg/dl</td>
            <td>0.50 -1.20</td>
5010         </tr>
        </tbody>
    </table>
</text>
</section>

```

5015 **Esempio blocco strutturato:**

```

    <entry typeCode="DRIV">
        <organizer classCode="BATTERY" moodCode="EVN">
            <!-- Result organizer template -->
            <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.14.1" />
5020         <code
            code="COD_PRESTAZIONE_CATALOGO_REGIONALE"
            codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.6.11"
            displayName="Creatinina"/>
            <statusCode code="completed"/>
5025         <effectiveTime value="200501121300"/>
            <component>
                <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
                    <!-- Result observation template -->
                    <templateId
5030                     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"/>
5035         <statusCode code="completed"/>
            <effectiveTime value="200501121300"/>
            <value xsi:type="PQ" value="1.1" unit="mg/dl">
                <translation

```

```
5040         value="1.1"  
           code="mg{creat}"  
           codeSystem="2.16.840.1.113883.6.8"  
           codeSystemName="UCUM"/>  
         </value>  
5045     <!--Range di riferimento per la prestazione (Valori normali) -->  
         <referenceRange typeCode="REFV">  
           <observationRange classCode="OBS" mood-  
             Code="EVN.CRT">  
5050               <value xsi:type="IVL_PQ">  
                   <low value="0.5" unit="mg/dl"/>  
                   <high value="1.2" unit="md/dl"/>  
               </value>  
             </observationRange>  
           </referenceRange>  
5055     </observation>  
         </component>  
       </organizer>  
     </entry>
```

## 4.17 Assenso/Dissenso Donazione Organi (Advance Directives)

5060

Sezione individuata dal codice LOINC “42348-3” (“Dichiarazioni anticipate di trattamento”) destinata alla rappresentazione del assenso/dissenso del paziente per la donazione di organi.

5065 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

5070

La sezione è opzionale.

**CONF-PSS-279:** 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”.

5075

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”.

### 4.17.1 Requisiti di sezione

5080

**CONF-PSS-280:** La sezione “Assenso/Dissenso Donazione Organi” (LOINC Code “42348-3”) **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a “As-senso/Dissenso Donazione Organi”.

5085 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:

5090

```
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.15" />
    <id root="[ID_SEZ]"/>
    <code code="42348-3"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" di-
      splayName= "Dichiarazioni anticipate di trattamento" />
    <title> Assenso / Dissenso Donazione Organi </title>
    <text>
      [NARRATIVE_BLOCK]
```

5095

```

5100         </text>
        </section>
</component>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[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

Tabella 99 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Assenso/Dissenso Donazione Organi

5105 Esempio di Narrative Block:

```

5105     <text>
5110         <table border="1" width="100%">
5115             <thead>
5120                 <tr>
5125                     <th>Richiesta</th>
5130                     <th>Scelta del paziente</th>
5135                     <th>Data</th>
5140                     <th>MMG</th>
5145                 </tr>
5150             </thead>
5155             <tbody>
5160                 <tr>
5165                     <td>Donazione organi</td>
5170                     <td>Assenso</td>
5175                     <td>07 Giugno 1999</td>
5180                     <td>Dr. Roberto Torre</td>
5185                 </tr>
5190             </tbody>
5195         </table>
5200     </text>

```

## 4.18 Esenzioni

5130 La sezione **OPZIONALE** è 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

5135

**CONF-PSS-281:** 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”.

5140 Nell’Appendice A (Si veda il paragrafo 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-282:** La sezione “Esenzioni” (LOINC Code “57827-8”) **DEVE** avere un `<section/><title>` possibilmente valorizzato a “Esenzioni”.

5145

**CONF-PSS-283:** 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”.

5150 In base alle condizioni sopra espresse la sezione potrà essere così strutturata:

```

5155 <component>
    <section>
        <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17" />
        <id root="[ID_SEZ]"/>
        <code code=" 57827-8"
            codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" di-
            splayName= "Motivo di esenzione dal co-pagamento" />
        <title> Esenzioni </title>
        <text>
5160             [NARRATIVE_BLOCK]
        </text>
        <entry>
5165 <!--Molteplicità 1..N Esenzione -->
            [ESENZIONE_ACT]
        </entry>
    </section>
</component>

```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[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 (si veda il paragrafo 4.8.2- Osservazione su Stile di Vita).

5170 *Tabella 100 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Esenzioni*

## 4.18.2 Esenzione

Le informazioni codificate sull'esenzione sono fornite attraverso una `<act>` ("2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.17.1").

5175

**CONF-PSS-284:** 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".

5180

**CONF-PSS-285:** L'elemento `<entry>/<act>` **DEVE** avere l'attributo `<act>/@classCode` valorizzato con "ACT" e l'attributo `<act>/@moodCode` valorizzato con "EVN".

Il valore per `<act>/<statusCode>` **DEVE** essere derivato dal ValueSet ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC.

5185 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".

5190

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:

5195

- **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

5200 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.

5205 **CONF-PSS-286:** 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";

5210 • **@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,

5215 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)

5220 • "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;

5225 • **@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.

