

## ACCETTAZIONE - SPECIFICHE TECNICHE

<b>1</b>	<b>ABBREVIAZIONI E TERMINI.....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>RIFERIMENTI .....</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>SCOPO DEL DOCUMENTO .....</b>	<b>3</b>
<b>3.1</b>	<b>Notazioni grafiche .....</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>STANDARD HEALTH LEVEL 7 VERSIONE 3 (HL7 V3) .....</b>	<b>3</b>
<b>4.1</b>	<b>Il modello Clinical Document Architecture versione 2 di HL7 (CDA Release 2.0) .....</b>	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>CODIFICA CDA RELEASE 2.0 PER I DOCUMENTI DI ACCETTAZIONE OSPEDALIERA .....</b>	<b>12</b>
<b>6</b>	<b>ELEMENTI DELLA STRUTTURA PER I DATI DI INTESTAZIONE DEL DOCUMENTO (CDA HEADER).....</b>	<b>13</b>
6.1.1	Sintesi struttura del header.....	13
6.1.2	Root del documento: <ClinicalDocument> .....	13
6.1.3	Dominio di applicazione: <realmCode> .....	14
6.1.4	Tipo struttura CDA: <typeId> .....	14
6.1.5	Template del documento di accettazione: <templateId> .....	14
6.1.5.1	Schematron .....	15
6.1.6	Id del documento: <id> .....	17
6.1.7	Codice del documento: <code>.....	19
6.1.8	Data di compilazione: <effectiveTime> .....	20
6.1.9	Livello di riservatezza: <confidentialityCode> .....	20
6.1.10	Lingua di redazione del documento: <languageCode> .....	21
6.1.11	Versione del documento: <setId> e <versionNumber> .....	21
6.1.12	Paziente: <recordTarget>.....	22
6.1.13	Autore del documento: <author> .....	26
6.1.14	Incaricato della registrazione del documento: <dataEnterer> .....	28
6.1.15	Custode del documento: <custodian> .....	29
6.1.16	Firmatario del documento: <legalAuthenticator> .....	30
6.1.16.1	Firma digitale .....	33
6.1.17	Documento di Prescrizione associato: <inFulfillmentOf> .....	33
6.1.18	Informazioni sull'iter-strutturale della richiesta: <componentOf> .....	35
<b>6.2</b>	<b>Dati del corpo del documento (CDA BODY) .....</b>	<b>37</b>
<b>6.3</b>	<b>Body documento CDA – Accettazione Ospedaliera .....</b>	<b>38</b>
6.3.1	Diagnosi di ingresso (ICD9 CM): <section> .....	38
6.3.2	Altre informazioni di accettazione: <section> .....	42
<b>APPENDICE A.</b>	<b>VOCABOLARI.....</b>	<b>48</b>
<b>APPENDICE B.</b>	<b>CODIFICHE INTERNAZIONALI .....</b>	<b>49</b>
<b>APPENDICE C.</b>	<b>ESEMPIO CDA – ACCETTAZIONE OSPEDALIERA.....</b>	<b>50</b>

## 1 ABBREVIAZIONI E TERMINI

- CDA: Clinical Document Architecture
- DIT: Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie
- DMIM: Domain Message Information Model
- HL7: Health Level 7
- HMD: Hierarchical Message Definitions
- IBIS: Info Broker Individuale Sanitario
- IBSE: Infrastruttura di Base della Sanità Elettronica
- MEDIR: Progetto Rete Dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e Fascicolo Sanitario Elettronico (Medir)
- MMG: Medico di Medicina Generale: con questo termine si intendono i Medici di Assistenza Primaria, i Medici di Continuità Assistenziale, i Medici di Emergenza sanitaria territoriale, Medici della Dirigenza Medica Territoriale
- OID: Object IDentifier
- TSE: Tavolo di Sanità Elettronica
- RIM: Reference Information Model
- RMIM: Restricted Message Information Models
- RTI: Raggruppamento Temporaneo di Imprese
- SW: Software
- XML: Extensible Markup Language
- XSD: XML Schema Definition Language
- W3C: World Wide Web Consortium

## 2 RIFERIMENTI

[1] docG-AlgorithmoIUD

[2] docX-SpecificheTecnicheFirmaDigitaleCDA

### 3 SCOPO DEL DOCUMENTO

Scopo di questo documento è l'illustrazione della struttura e delle specifiche dello schema di accettazione CDA 2.0 e linee guida da utilizzare nel progetto Medir.

#### 3.1 Notazioni grafiche

Nel testo del documento si useranno i seguenti stili di formattazione per indicare classi di elementi descrittivi:

- Una struttura XML verrà indicata in una box con bordo punteggiato, come nell'esempio

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

- In accordo, nel testo, elementi di strutture XML sono formattati nello stesso stile (es. <typeld>) usato per il testo nella box per le strutture xml.
- Il testo estratto dalla normativa di riferimento HL7 CDA Release 2.0, verrà indicato in una box a bordo continuo e sfondo grigio, come nell'esempio

*ClinicalDocument.typeld is a technology-neutral explicit reference to this CDA, Release Two specification, and must be valued as follows: ClinicalDocument.typeld.root = "2.16.840.1.113883.1.3" (which is the OID for HL7 Registered models); ClinicalDocument.typeld.extension = "POCD\_HD000040" (which is the unique identifier for the CDA, Release Two Hierarchical Description).*

### 4 STANDARD HEALTH LEVEL 7 VERSIONE 3 (HL7 V3)

Nel seguito di questa sezione, viene fornita una panoramica dello standard HL7 in relazione agli elementi dello standard utili ai fini di una strutturazione di un documento clinico elettronico (quale un referto, o una prescrizione), nelle sue varie forme e accezioni.

La presentazione non sostituisce in alcun modo la lettura dei documenti dello standard che rappresentano l'unica fonte normativa, ma è intesa per facilitare il lettore nella comprensione dei passi necessari alla creazione di un documento clinico secondo lo standard HL7 CDA.

Lo standard HL7 Version 3 è basato su un modello di riferimento dell'informazione base (RIM) che astrae a livello concettuale classi ed oggetti che descrivono eventi medici e transazioni sanitarie.

HL7 RIM è il modello statico per il dominio healthcare e rappresenta il modello fondamentale delle strutture dal quale tutte le specifiche di protocollo nella HL7 version 3.0 derivano i contenuti informativi.

Lo scopo del RIM è cioè quello di fornire concisi e ben definiti

- set di strutture e vocabolari che soddisfino i bisogni informativi comuni a una varietà di scenari clinici la più vasta possibile; caratteristica della metodologia Version 3 è la specifica dei vocabolari o set di valori ("value sets") per la classificazione degli oggetti del dominio e degli stessi messaggi.
- set di strutture e vocabolari per modelli di scenari "non-clinici" (ma amministrativi come patient administration, finance, scheduling).