5230 **CONF-PSS-287:** L'elemento `<act>/<effectiveTime>/@low` **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con `@nullflavor = "UNK"`

5235 **CONF-PSS-288:** 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:

```
5240 <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
      <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.17.1/>
      <id root="[ID_SEZ]"/>
      <code code="[ESE_CODE]"
5245 <codeSystem="[ESE_CODESYS]" displayName="[ESE_DESC]"/>
      <!--OPZIONALE -->
      <statusCode code="[STATUS_CODE]"/>
      <effectiveTime>
          <low (value="[LOW_TS]" | nullFlavor="UNK" )/>
5250 <!-- OPZIONALE -->
          <high nullFlavor="[HIGH_TS]"/>
      </effectiveTime>
      <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità0..1-->
      <entryRelationship>
          [NOTE]
5255 </entryRelationship>
    </act>
```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID
[ESE_CODE]	Indica il codice del tipo di esenzione
[ESE_CODESYS]	OID del codice di esenzione
[ESE_DESC]	Descrizione del codice del tipo di esenzione
[STATUS_CODE]	Stato dell'atto, valori ammessi 'active, suspended, aborted, completed'
[LOW_TS]	Data di inizio validità esenzione. Se non noto valorizzare l'elemento col nullFlavor = UNK
[HIGH_TS]	Data di fine validità esenzione.
[NOTE]	Eventuali Note. Si veda il paragrafo 4.3.3.2.5 - Commenti

5260 *Tabella 101 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Esenzioni*

#### 4.18.2.1 Note e commenti relativi alle esenzioni – entryRelationship/act

5265 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 paragrafo 4.3.3.2.5.

## 4.19 Reti di Patologia

5270

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").

5275

Esempi di informazioni gestite:

- Paziente seguito dalla Rete Oncologica della Romagna.

La sezione è opzionale.

5280

**CONF-PSS-289:** 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".

5285

Nell'Appendice A (si veda il paragrafo 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".

### 4.19.1 Requisiti di sezione

5290

**CONF-PSS-290:** La sezione "Reti di Patologia" (Code "PSSIT99") **DEVE** avere un `<section>/<title>` possibilmente valorizzato a "Reti di Patologia".

**CONF-PSS-291:** 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".

5295

**CONF-PSS-292:** 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".

5300

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

5305

```
<component>
  <section>
    <templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.18"/>
    <id root="[ID_SEZ]"/>
    <code code="PSSIT99"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8" codeSystemName=" Pro-
      filoSanitarioSinteticoIT" displayName= "Reti di Patologia"/>
```

5310

```
<title> Reti di Patologia </title>
<text>
  [NARRATIVE_BLOCK]
```

5315

```
</text>
<entry>
  <!--Molteplicità 1...N Rete di Patologia -->
  [RETE_ACT]
</entry>
</section>
</component>
```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). In generale può essere un UUID
[NARRATIVE_BLOCK]	Descrizione testuale del contenuto di sezione
[RETE_ACT]	Informazione codificata relativa ai dati sulla rete di patologia (si veda il paragrafo 4.19.2).

5320

Tabella 102 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Reti di Patologia

## 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").

5325

**CONF-PSS-293:** 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".

5330

**CONF-PSS-294:** 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 ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC. Si veda il paragrafo 6.2.1.2.

In generale in un Profilo Sanitario Sintetico lo `<statusCode>` è di tipo "active".

5335

L'identificativo della rete di patologia è espresso dall'elemento `<act>/<id>`, **OBBLIGATORIO**, che nell'attributo `@root` esprime l'OID della rete.

**CONF-PSS-295:** L'elemento `<act>/<id>` **DEVE** avere l'attributo `@root` valorizzato con l'OID della rete di patologia.

5340

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>`.

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.

5345 **CONF-PSS-296:** L'elemento `<act>/<effectiveTime>/@low` **DEVE** essere sempre presente, nel caso non se ne conosca il valore deve essere valorizzato con `@nullFlavor = "UNK"`.

5350 **CONF-PSS-297:** 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:

```
5355 <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]' codeSystem=[RDP_CODESYS]'
      displayName='[RDP_DESC]' />
    <statusCode code='[STATUS_CODE]'/>
5360 <effectiveTime>
    <low (value='[LOW_TS]' | nullFlavor="UNK" )/>
    <!-- OPZIONALE -->
    <high nullFlavor='[HIGH_TS]'/>
    </effectiveTime>
5365 <entryRelationship>
    <!-- Descrizione Commenti e Note molteplicità 0..1--->
    [NOTE]
    </entryRelationship>
5370 </act>
```

Segue la tabella delle pseudo variabili:

Valore	Dettagli
[ID_SEZ]	Identificativo unico della sezione/componente (Data Type HL7 v3 Instance Identifier). OID che identifica la Rete di Patologia.
[RDP_CODE]	Indica il tipo di rete di patologia.
[RDP_CODESYS]	OID del tipo di rete di patologia
[RDP_DESC]	Descrizione del codice del 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 = <b>UNK</b>
[HIGH_TS]	Data di fine appartenenza alla rete di patologia
[NOTE]	Eventuali Note. Si veda il paragrafo 4.3.3.2.5 - Commenti

Tabella 103 Dettagli valorizzazione pseudo variabili relative alla sezione Rete di Patologia

5375 **4.19.2.1 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 dettagli sulla modalità di utilizzo della classe `<act>` per note e commenti si rimanda al paragrafo 4.3.3.2.5.

5380

## 5 APPENDICE A: TABELLA DI SINTESI DEGLI ELEMENTI DEFINITI NEL TEMPLATE

5385 Nella seguente tabella è fornito un riassunto schematico delle sezioni descritte in questo documento; le convenzioni utilizzate nella tabella sono descritte qui di seguito:

- La prima colonna della tabella riporta il livello di nesting, si assume come livello 1 il livello component/section.
- La seconda colonna riporta la cardinalità dell'elemento. Si osserva che:

5390     ○ La cardinalità [1..1] indica che l'elemento **DEVE** essere presente una ed una sola volta.

○ La cardinalità [1..\*] indica che l'elemento **DEVE** essere presente almeno una volta.

○ La cardinalità [0..1] indica che l'elemento **PUÒ** essere presente.

5395     ○ La cardinalità [0..\*] indica che l'elemento **PUÒ** essere presente zero o più volte.