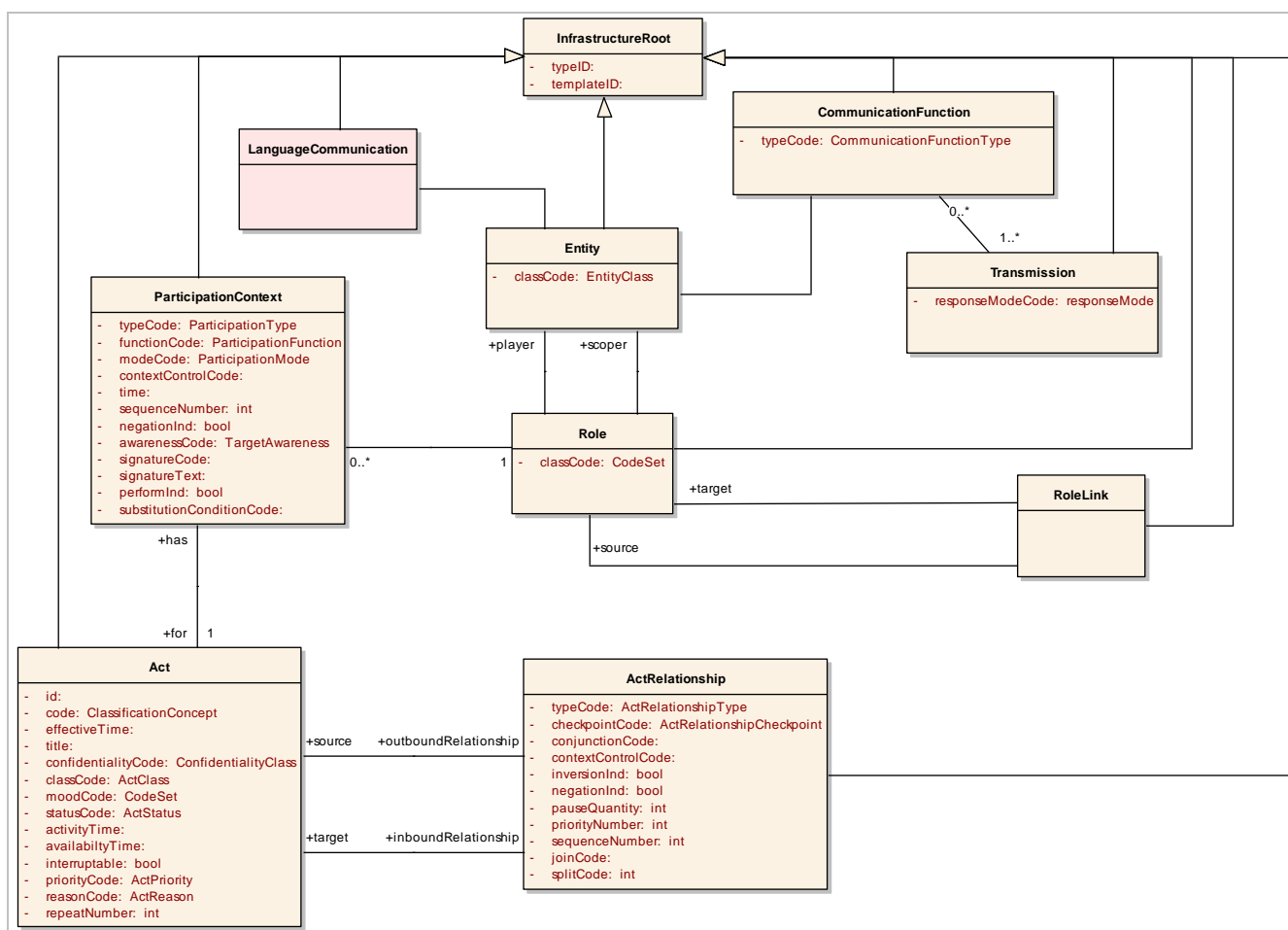
Gli schemi per i messaggi scambiati nel processo sanitario sono poi derivati dal RIM con un processo di raffinamento incrementale dal modello generale in specifici modelli per specifici domini, applicando agli

Tale processo di raffinamento passa dunque dalla definizione

- dei modelli informativi di specifici domini applicativi (DMIMs),
- dei modelli informativi da scambiarsi nei messaggi in ogni dominio (RMIMs),
- fino alla struttura gerarchica dei messaggi (HMDs) e alla generazione degli schemi dei messaggi in XML.

Per esempio, una prescrizione elettronica farà riferimento a un set di DMIM's (Domain Message Information Model) come Orders, Observations, Pharmacy, Medications, Patient Administration (per l'identificazione di pazienti e personale clinico e indicazione diagnostica).

Il modello astratto del RIM è costituito da 6 classi fondamentali ("back-bone" classes, rappresentate in Figura 1) che tutte concorrono a formare *l'infrastruttura* del RIM, derivando tutte dalla classe primaria *InfrastructureRoot* (così come la classe *LanguageCommunication*, che non è però considerata back-bone).



**Figura 1 - Un modello UML delle classi di infrastruttura del RIM**

Le sei classi fondamentali sono:

- **Act:** un **Atto** rappresenta un'azione che deve essere documentata ogni qualvolta un'assistenza sanitaria è pianificata, erogata e gestita.
- **Participation:** il **contesto di Partecipazione** ad un'azione (documentata da un atto), esprime informazione contestuale in termini per esempio dell'autore, il beneficiario dell'atto, il luogo dove l'azione è stata compiuta, ecc..

- **Entity:** un'Entità può rappresentare sia esseri viventi che oggetti fisici che sono coinvolti o prendono parte ad un azione.
- **Role:** un **Ruolo** stabilisce funzioni e responsabilità che le entità possono svolgere e assumere nel contesto di una partecipazione ad un'azione.
- **ActRelationship:** una **Relazione fra Atti** rappresenta invece un vincolo che lega due atti, come ad esempio la relazione fra una richiesta di osservazione (Observation) e l'evento stesso dell'osservazione (Observation Event) quando si sia verificato.
- **RoleLink:** un **relazione fra Ruoli**, quando si vuole modellare una relazione fra due ruoli.

Tre di queste classi (Act, Entity and Role) sono specializzate come vedremo in sottoclassi quando i concetti esprimono attributi o associazioni aggiuntive.

Quando istanze di queste classi si distinguono invece solo per la loro appartenenza a una qualche categoria, questo aspetto viene modellato dai valori assunti dagli oggetti in specifici schemi di classificazione (**controlling vocabulary**, o **codeSet**).

Come si vede in Figura 2, queste tre classi presentano tre attributi che riferiscono a schemi di classificazione

- **classCode** (in Act, Entity e Role) specifica quale concetto è istanziato, indipendentemente dal fatto che questo concetto sia modellato da una classe nella gerarchia RIM (per esempio, il codice per indicare il concetto di Observation);
- **moodCode** (in Act) and **determinerCode** (in Entity) specifica se la classe rappresenta una istanza di un'atto o di una entità, o un tipo di classe Act or Entity. Per esempio, dato un atto di classe Observation, questo stesso atto può essere per esempio ulteriormente classificato come un evento occorso, una pianificazione dell'atto, un intento (per esempio, una richiesta), un obiettivo;
- **code** (in Act, Entity e Role) precisa una ulteriore classificazione a partire dal particolare valore di classCode specificato. Concettualmente, il valore code rappresenta una specializzazione del valore classCode. Ad esempio, all'interno della classe Observation, il tipo particolare di osservazione può essere specificato da un codice in un sistema di classificazione, tipicamente esterno come ad esempio LOINC, oppure per esempio, all'interno della classe degli esseri viventi, una ulteriore classificazione dell'istanza di un essere vivente può essere ottenuta con riferimento a un concetto in una tassonomia esterna (per esempio "animal and plant **taxonomies**").

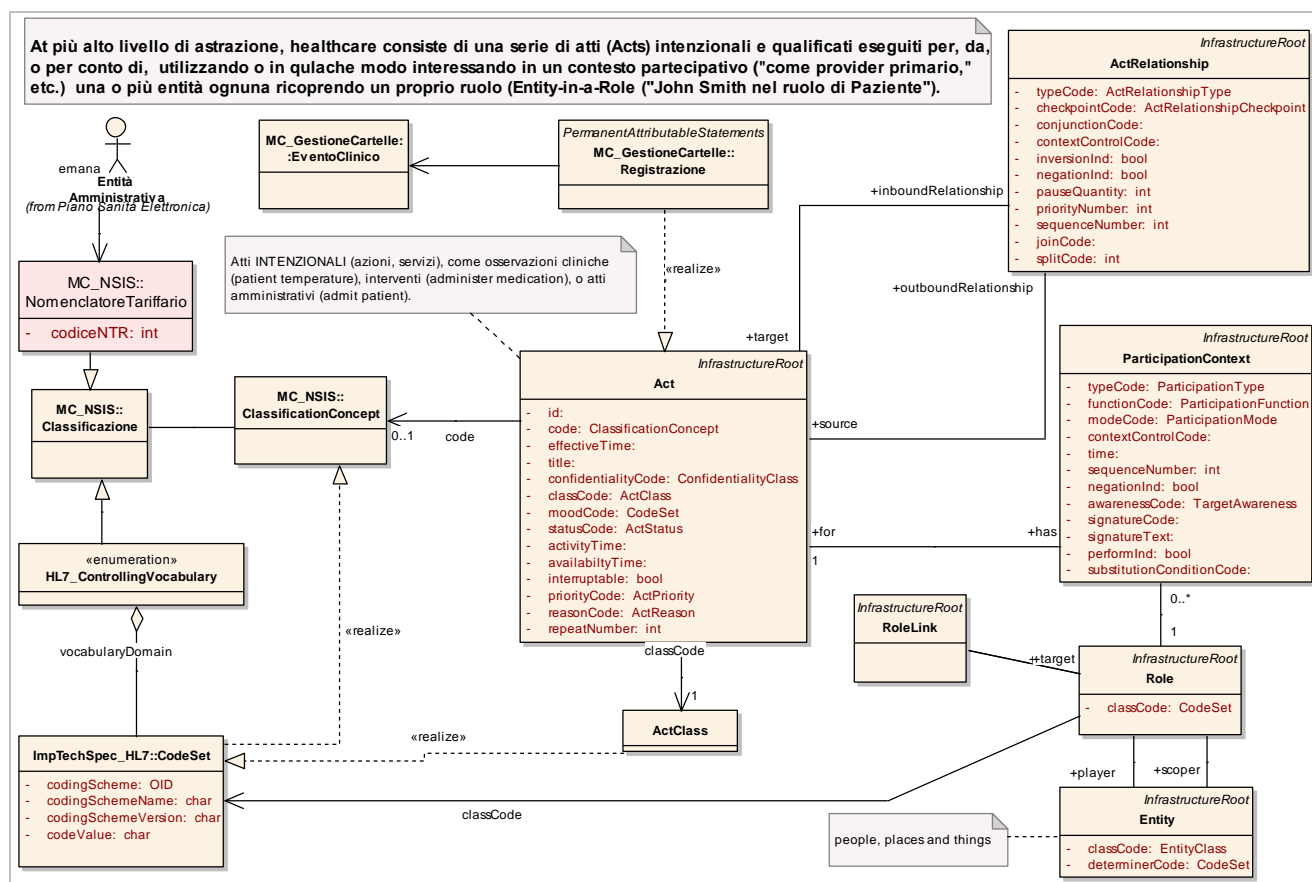


Figura 2 - Classi fondamentali e schemi di classificazione

Per quanto riguarda le altre tre classi fondamentali del modello RIM -- Participation, ActRelationship and RoleLink -- queste non sono rappresentate da gerarchie gen-spec. Tuttavia, anche queste classi rappresentano una varietà di concetti variamente tipizzati, quali differenti forme di partecipazione a un atto o differenti forme di relazioni fra atti. Queste distinzioni sono asserite per ognuna di queste classi dal valore che l'attributo **typeCode** assume in sistemi di classificazione o vocabolario controllato di riferimento (**codeSet**).

Per esempio, i tipi di relazioni espressi dai concetti "has reason, authorized by, refers to" nel vocabolario controllato di riferimento *ActRelationshipType*.

Il RIM fa riferimento ad altre due specifiche HL7 di base; infatti, ogni attributo delle classi RIM è assegnato un tipo di dato (data type). La specifica formale per questi data types è definita dalla normative "HL7 V3 Data Types **Implementable Technology Specification** for XML" e dal documento informativo "Data Types Abstract Specification". La normativa definisce tutti i tipi di date base XML, che sono poi utilizzati nella definizione di tutti gli XML Schema nelle specifiche HL7.

#### 4.1 Il modello Clinical Document Architecture versione 2 di HL7 (CDA Release 2.0)

HL7 Clinical Document Architecture (CDA) è un modello generico per la rappresentazione e comunicazione di documenti clinici, basato sul riuso del modello RIM e usa i tipi di dati definiti nella specifica HL7 Version 3 Data Types.