- La terza colonna riporta il nome dell'elemento, preceduto, laddove applicabile, dal nome dell'elemento che lo precede.

- La quarta colonna contiene attributi rilevanti e valorizzazioni relative. È a questo proposito importante osservare che nella tabella riassuntiva sono riportati solo gli attributi più rilevanti e le rispettive valorizzazioni, pertanto tale tabella non è da considerarsi esaustiva di tutti gli attributi e valorizzazioni presenti descritti nei paragrafi relativi alla section in esame.

5400

- La quinta colonna contiene eventuali note.

Si osserva che in generale nella tabella si utilizza la notazione XPath secondo cui

5405

- 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.

5410 .

## 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 & 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 ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted <b>STATIC</b> effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK effectiveTime/@high [0.1]: <ul style="list-style-type: none"> <li>• se statusCode=completed aborted effectiveTime/@high [1.1]</li> <li>• se statusCode/=completed aborted effectiveTime/@high non deve essere presente</li> </ul>	Entry di tipo "Allergia o Intolleranza"
3	[1.1]	entryRelationship/observation	templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.4 <ul style="list-style-type: none"> <li>• code/@code [1.1]= "OINT", 2.16.840.1.113883.5.4 derivato dall'ActCode STATIC</li> <li>• id [1.1]</li> <li>• effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK</li> <li>• value/@code valore derivato dal Value Set UnknownAllergies_PSSIT DYNAMIC</li> </ul>	"Allergy and Intolerance Entry" – Indicazione Assenza Allergie Note

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3 <ul style="list-style-type: none"> <li>code/@code valore derivato dal Value Set, ObservationIntoleranceType DYNAMIC</li> <li>id [1.1]</li> <li>effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK</li> <li>Se è noto l'agente che ha causato l'intolleranza o la reazione avversa:               <ul style="list-style-type: none"> <li>value/@code = "52473-6"</li> <li>value/@codeSystem = "2.16.840.1.113883.6.1"</li> <li>value/@displayName = "Allergia o causa della reazione"</li> </ul> </li> </ul>	"Allergy and Intolerance Entry" – Intolleranze, allergie o reazioni avverse
4	[1.*]	participant	<ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>Se agente codificato e per le allergie non a farmaci participantRole/playingEntity/code DOVREBBE essere selezionato dal value set AllergenNo-Drugs_PSSIT DYNAMIC</li> <li>Se agente non noto participantRole/playingEntity/code/@nullFlavor = "UNK" (nessun altro attributo deve essere valorizzato)</li> <li>Se agente non codificato participantRole/playingEntity/code/@nullFlavor = "NI" (nessun altro attributo deve essere valorizzato)</li> </ul> participantRole/playingEntity/code/[@nullFlavor="NI"]/originalText/reference [0.1] (riferimento alla descrizione dell'agente)nel Narrative Block)	Agente Applicabile solo se templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.3 (intolleranze, allergie o reazioni avverse) al livello precedente
4	[0.*]	entryRelationship/observation entryRelationship/@typeCode="MFST", "In manifestation of" 2.16.840.1.113883.5.1002	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se Osservazione Reazione Avversa è in forma codificata               <ul style="list-style-type: none"> <li>templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1</li> <li>value DOVREBBE essere derivato "ICD9-CM (diagnosis codes)"</li> </ul> </li> </ul>	Osservazione Reazione Avversa (reaction observation) Applicabile solo se

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
		ActRelationshipType <b>STATIC</b>	(2.16.840.1.113883.6.103) DYNAMIC <ul style="list-style-type: none"> <li>Se Osservazione Reazione Avversa è in forma non codificata <ul style="list-style-type: none"> <li>templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.2</li> <li>value/originalText/reference [0.1] (riferimento alla descrizione della reazione nel narrative block)</li> </ul> </li> </ul> code/@code = "75321-0", @displayName = "Obiettività Clinica", @codeSystem = "2.16.840.1.113883.6.1" STATIC value/@xsi:type [1.1]='CD'	templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1.4.3.1.3 (intolleranze, allergie o reazioni avverse) al livello precedente
4	[0.1]	entryRelationship/observation  entryRelationship/@inversionInd="true" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType <b>STATIC</b>	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.3 value/@xsi:type [1.1]='CD'  value valore derivato dal ValueSet CriticalityObservation DYNAMIC, value/@codeSystem = 2.16.840.1.113883.5.1063	Criticità dell'allergia
4	[0.1]	entryRelationship/observation	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6 code/@code="33999-4", @displayName="Stato", @codeSystem = "2.16.840.1.113883.6.1" STATIC  value valore derivato dal StatoClinicoAllergia_PSSIT DYNAMIC, value/@codeSystem = 2.16.840.1.113883.6.1"	Stato clinico dell'allergia
4	[0.*]	entryRelationship/act  entryRelationship/@typeCode="SUBJ" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType <b>STATIC</b>  entryRelationship/@inversionInd="true"	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7	Note e commenti associati all'allergia

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
		nd="true" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType <b>STATIC</b>		

## 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"	
2	[1.*]	entry/substanceAdministration	templateId/@root assume in alternativa uno dei seguenti valori: <ul style="list-style-type: none"> <li>2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1 (Terapia)</li> <li>2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3 (Assenza di terapie note)</li> </ul>	Entry di tipo "Terapia" o "Assenza di terapie note"
			Se templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1 (Terapia) <ul style="list-style-type: none"> <li>statusCode = ValueSet ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC</li> <li>effectiveTime[1.*]/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK</li> <li>effectiveTime[1.*]/@high [0.1]; se statusCode=completed aborted effectiveTime/@high [1.1]; se statusCode/=completed aborted effectiveTime/@high non deve essere presente</li> <li>effectiveTime: seconda istanza opzionale, per descrivere la posologia</li> </ul>	Entry di tipo "Terapia" Primo effectiveTime per descrivere l'intervallo di tempo in cui è in atto la terapia Secondo effectiveTime per descrivere la posologia