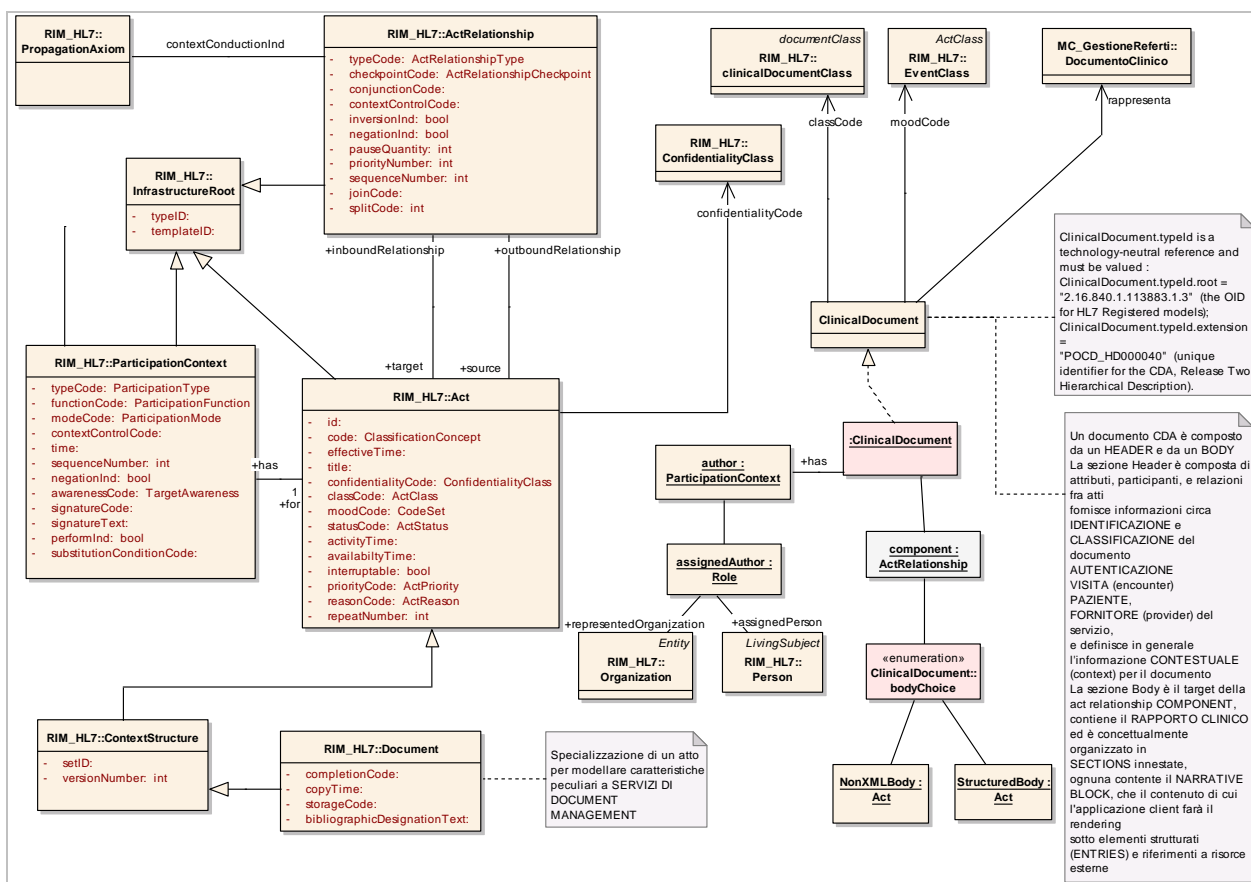


Figura 3 - Modello UML concettuale di base CDA

Un documento CDA è composto da un **Header** e da un **Body**.

La sezione Header è composta di attributi, partecipanti, e relazioni fra atti, fornisce informazioni circa l'identificazione e la classificazione del documento, nonché per la sua autenticazione. In generale, la sezione Header definisce il **contesto interpretativo** dell'informazione contenuta nel documento clinico, quali l'indicazione del paziente, del fornitore del servizio/attività sanitaria (provider), fino in alcuni casi ai dati sulla visita (encounter).

La sezione Body è il target della act relationship COMPONENT, ed è disegnato per contenere il **rapporto clinico**, è concettualmente organizzato in SECTIONS innestate, ognuna contenente un NARRATIVE BLOCK, che è il contenuto di testo strutturato di cui l'applicazione client farà il rendering, **opzionalmente completato da sotto elementi entry strutturati**.

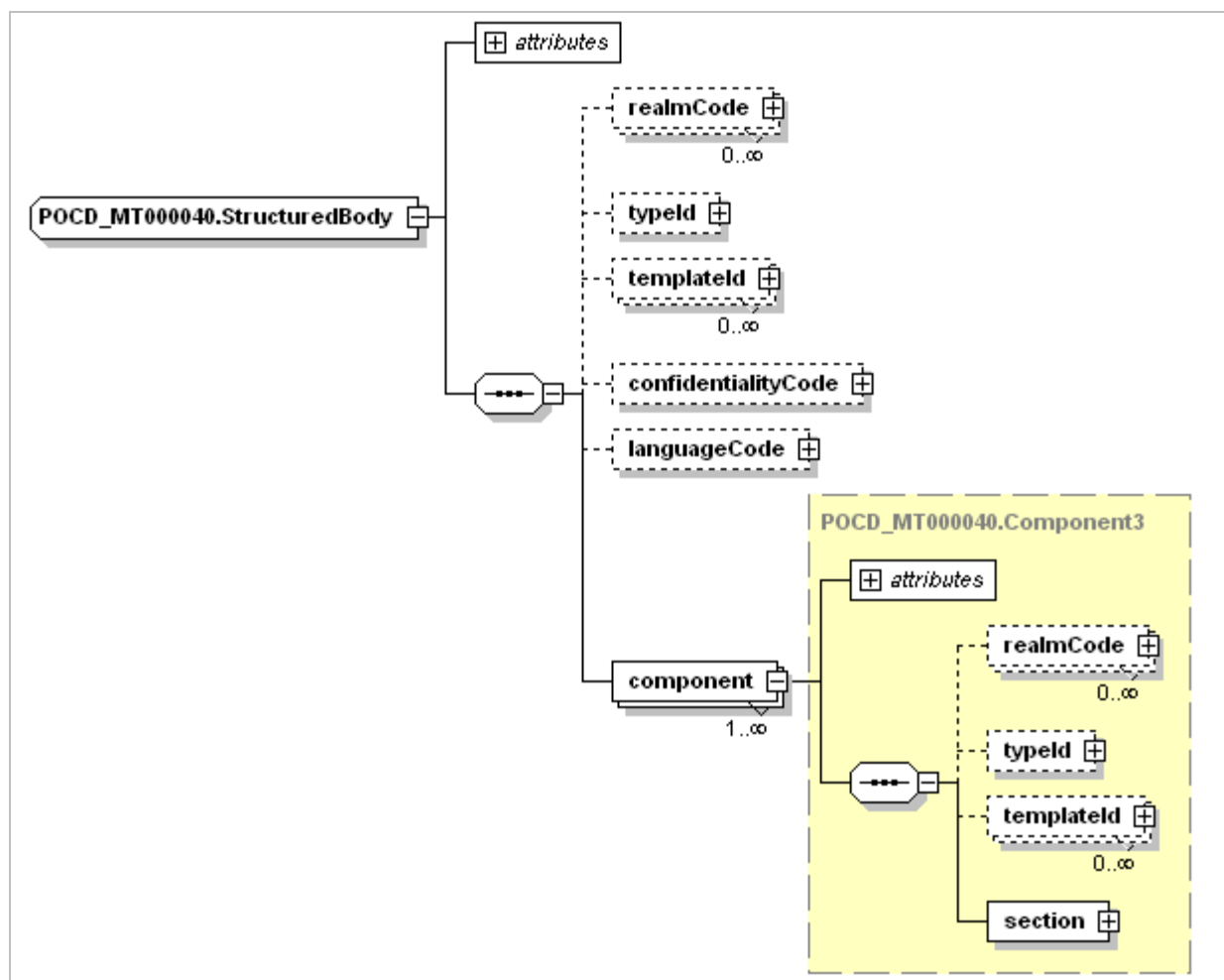
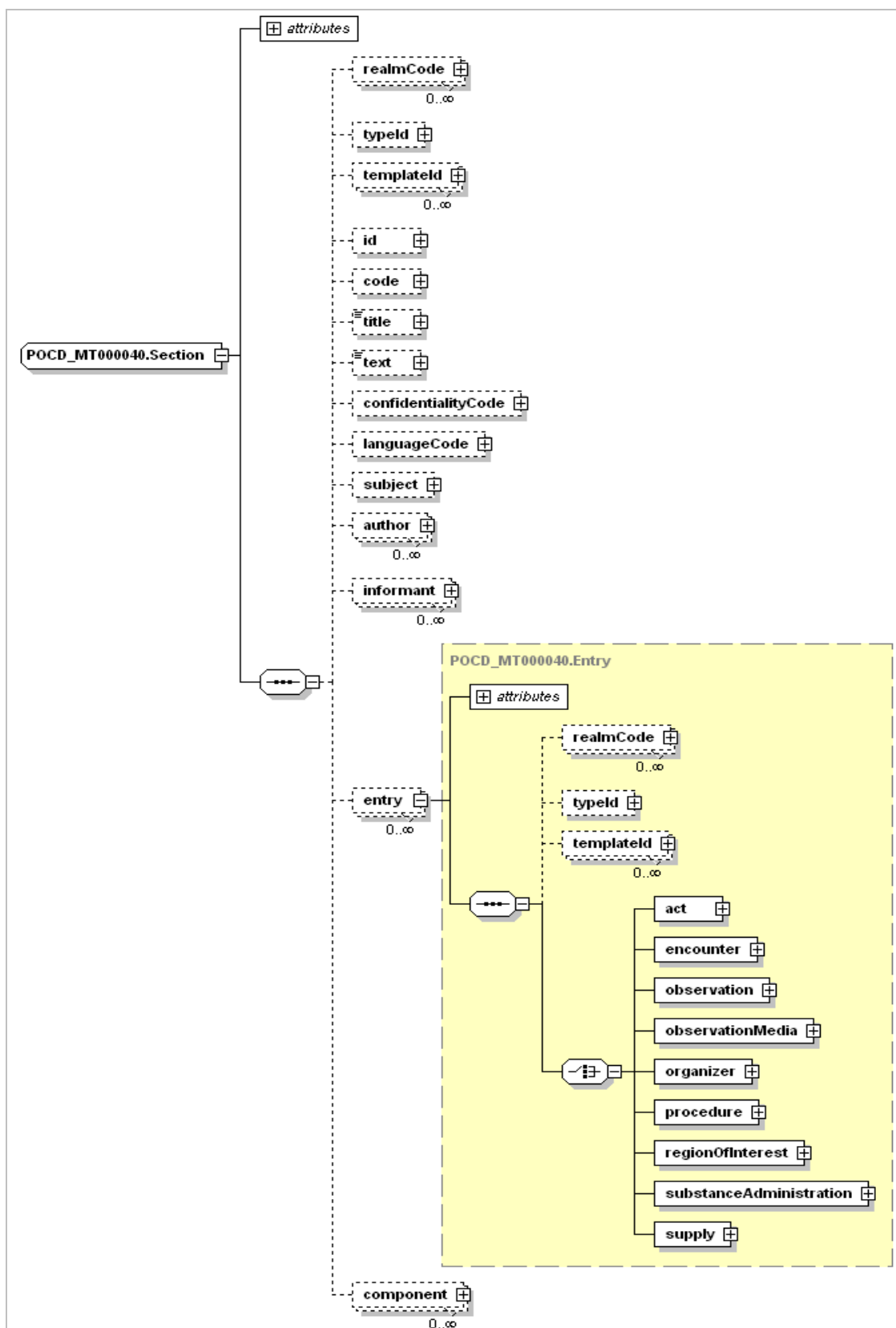