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			Se templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.3 (Assenza di terapie note), substanceAdministration/code[1.1], è derivato dal value set AssenzaTerapie Note_PSSIT	Entry di tipo "Assenza di terapie note"
3	[1.1]	consumable/manufacturedProduct	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2 substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial/code [1.1] valore derivato da AIC (2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5) substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial/code/translation [0.1] valore derivato da WHO ATC (2.16.840.1.113883.6.73)	"Dettagli Farmaco" Applicabile solo se al livello precedente templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.1 (Terapia)

5415

## 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 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"

Liv.	Card	Elemento/Macro oggetto	Attributi/Valorizzazioni rilevanti	Note
3	[0.1]	entryRelationship/observation	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.4. code/@code = "30973-2", @displayName = "Numero dose", @codeSystem = "2.16.840.1.113883.6.1" STATIC statusCode/@code = "completed" value/@xsi:type [1.1]='INT', @value[1.1]	Numero della dose
3	[0.1]	entryRelationship/observation	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.3.3 code/@code = "59781-5", @displayName = "Validità della dose", @codeSystem = "2.16.840.1.113883.6.1" STATIC statusCode/@code = "completed" value/@xsi:type = "IVL_TS" [1.1] value/high/@value [1.1]	Periodo Copertura
3	[0.*]	entryRelationship/observation entryRelationship/@typeCode = "CAUS", "Is etiology for" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC	templateId/@root =2.16.840.1.113883.10.20.1.54 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Osservazione Reazione Avversa è in forma codificata               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ templateId/@root=2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.5.1</li> <li>○ value DOVREBBE essere derivato "ICD9-CM (diagnosis codes)" (2.16.840.1.113883.6.103) DINAMIC</li> </ul> </li> <li>• 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</li> </ul> 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	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7	Note e commenti associati alla vaccinazione

Liv.	Card	Elemento/Macro oggetto	Attributi/Valorizzazioni rilevanti	Note
		="SUBJ" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC  entryRelationship/@inversionI nd="true" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC		

## 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" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] =" Lista dei problemi"	
2	[1.*]	entry/act	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.1 statusCode = ValueSet ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK effectiveTime/@high [0.1]: <ul style="list-style-type: none"> <li>• se statusCode=completed aborted effectiveTime/@high [1.1]</li> <li>• se statusCode/=completed aborted effectiveTime/@high non deve</li> </ul>	Entry di tipo "Problema"

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			essere presente	
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 UnknownProblems_PSSIT DYNAMIC	"Dettagli Problema"
3	[0.*]	entryRelationship/act	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.3 id [1.1] code [1.1]: se entry/act/code presente, dovrà coincidere con questo, altrimenti code/@nullFlavor=NA	Riferimenti interni
4	[0.1]	entryRelationship/observation  entryRelationship/@inversionInd="true" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC	templateId/@root =2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.4.4, value/@xsi:type [1.1]='CD' value valore derivato dal ValueSet SeverityObservation DINAMIC, value/@codeSystem = 2.16.840.1.113883.5.1063	Gravità Problema
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	Cronicità di un problema

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			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)	
4	[0..*]	entryRelationship/act  entryRelationship/@typeCode = "SUBJ" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC  entryRelationship/@inversionInd="true" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType STATIC	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7	Note e commenti associati al Problema

## 5420 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"

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
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	

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			value/@xsi:type = PQ	
			code/@code="74013-4" – “Bevande alcoliche al giorno” LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = PQ	
			code/@code="61144-2" – “Dieta e nutrizione” LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = CD	
			code/@code="63511-0" – “Sta attualmente lavorando, è in cerca di lavoro, pensionato, casalinga, studente, o altro” LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = CD value/@code può essere valorizzato con Classificazione delle professioni ISTAT value/@codeSystem può essere valorizzato con 2.16.840.1.113883.2.9.6.2.3	
			code/@code="63736-3" – “Materiali a cui è stato esposto nel suo lavoro o nella vita quotidiana” LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = CD	
			code/@code=" 74204-9" – “Uso di Droghe” LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = CD	
			code/@code="32624-9" – “Razza” LOINC 2.16.840.1.113883.6.1	

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			value/@xsi:type = CD	
			code/@code="45404-1" – “Marital status” LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = CD	
			code/@code="52720-0" – “Altre informazioni utili” LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = ANY	
			code/@code="11295-3" – “Impiego attuale” LOINC 2.16.840.1.113883.6.1 value/@xsi:type = CD	

## 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”

5425

## 5.8 Parametri Vitali (Vital Signs)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[0..1]	Sezione Parametri Vitali (Vital Signs) section	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.8 code/@code[1..1] = "8716-3" – "Parametri vitali" - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] = " Parametri Vitali"	
2	[0..*]	entry/organizer	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.8.1	Entry di tipo "Organizer Parametri Vitali"
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	

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			code/@code="8480-6" – "Sistolica intravascolare" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ	
			code/@code="8462-4" – "Diastolica intravascolare" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ	
			code/@code="8310-5" – "Temperatura corporea" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ	
			code/@code="8302-2" – "Altezza corporea" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ	
			code/@code="8306-3" – "Altezza corporea^sdraiato" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ	
			code/@code="8287-5" – "Circonferenza.occipitale-frontale" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ	
			code/@code="3141-9" – "Peso corporeo" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ	

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			code/@code="39156-5" – "Indice di massa corporea" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC value/@xsi:type = PQ	

## 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"

5430

## 5.10 Piani di Cura (Plan of Care)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
1	[0..1]	Sezione Piani di Cura (Plan of Care) section	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.10 code/@code[1..1] = " 18776-5 "Piano di cura" - 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] =" Piani di cura"	
2	[0..*]	entry/observation	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.1 id [1..1] code/@code [1..1] derivato da value set LOINC (2.16.840.1.113883.6.1), o altro sistema di codifica locale. effectiveTime/@low e effectiveTime/@high [0..1] per esprimere un intervallo di tempo, o in alternativa effectiveTime/@value per esprimere una data precisa	Entry di tipo "Dettagli Attività Piano di Cura" - Osservazione (per prestazioni)
2	[0..*]	entry/substanceAdministration	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.2 (terapia) id [1..1] effectiveTime/@low e effectiveTime/@high [0..1] per esprimere un intervallo di tempo, o in alternativa effectiveTime/@value per esprimere una data precisa effectiveTime [0..1] per esprimere la posologia	Entry di tipo "Dettagli Attività Piano di Cura"- Terapia (per terapia farmacologica o vaccinazione)
3	[1..1]	consumable/manufacturedProduct	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.2.2 substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/ manufacturedMaterial/code[1.1] valore derivato da AIC (2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5) substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/ manufacturedMaterial/code/traslation[1.1] valore derivato da WHO ATC	"Dettagli Farmaco" Applicabile solo se al livello precedente templateId/@root= 2.16.840.1.113883.2.9.10.1. 4.3.10.2 (Terapia)

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			(2.16.840.1.113883.6.73)	
2	[0..*]	entry/procedure	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.3 id [1..1] code/@code [1..1] derivato da value set LOINC (2.16.840.1.113883.6.1), o altro sistema di codifica locale. effectiveTime/@low e effectiveTime/@high [0..1] per esprimere un intervallo di tempo, o in alternativa effectiveTime/@value per esprimere una data precisa	Entry di tipo "Dettagli Attività Piano di Cura"- Procedura
2	[0..*]	entry/encounter	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.10.4 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 (Procedures) section	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.11 code/@code[1..1] = "47519-4" "Storia di Procedure" 2.16.840.1.113883.6.1 LOINC STATIC title [1.1] = "Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche"	Il templateId 1.3.6.1.4.1.19376.1.5.3.1.3.12 è opzionale e può essere usato per codificare le informazioni della sezione
2	[0..*]	entry/procedure	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.11.1 procedure/@moodCode = EVN	Entry di tipo "Procedura Trattamenti e procedure terapeutiche, chirurgiche e diagnostiche"

## 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"

5435

## 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 & 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"

## 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"	

## 5440 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 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"	Entry di tipo "Esenzione"

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
			<p>act/@moodCode = "EVN"</p> <p>statusCode = ValueSet ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted STATIC code [1.1] = @code e @codeSystem: uno tra i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.22 (per catalogo nazionale delle esenzioni)</li> <li>• 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)</li> <li>• 2.16.840.1.113883.2.9.5.2.2 (per sistema di codifica Nessuna Esenzione)</li> </ul> <p>effectiveTime/@low [1.1]; se non noto effectiveTime/@low/@nullFlavor=UNK</p> <p>effectiveTime/@high:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• se statusCode=completed aborted effectiveTime/@high [1.1]</li> <li>• se statusCode/=completed aborted effectiveTime/@high non deve essere presente</li> </ul>	
3	[0.*]	<p>entryRelationship/act</p> <p>entryRelationship/@typeCode = "SUBJ"</p> <p>2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType <b>STATIC</b></p> <p>entryRelationship/@inversionInd="true"</p> <p>2.16.840.1.113883.5.1002</p>	<p>templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7</p>	<p>Note e commenti associati all'esenzione</p>

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
		ActRelationshipType <b>STATIC</b>		

## 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 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• se statusCode=completed aborted effectiveTime/@high [1..1]</li> <li>• se statusCode/=completed aborted effectiveTime/@high non deve essere presente</li> </ul>	Entry di tipo "Rete di Patologia"
3	[0..*]	entryRelationship/act entryRelationship/@typeCode	templateId/@root = 2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.7	Note e commenti associati alle Reti di Patologia

Livello	Card	Elemento / Macro oggetto	Attributi / Valorizzazioni rilevanti	Note
		="SUBJ" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType <b>STATIC</b>  entryRelationship/@inversionI nd="true" 2.16.840.1.113883.5.1002 ActRelationshipType <b>STATIC</b>		

## 6 APPENDICE B: OID E VOCABOLARI

### 5445 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:

- 5450 • 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
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1.6	Sezione Anamnesi Familiare	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6.1	Organizer Anamnesi Familiare	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6.2	Dettaglio Anamnesi Familiare	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1.6.3	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

2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1 2	Sezione Visite e Ricoveri	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1 2.1	Dettagli Visita o Ricovero (encounter)	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1 3	Sezione Stato del Paziente	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1 4	Sezione Indagini Diagnostiche e Esami di Laboratorio	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1 4.1	Organizer Risultati	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1 4.2	Dettagli Risultato	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1 5	Sezione Assenso Dissenso Donazione Organi	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1 7	Sezione Esenzioni	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1 7.1	Esenzione	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.1 8	Sezione Reti di Patologia	IG CDA IT
2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.3.1 8.1	Rete di Patologia	IG CDA IT

*Tabella 104 - Template definiti da questa guida*

## 6.2 Vocabolari

### 6.2.1 Value Set

5455 Nota bene: le sezioni sottostanti documentano il contenuto dei value set al momento della pubblicazione di questa guida. Per tutti i value set il cui binding non è esplicitamente indicato come STATIC, è possibile che il loro contenuto sia aggiornato nel tempo, senza che una nuova versione di questa guida sia pubblicata.