Figura 4 - Schema Model per l'elemento CDA StructuredBody



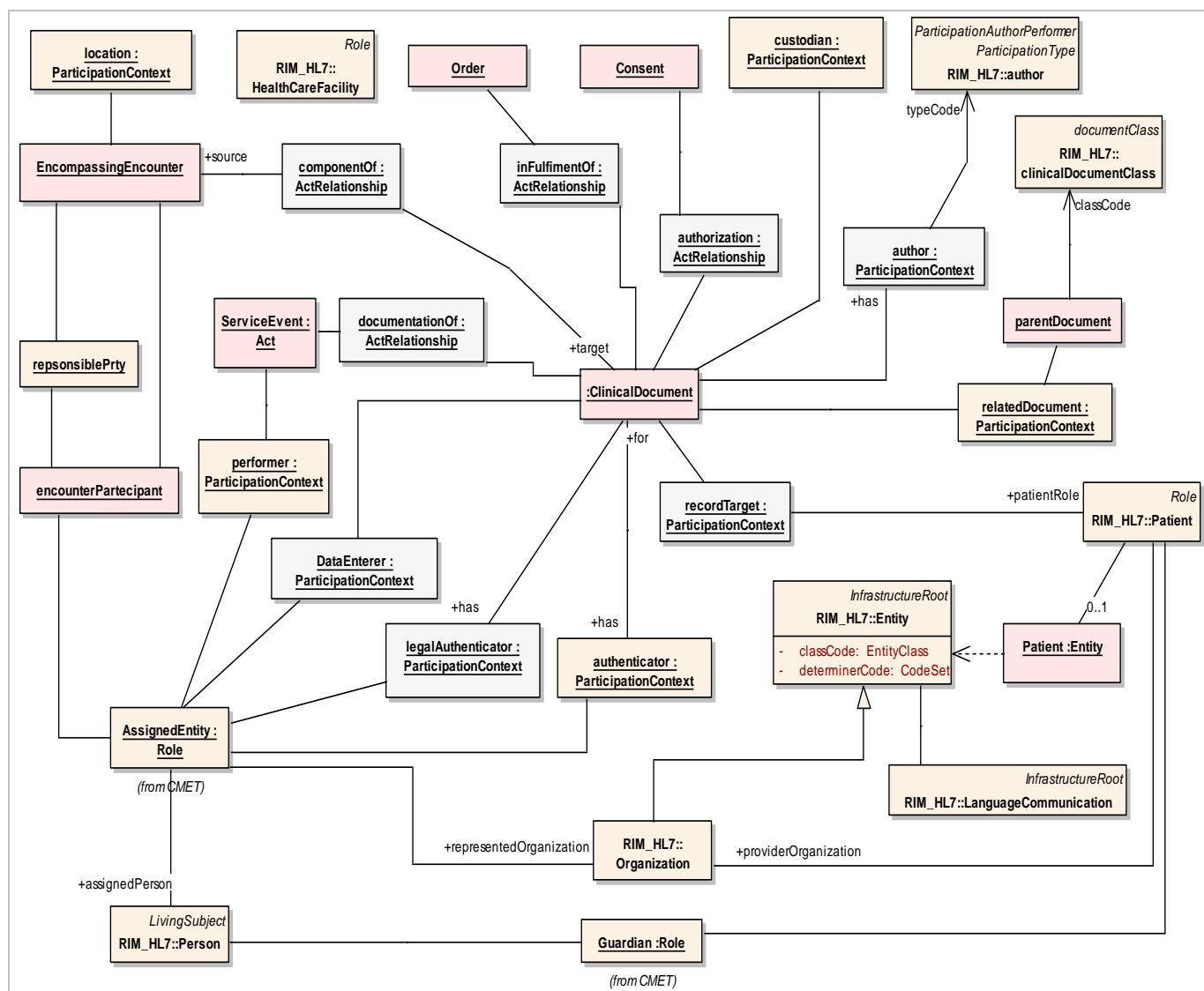


**Figura 5 - Schema Model per l'elemento CDA Section**

Siccome l'elemento header definisce il contesto del documento, asserzioni in esso contenute si applicano solitamente ad affermazioni contenute nel body del documento, a meno che queste esplicitamente contraddette. Per esempio, il paziente identificato nell'header è implicitamente assunto come il soggetto delle osservazioni contenute nel body, a meno che un soggetto differente non sia esplicitamente menzionato, oppure l'autore identificato nell'header è considerato come l'autore dell'intero documento, a meno che un altro autore non sia esplicitamente indicato come responsabile per una sezione.

L'obiettivo del CDA context è di rendere queste regole interpretative esplicite in relazione al modello RIM, così che logica applicativa del client che riceve il documento CDA possa applicarle nel processare diverse porzioni di documento. L'approccio del modello CDA alla definizione del contesto e la **propagazione del contesto interpretativo** ai componenti del documento, segue i seguenti principi di disegno

- Componenti del header che possono definire il contesto interpretativo (cioè hanno valori che possono essere propagati) includono:
  - Author
  - Confidentiality
  - Data enterer
  - Human language
  - Informant
  - Legal authenticator
  - Participant
  - Record target
- Componenti del contesto che possono essere ridefiniti a livello dell'elemento body includono:
  - Confidentiality
  - Human language
- Componenti del contesto che possono essere ridefiniti a livello di document section includono:
  - Author
  - Confidentiality
  - Human language
  - Informant
  - Subject
- Componenti del contesto che possono essere ridefiniti a livello di CDA Entry includono:
  - Author
  - Human language
  - Informant
  - Participant Subject



Siccome sul contesto viene sempre applicata la logica di “overriding e propagating”, la logica applicativa può elaborare il contesto di un dato nodo identificando nel documento.

Per esempio, una espressione XPath può essere usata per identificare il contesto <author> di una section o una entry: (ancestor-or-self::\*/\*author)[position()=last()]

## **5 CODIFICA CDA RELEASE 2.0 PER I DOCUMENTI DI ACCETTAZIONE OSPEDALIERA**

Di seguito, viene presentato il modello di accettazione ospedaliera strutturato secondo lo standard HL7-CDA Release 2. Il documento di accettazione deve essere strutturato in varie forme, in dipendenza della tipologia di informazione in esso memorizzate.

In questa versione del documento, verranno trattati i casi di documentazione della Accettazione Ospedaliera .

Il documento di accettazione in formato CDA viene predisposto dal SW del medico/tecnico/specialista (client operatore nel disegno MEDIR), firmato secondo le modalità di firma digitale previste, e reso disponibile nel Fascicolo Sanitario Elettronico tramite le apposite interfacce di servizio esposte sulla service factory del dominio di riferimento del client operatore.

Di seguito, nella definizione della struttura del documento CDA sono omessi alcuni attributi dei tag e i relativi valori nel caso siano invariati rispetto ai valori di default previsti da HL7 e a meno che la loro specificazione non sia assolutamente necessaria. Pertanto dove l'attributo non è indicato non vuol dire che non esista o non sia necessario riportarlo, ma semplicemente che l'attributo va valorizzato (o considerato dal punto di vista applicativo) con il valore di default assegnato dallo standard HL7 – CDA Rel.2.

Gli OID utilizzati per alcuni codici nel documento non sono ancora assegnati o non hanno in alcuni casi la radice corretta. La corretta assegnazione sarà valutata in seguito, anche in base alle modalità di articolazione della gerarchia degli OID HL7 al livello italiano.

## 6 ELEMENTI DELLA STRUTTURA PER I DATI DI INTESTAZIONE DEL DOCUMENTO (CDA HEADER)

Nella documentazione per alcuni attributi di alcuni tag sono previsti dei valori di default il cui valore semantico deriva in gran parte dalla infrastruttura RIM su cui si basa la definizione del ClinicalDocument. In questo documento non saranno descritti ad eccezione dei casi in cui lo schema definito per il CDA li preveda come obbligatori. Si ritiene preferibile che i client non definiscano tali valori, se non obbligatori, per non appesantire inutilmente la struttura XML da inviare.

### 6.1.1 Sintesi struttura del header

Di seguito si riporta un elenco dei principali elementi espressi dal header CDA con un breve descrizione del significato semantico:

Elemento	Significato
realmCode	Dominio di appartenenza del documento
templateId	Identificativo del template di riferimento per il documento
id	Identificativo univoco del documento
code	Identificativo della tipologia di documento
title	Titolo del documento
effectiveTime	Data e ora di creazione del documento
setId	Identificativo comune ad ogni revisione del documento
versionNumber	Versione del documento
recordTarget	Anagrafica paziente
author	Autore del documento
dataEnterer	Persona/Struttura che ha registrato i dati nel sistema
custodian	Struttura (ASL, Studio Medico, etc.) che conserva il documento originale che ha generato la versione elettronica
legalAuthenticator	Firmatario del documento
inFulfillmentOf	Relazione con il documento di richiesta
documentationOf	Dettaglio sulla prestazione eseguita
relatedDocument	Collegamento tra documenti
componentOf	Informazioni su iter-strutturale della richiesta

### 6.1.2 Root del documento: <ClinicalDocument>

Elemento root per la struttura xml che rappresenta il documento CDA.

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

### 6.1.3 Dominio di applicazione: <realmCode>

Il tag <realmCode> è un elemento OBBLIGATORIO che deve indicare il dominio di appartenenza (ITALIANO) a cui fa riferimento il documento. Il valore riportato deve essere fisso ad "IT", che indica la definizione di una serie di restrizioni applicate per il dominio ITALIANO al profilo HL7 – CDA Release 2.0. La specifica del tag <realmCode> deve allora essere:

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

### 6.1.4 Tipo struttura CDA: <typeld>

Il tag <typeld> è un elemento OBBLIGATORIO previsto dalle specifiche, per indicare che la struttura trasmessa (grafo di oggetti HL7) è di tipo CDA Release 2.0

*ClinicalDocument.typeld is a technology-neutral explicit reference to this CDA, Release Two specification, and must be valued as follows: ClinicalDocument.typeld.root = "2.16.840.1.113883.1.3" (which is the OID for HL7 Registered models); ClinicalDocument.typeld.extension = "POCD\_HD000040" (which is the unique identifier for the CDA, Release Two Hierarchical Description).*

Il tag <typeld> è un valore del tipo HL7 II (Instance Identifier) ed è composto da un attributo root che riporta il codice OID di HL7 per i modelli registrati, e un attributo extension che riporta la codifica specifica del "CDA Release Two Hierarchical Description" che è lo schema che contiene la gerarchia delle classi di un documento CDA

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

### 6.1.5 Template del documento di accettazione: <templateld>

Elemento OBBLIGATORIO che indica il template di riferimento per il documento corrente. Il tag <templateld> è un valore del tipo HL7 "Instance Identifier" ed è composto da una attributo root che riporta un codice OID e un attributo extension che riporta un codice specifico.

Essendo lo schema XSD definito per i documenti CDA generico per ogni classe di documenti CDA, si possono definire template per restringere la validazione di specifiche classi di documenti CDA. I template possono essere utilizzati per individuare, in relazione alla tipologia di documento espresso dal tag <code> (cf. par. 6.1.7), un insieme di restrizioni/linee guida da applicare all'intero documento o ad una specifica sezione dello stesso.

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

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

Nel caso specifico, essendo indicato dall'attributo <code> il codice relativo al documento di "ACCETTAZIONE", l'attributo <templateld> identificherà la specifica versione del template (schema-schematron) che deve essere utilizzata dal document consumer per la validazione del documento corrente.

L'attributo <templateId> può permettere la progressiva evoluzione dei modelli di documento CDA utilizzati. Tramite la combinazione dell'attributo <code>, che rimane costante per la medesima tipologia di documento (ex: "ACCETTAZIONE"), e l'attributo <templateId> che potrebbe variare in relazione alla versione dello schema utilizzato per validare il documento, (ex: versione 1.0 , 1.1 etc) è possibile da parte del document consumer individuare sempre lo specifico template di validazione della versione corrente di documento.

In parallelo all'evoluzione della progettazione esecutiva, verranno elaborati e verranno presentati in versioni successive i template per i documenti di accettazione

Lo standard prevede la possibilità di utilizzare template con diversi livelli di granularità, potendo anche specificare template differenti in punti diversi del documento. Per la localizzazione italiana il <templateID> sarà utilizzato esclusivamente alla radice del documento CDA ed applicato all'intero documento, NON DEVONO essere utilizzati pertanto template al livello di sezione che, se presenti, possono essere ignorati.

Il document consumer non deve identificare il documento tramite il <templateId> ma esclusivamente tramite l'attributo <code>.

Tutti i template sono contenuti nel ramo 10 del root OID nazionale (il "Root HL7 Italia Template"), in particolare nel sottoramo 2 dedicato specificatamente ai "Template CDA Rel.2"; con tale strutturazione; nell'ambito dell'elemento templateId occorre indicare:

Codice	Descrizione
root	Riporta il codice OID che individua gli schemi di template.
extension	Riporta una stringa che indica la versione del template del documento.

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

Nello specifico, per il documento di ACCETTAZIONE, devono essere utilizzati i seguenti valori:

- root: **2.16.840.1.113883.2.9.10.2.23**
- extension: **ITPRF\_ACCETTAZIONE-001**

così come da esempio riportato:

```
<templateId
  root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.23"
  extension="ITPRF_ACCETTAZIONE-001"/>
```

#### 6.1.5.1 Schematron

Le specifiche CDA definiscono un modo per indicare a quale particolare template il contenuto del documento fa riferimento ma non fissano un meccanismo per la definizione di tali template e quindi delle restrizioni e regole specifiche sulla struttura delle diverse tipologie di documenti previsti. Queste regole rappresentano un livello di validazione successivo a quello a fronte della generica struttura, quest'ultima definita per qualsiasi documento CDA in W3C XML Schema Definition Language (XSD).

Una valida soluzione per la definizione dei template si è individuata nell'utilizzo dello Schematron assertion language che permette di definire asserzioni sulla struttura di documento XML e può essere utilizzato in congiunzione con XSD per validare il documento.

Per ogni template, o per ogni sua evoluzione nel tempo, di documento CDA potrà essere definito uno specifico schematron che indica formalmente le regole che il documento deve rispettare per essere

validato. Il document source indicherà quale template il documento rispetta attraverso l'elemento <templateId> e definito per l'intero documento a livello della radice del CDA. Per le finalità di validazione dei documenti CDA di accettazione non saranno presi in considerazione template indicati ad un livello di granularità inferiori a quello dell'intero documento, e quindi non saranno presi in considerazione i <templateId>, se specificati, a livello di section del body del documento CDA.

Di seguito un esempio di definizione di alcune asserzioni sulla struttura di un documento CDA.

```
<schema xmlns="http://purl.oclc.org/dsdl/schematron" defaultPhase="validate">
  <ns prefix="cda" uri="urn:hl7-org:v3"/>
  <title>Schema di validazione header ...</title>
  <phase id="validate">
    <active pattern="header"/>
  </phase>
  <!-- Pattern Header CDA -->
  <pattern name="Validazione header" id="header">
    <rule context="cda:ClinicalDocument">
      <assert test="cda:realmCode">
        realmCode non è definito
      </assert>
      <assert test="count(cda:realmCode) = 1">
        E' consentito specificare un solo elemento realmCode
      </assert>
      <assert test="cda:realmCode/@code">
        Il codice del dominio è obbligatorio.
      </assert>
      <assert test="cda:realmCode/@code='IT'">
        Il codice del dominio deve essere 'IT'.
      </assert>
      <assert test="cda:typId/@root='2.16.840.1.113883.1.3'">
        La root del typId deve essere '2.16.840.1.113883.1.3'.
      </assert>
      <assert test="cda:typId/@extension='POCD_HD000040'">
        L'extension del typId deve essere 'POCD_HD000040'.
      </assert>
      <assert test="cda:templateId">
        templateId non è definito
      </assert>
      <assert test="count(cda:templateId) = 1">
        E' consentito specificare un solo elemento templateId
      </assert>
      <assert test="cda:id/@root">
        L'attributo root dell'elemento id è obbligatorio
      </assert>
      <assert test="cda:id/@extension">
        L'attributo extension dell'elemento id è obbligatorio
      </assert>
      <assert test="cda:id/@assigningAuthorityName">
        L'attributo assigningAuthorityName dell'elemento id è obbligatorio
      </assert>
      <assert test="cda:setId">
        L'elemento setId è obbligatorio
      </assert>
      <assert test="cda:setId/@root">
```



```

    L'attributo root dell'elemento setId è obbligatorio
</assert>
<assert test="cda:setId/@extension">
    L'attributo extension dell'elemento setId è obbligatorio
</assert>
<assert test="cda:setId/@assigningAuthorityName">
    L'attributo assigningAuthorityName dell'elemento setId è
    obbligatorio
</assert>
<assert test="cda:versionNumber">
    L'elemento versionNumber è obbligatorio
</assert>
<assert test="cda:effectiveTime/@value">
    L'attributo value dell'elemento effectiveTime è
    obbligatorio
</assert>
<assert test="count(cda:recordTarget) = 1">
    E' consentito specificare un solo elemento recordTarget
</assert>
<assert test="cda:author/cda:time/@value">
    L'attributo value dell'elemento time di author è
    obbligatorio
</assert>
<assert test="cda:author/cda:assignedAuthor/cda:id/@root">
    L'attributo root dell'elemento id di assignedAuthor in
    author è obbligatorio
</assert>
<assert
    test="cda:author/cda:assignedAuthor/cda:id/@extension">
    L'attributo extension dell'elemento id di assignedAuthor
    in author è obbligatorio
</assert>
<assert test="cda:legalAuthenticator">
    L'elemento legalAuthenticator è obbligatorio
</assert>
<assert test="cda:legalAuthenticator/cda:signatureCode/@code">
    L'attributo code dell'elemento signatureCode di
    legalAuthenticator è obbligatorio
</assert>
</rule>
</pattern>
</schema>

```

#### 6.1.6 Id del documento: <id>

Il tag <id> è l'elemento OBBLIGATORIO, da definire in fase di compilazione, che consente di specificare l'identificativo univoco per il documento (singola e univoca istanza di documento CDA).