### 6.2.1.1 **assignedAuthorCode\_PSSIT**

5460 Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.13

Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.13>

### 6.2.1.2 **ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted**

5465 Value Set OID: 2.16.840.1.113883.11.22.12

Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.11.22.12>

code	Informazioni aggiuntive
active	Problema attivo: un problema è attivo fino a quando ci si aspetta che possa essere svolta una qualche attività clinica. Per tutti gli altri stati NON devono essere previste attività. Terapia attiva.
suspended	Il problema è da considerarsi attivo, ma può essere "messo da parte". Per esempio, dopo un periodo di assenza di sintomi, senza però che si possa stabilire in via definitiva che sia stato risolto. La terapia è sospesa; tuttavia, è da considerarsi ancora attiva, ma può essere "messa da parte".
aborted	Problema da non considerarsi più attivo, senza che sia da considerarsi risolto (Per esempio il paziente abbandona la cura). Terapia da non considerarsi più attiva, essendo stata interrotta (Per esempio il paziente abbandona la cura)
completed	Il problema, l'allergia o lo stato clinico è stato risolto, non esiste più la necessità di tracciare il problema eccetto che per scopi di storicizzazione. La terapia non è più attiva.

Tabella 105 Informazioni aggiuntive ActStatusActiveSuspendedAbortedCompleted

5470

### 6.2.1.3 **Absent or Unknown Allergies**

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.11.22.9

Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.11.22.9>

5475

code	Informazioni aggiuntive
no-allergy-info	Per indicare l'assenza di informazioni relative alle allergie.
no-known-allergies	Per indicare l'assenza di allergie note

Tabella 106 Informazioni aggiuntive per Absent or Unknown Allergies

### 6.2.1.4 *ObservationIntoleranceType*

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.11.22.9

Link Art Decor value set:

5480 <https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.1.11.19700>

Codice	Descrizione
OINT	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa a fronte di una esposizione ad un agente. (Valore più generico)
ALG	Ipersensibilità ad un agente causato da una risposta immunologica ad una esposizione iniziale.
DALG	Allergia ad un prodotto farmacologico
EALG	Allergia non associabile a farmaci o cibo. E.g. Lattice, polline, etc.
FALG	Allergia ad una sostanza generalmente consumata per scopi nutritivi
NAINT	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa, di tipo non immunitario
FNAINT	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa, di tipo non immunitario, associabile ad una sostanza generalmente consumata per scopi nutritivi
DNAINT	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa, di tipo non immunitario, associabile ad un farmaco
ENAIN	I 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	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa associabile ad una sostanza generalmente consumata per scopi nutritivi
DINT	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa associabile ad un farmaco
EINT	Ipersensibilità che porta ad una reazione avversa non associabile a farmaci o cibo. E.g. Lattice, polline, etc.

Tabella 107 Informazioni aggiuntive per *ObservationIntoleranceType*

### 6.2.1.5 *Allergeni (No Farmaci)*

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.2

5485 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>

### 6.2.1.6 *Reazioni Intolleranza*

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.3

5490 Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.3>

### **6.2.1.7 Reazioni Allergiche**

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.4

5495 Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.4>

### **6.2.1.8 Severity Observation**

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.5

Link Art Decor value set:

5500 <https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.5>

### **6.2.1.9 Criticality Observation**

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.6

Link Art Decor value set:

5505 <https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.6>

### **6.2.1.10 Stato Clinico Problema**

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.7

Link Art Decor value set:

5510 <https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.7>

### **6.2.1.11 Stato Clinico Allergia**

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.11

Link Art Decor value set:

5515 <https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.11>

### **6.2.1.12 Absent or Unknown Medication**

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.11.22.15

Link Art Decor value set:

5520 <https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.11.22.15>

code	Informazioni aggiuntive
no-known-medications	Per indicare l'assenza di terapie note.
no-medication-info	Per indicare l'assenza di informazioni relative a terapie farmacologiche.

Tabella 108 Informazioni aggiuntive per *Absent or Unknown Medications*

### 6.2.1.13 *ProblemObservation\_PSSIT*

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.9

5525 Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.9>

### 6.2.1.14 *OrganiMancanti\_ICD9\_PSSIT*

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.16

5530 Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.16>

code	DisplayName	Informazioni aggiuntive	Note
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
755.31	MANCANZA TRASVERSA DELL'ARTO INFERIORE	Riferito a mancanza di una Gamba	
V45.72	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - INTESTINO (CRASSO) (TENUE)	Riferito a mancanza di segmento di Intestino	Codice alternativo ICD10: Z90.4
V45.71	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - MAMMELLA	Usato per assenza di una o entrambe le mammelle	Codice alternativo ICD10: Z90.1
756.81	ASSENZA DI MUSCOLI E TENDINI		
V45.78	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - OCCHIO		
744.01	ASSENZA DELL'ORECCHIO ESTERNO		
744.21	ASSENZA DEL LOBO DELL'ORECCHIO, CONGENITA		
744.09	ALTRO ASSENZA DELL'ORECCHIO, CONGENITA		
V45.76	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - POLMONE	Usato per assenza di parte o dell'intero polmone	Codice alternativo ICD10: Z90.2
V45.73	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - RENE		Codice alternativo ICD10: Z90.5
V45.75	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - STOMACO	Usato per mancanza di parte o tutto lo stomaco	Codice alternativo ICD10: Z90.3
V45.74	ASSENZA ACQUISITA DI ORGANI - ALTRE PARTI DEL TRATTO URINARIO		Codice alternativo ICD10: Z90.6
V45.79	ASSENZA ACQUISITA DI ALTRI ORGANI	Usato in caso di altri organi non classificati altrove	Codice alternativo ICD10: Z90 o Z90.8

Tabella 109 Informazioni aggiuntive per OrganiMancanti\_ICD9\_PSSIT

### 6.2.1.15 OrganiMancanti\_ICD10\_PSSIT

5535 Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.17

Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.17>

code	DisplayName	Informazioni aggiuntive
Q52.0	Assenza congenita della vagina	Assenza di apparato riproduttivo femminile
Z89.8	Mancanza acquisita di arti superiori ed inferiori [a qualsiasi livello]	
Z89	Mancanza acquisita di un arto	
Z89.9	Mancanza acquisita di un arto non specificato	Arto non specificato
Z89.2	Mancanza acquisita del braccio, al di sopra del polso	
Z89.0	Mancanza acquisita di dito(a) della mano, [compreso il pollice], unilaterale	
Z89.3	Mancanza acquisita di entrambi gli arti superiori [qualsiasi livello]	Usato per assenza di entrambe le braccia
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
Z89.5	Mancanza acquisita di una gamba sotto il ginocchio	
Z89.6	Mancanza acquisita di una gamba, sopra il ginocchio	
Z89.1	Mancanza acquisita della mano e del polso	
Z89.4	Mancanza acquisita del piede e della caviglia	
Z90.0	Mancanza acquisita di parte della testa e del collo	
Z90.4	Mancanza di parti del tratto digerente	Solo in assenza di alcuni segmenti
Q10.4	Assenza e agenesia dell'apparato lacrimale	
Q13.1	Assenza dell'iride	
Q16	Assenza congenita di padiglione auricolare	
Q16.1	Assenza, atresia e restringimento congeniti di condotto uditivo (esterno)	
Q16.2	Assenza congenita della Tuba di Eustachio	
Q50.0	Assenza congenita dell'Ovaio	

Tabella 110 Informazioni aggiuntive per OrganiMancanti\_ICD10\_PSSIT

5540

### 6.2.1.16 *Trapianti PSSIT*

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.18

Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.18>

5545

code	DisplayName	Classificazione Trapianti secondo indicazioni Ministero Salute - Descrizione organo/cellule/tessuto trapiantato
V42.1	CUORE SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Cuore
V42.7	FEGATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Fegato
V42.84	INTESTINO SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Intestino
V42.83	PANCREAS SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Pancreas
V42.6	POLMONE SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Polmone/i
V42.0	RENE SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Rene/i
V50.0	TRAPIANTO DI CAPELLI	Capelli
V42.5	CORNEA SOSTITUITA DA TRAPIANTO	Cornea
V42.3	PELLE SOSTITUITA DA TRAPIANTO	Cute
V42.81	MIDOLLO OSSEO SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Midollo osseo
V42.4	OSSO SOSTITUITO DA TRAPIANTO	Ossa
V58.2	TRASFUSIONE DI SANGUE SENZA INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI	Sangue (trasfusione)
V42.2	VALVOLA CARDIACA SOSTITUITA DA TRAPIANTO	Valvola cardiaca
V42.82	CELLULE STAMINALI PERIFERICHE SOSTITUITE DA TRAPIANTO	Cellule staminali
V42.89	ALTRO DI ALTRO ORGANO O TESSUTO SPECIFICATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO	
V42.9	ORGANO O TESSUTO NON SPECIFICATO SOSTITUITO DA TRAPIANTO	

Tabella 111 Informazioni aggiuntive per Trapianti\_PSSIT

### 6.2.1.17 *Absent or Unknown Problems*

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.11.22.17

5550 Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.11.22.17>

code	Informazioni aggiuntive
no-known-problems	Per indicare che il paziente non ha al momento problemi attivi
no-problem-info	Per indicare che la storia clinica del paziente è sconosciuta

Tabella 112 Informazioni aggiuntive per Absent or Unknown Problems

### 6.2.1.18 *EtàInsorgenza*

5555 Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.8

Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.8>

### 6.2.1.19 *SocialHistoryEntryElement\_PSSIT*

5560 Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

Lvl	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			

### 6.2.1.20 *PregnancyObservation\_PSSIT*

5565

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	

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Designazione originale LOINC	Tipo	Qualifiers/Identifiers
1	. combinedContent		11778-8	Data presunta del parto	Data del parto stimata.clinicamente	TS	
1	. combinedContent		11779-6	Data presunta del parto da ultimo ciclo mestruale	Data del parto stimata in base a ultimo ciclo mestruale	TS	
1	. combinedContent		11780-4	Data presunta del parto da ovulazione	Data del parto stimata in base a data ovulazione	TS	
1	. combinedContent		11781-2	Data presunta del parto da ecografia composita	Data del parto stimata in base a ecografia composita	TS	
1	. combinedContent		11884-4	Feto, età gestazionale (valutazione clinica)	Età gestazionale del feto stimata.clinicamente	PQ	
1	. combinedContent		11885-1	Feto, età gestazionale (stimata da ultimo ciclo mestruale)	Età gestazionale del feto stimata in base a ultimo ciclo mestruale	PQ	
1	. combinedContent		11886-9	Feto, età gestazionale (stimata da data ovulazione)	Età gestazionale del feto stimata in base a data ovulazione	PQ	

5570 **6.2.1.21 VitalSignsObservation\_PSSIT**

Contenuto da codesystem:

LOINC [2.16.840.1.113883.6.1]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Designazione originale LOINC	Unità di 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	

5575 **6.2.1.22 Absent or Unknown Devices**

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.11.22.61

Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.11.22.61>

code	Informazioni aggiuntive
No known devices in use	Per indicare l'assenza di protesi, impianti permanenti o ausili sull'assistito.
No information about device	Per indicare che è sconosciuta la presenza di protesi, impianti o ausili del paziente.

5580 *Tabella 113 Informazioni aggiuntive per Absent or Unknown Devices*

### 6.2.1.23 *EncounterCode*

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.14

Link Art Decor value set:

5585 <https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.14>

### 6.2.1.24 *CapacitàMotoria\_PSSIT*

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.15

Link Art Decor value set:

5590 <https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.15>

### 6.2.1.25 *AssistenzaDomiciliare\_PSSIT*

Contenuto da codeSystem:

5595 ProfiloSanitarioSinteticoIT [2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8]

Lvl	Content Type	Code System	Primary Reference	DisplayName	Qualifiers/Identifiers
0	content	ProfiloSanitarioSinteticoIT			2.16.840.1.113883.2.9.5.2.8
1	. combinedContent		PSSADI	Assistenza Domiciliare Integrata	
1	. combinedContent		PSSADP	Assistenza Domiciliare Programmata	

### 6.2.1.26 *Absent or Unknown Procedures*

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.11.22.36

Link Art Decor value set:

5600 <https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.11.22.36>

### 6.2.1.27 *ProcedureTrapianti\_PSSIT*

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.12

Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.12>

5605

code	DisplayName	Informazioni aggiuntive (Descrizione organo/cellule/tessuto trapiantato)	Codice Problemaabbinato
37.51	TRAPIANTO DI CUORE	Cuore	V42.1

code	DisplayName	Informazioni aggiuntive (Descrizione organo/cellule/tessuto trapiantato)	Codice Problemaabbinato
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/Vasisanguigni	
39.55	ARTERIA RENALE ABERRANTE		
11.60	TRAPIANTO DI CORNEA, NON ALTRIMENTI SPECIFICATO	Cornea	V42.5
11.69	ALTRO TRAPIANTO DELLA CORNEA		V42.5
86.66	OMOINNESTO SULLA CUTE (include Innesto sulla cute di: membrana amniotica da donatore; cute da donatore)	Membrana amniotica	
41.00	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO SAI	Midollo osseo	V42.81
41.01	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO AUTOLOGO SENZA DEPURAZIONE		V42.81
41.02	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO ALLOGENICO CON DEPURAZIONE		V42.81
41.03	TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO ALLOGENICO SENZA DEPURAZIONE		V42.81
41.09	TRAPIANTO AUTOLOGO DI MIDOLLO OSSEO CON DEPURAZIONE		V42.81

code	DisplayName	Informazioni aggiuntive (Descrizione organo/cellule/tessuto trapiantato)	Codice Problemaabbinato
41.91	PUNTURA STERNALE, DONATORE PER TRAPIANTO MIDOLLO OSSEO		
82.58	ALTRO TRASFERIMENTO OTRAPIANTO 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 OTRAPIANTO DI TENDINI DELLA MANO	Tendini	
83.75	TRASPOSIZIONE O TRAPIANTO DI TENDINI		
35.2	SOSTITUZIONE DI VALVOLA CARDIACA	Valvola cardiaca	V42.2
41.06	TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI DA SANGUE PRELEVATO DA VASI DEL CORDONE OMBELICALE	Cellule staminali	V42.82
41.07	TRAPIANTO AUTOLOGO DI CELLULE STAMINALI CON DEPURAZIONE		V42.82
41.08	TRAPIANTO ALLOGENICO DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE CON DEPURAZIONE		V42.82
78.00	TRAPIANTO OSSEO	Osso/ ossa	V42.4
02.04	INNESTO OSSEO SUL CRANIO		
04.6	TRASPOSIZIONE DI NERVI CRANICI E PERIFERICI (TRAPIANTO DI NERVO)	Nervo	
65.92	TRAPIANTO DI OVAIO	Ovaio	
65.72	AUTOTRAPIANTO OVAIO		
65.75	AUTOTRAPIANTO LAPAROSCOPICO OVAIO		
07.94	TRAPIANTO DEL TIMO	Timo	
06.94	AUTOTRAPIANTO DEL TESSUTO TIROIDEO (ETEROTOPICO) (ORTOTOPICO)	Tessuti	
06.95	AUTOTRAPIANTO DEL TESSUTO PARATIROIDEO (ETEROTOPICO) (ORTOTOPICO)		
07.45	AUTOTRAPIANTO DEL TESSUTO SURRENALE (ETEROTOPICO) (ORTOTOPICO)		
		Mandibola	
86.67	INNESTO DI DERMIS GENERATIVO	Cute	V42.3
86.66	Omoinnesto sulla cute		
86.65	Eteroinnesto sulla cute		

code	DisplayName	Informazioni aggiuntive (Descrizione organo/cellule/tessuto trapiantato)	Codice Problemaabbinato
86.69	Altro innesto di cute su altre sedi		
55.61	AUTOTRAPIANTO		
55.69	ETEROTRAPIANTO (INDIPENDENTEMENTE DACCADAVERE O VIVENTE)		
00.91	TRAPIANTO DA DONATORE PARENTE, VIVENTE		
00.92	TRAPIANTO DA DONATORE NON-PARENTE, VIVENTE		
00.93	TRAPIANTO DA CADAVERE		

Tabella 114 Valori ammessi per Procedure Trapianti

### 6.2.1.28 Cronicità Problema PSSIT

Value Set OID: 2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.10

5610 Link Art Decor value set:

<https://art-decor.org/art-decor/decor-valuesets--hl7it-?id=2.16.840.1.113883.2.9.77.22.11.10>

### 6.2.1.29 RouteOfAdministration

2.16.840.1.113883.5.112

5615 Link per il value set HL7 RouteOfAdministration: [RouteOfAdministration \(hl7.org\)](https://hl7.org/terminology/RouteOfAdministration)

### 6.2.1.30 ActSite

2.16.840.1.113883.5.1052

Link per il value set ActSite

5620 <http://terminology.hl7.org/CodeSystem/v3-ActSite>