L'identificativo è un "Instance Identifier", tipo di HL7 che permette di definire il dato come composto da root + extension.

*root: A unique identifier that guarantees the global uniqueness of the instance identifier. The root alone may be the entire instance identifier.*

*extension: A character string as a unique identifier within the scope of the identifier root.*

La root deve riportare l'OID (object identifier) assegnato alla Regione Sardegna (OID: 2.16.840.1.113883.2.9.2.200) sotto il ramo codici nosologici (4.6).

L'estensione, invece, riporta un codice specifico ed univoco il cui valore è generato dal client in fase di compilazione del documento, successivamente c'è un attributo con il nome della struttura di competenza.

<id>: (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.6	OID della Regione Sardegna (ramo documenti) assegnato da HL7 Italia
extension	ST	[CODICE_DOCUMENTO]	Identificativo univoco del documento
assigningAuthorityName	ST	Regione Sardegna	Nome Regione di competenza

L'algoritmo di generazione deve garantire che tale valore sia univoco nel dominio di riferimento. Pertanto è necessario concordare un meccanismo di creazione di ID univoci, possibilmente con validità di accordo a livello nazionale, necessari all'identificazione dei documenti sanitari presenti nell'FSE.

Una ipotesi è che sia definito come composto da una prefisso a lunghezza fissa ed unico per ogni operatore (e definito dall'anagrafica operatori sanitari della Regione Sardegna) seguito dalla data e dall'ora (espressa in ore, minuti, secondi e millisecondi) di compilazione del documento.

La codifica proposta dal TSE per la composizione del [CODICE\_DOCUMENTO] suggerisce l'utilizzo, per il campo root dell'OID assegnato da HL7 Italia ad ogni ASL/AO/Regione distribuita sul territorio nazionale, per il campo extension, invece, riporta una codifica univoca per quel particolare sottodominio così composta:

<ID\_STRUTTURA>.<ID\_OPERATORE>.<TIMESTAMP>.<RANDOM SEED>

dove

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

L'algoritmo ipotizzato in Medir per la definizione del valore di extension (cf. [1]) prevede un codice di 7 cifre che sostituisce la concatenazione dell'ID\_STRUTTURA con l'ID\_OPERATORE, di conseguenza l'ipotesi è in linea con il suggerimento TSE.

Nello specifico, per il documento di Accettazione, devono essere utilizzati i seguenti valori:

- root: **2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.6**
- extension: **[IUD]**

così come da esempio riportato:

```
<id
  root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.6"
  extension="[IUD]"
  assigningAuthorityName="Regione Sardegna"/>
```

Nell'esempio precedente, il codice univoco identificativo della unità documentale (ClinicalDocument.id) è stato "generato" dalla (nell'ambito del dominio della) Regione Sardegna ([Regione] = 200).

L'OID root assegnato alla Regione Sardegna è "2.16.840.1.113883.2.9.2.200", mentre i suoi identificatori (quelli generati dalla regione stessa) devono essere necessariamente sotto il ramo "4.6" ("identificativi codici nosologici").

L'attributo <assigningAuthorityName> è OPZIONALE.

#### 6.1.7 Codice del documento: <code>

Il tag OBBLIGATORIO <code> riporta il codice che identifica la tipologia di documento (accettazione, ...) e quindi ne classifica il contenuto. Tale valore deve far riferimento a sistemi di codifica riconosciuti (SNOMED CT, LOINC) o comunque concordati nel dominio del Fascicolo Sanitario Elettronico.

L'attributo serve ad identificare in maniera codificata il tipo di documento a cui l'unità documentale HL7 CDA si riferisce. Lo schema di codifica da utilizzare per tale elemento è il LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes) come concordato dal TSE.

<code>: (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[CODICE_TIPO_DOCUMENTO]	Codice che identifica la tipologia di documento
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID sistema di codifica codici di documento LOINC –
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome sistema di codifica
displayName	ST	Descrizione tipologia documento	Es. Prescrizione farmaceutica

I valori LOINC da adottare sono i seguenti:

- 47039-3: Admission history and physical note - INPATIENT (Erogazione prescrizione di ricovero)

Per cui la definizione per un documento di Accettazione risulterà:

```
<code
  code="47039-3"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  displayName="Admission history and physical note - INPATIENT"/>
```

### 6.1.8 Data di compilazione: <effectiveTime>

Elemento OBBLIGATORIO che indica la data di compilazione del documento CDA. L'attributo <value> rappresenta un codice temporale che può essere strutturato secondo diverse modalità di codifica previste da HL7.

Tale valore deve essere quello del client utilizzato dal document source. L'attributo deve essere valorizzato tramite un tipo TimeStamp (TS), espresso nel formato "aaaaMMggghmmss+/-ZZzz" dove ZZzz rappresenta l'offset rispetto al tempo di Greenwich (GMT – Greenwich Mean Time).

<effectiveTime>: (OBBLIGATORIO)			
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

Ad esempio il 08 luglio 2008 alle 17:34:22 è espresso come di seguito:

```
<effectiveTime value="20080708173422+0200"/>
```

### 6.1.9 Livello di riservatezza: <confidentialityCode>

Le specifiche CDA prevedono un elemento OBBLIGATORIO che definisce il livello di riservatezza delle informazioni contenute nel documento. Il valore fa riferimento al code system "Confidentiality" (OID: 2.16.840.1.113883.5.25) e può assumere, a discrezione dell'operatore che compila il documento di accettazione, sulla base della criticità delle informazioni riportate nel documento, uno dei seguenti valori:

Codice	Definizione
N (normal)	Si applica un livello di riservatezza normale (in accordo con una buona pratica di cura della salute); cioè, possono accedere a questo item solo coloro che sono autorizzati secondo le regole definite per l'accesso.
R (restricted)	L'accesso è consentito solo a chi ha attualmente una relazione di cura con il paziente.
V (very restricted)	L'accesso è regolato da precise norme secondo quanto disposto dal garante della privacy in accordo con il consenso espresso.

Per cui per esprimere un livello di riservatezza normale, si scriverà:

```
<confidentialityCode
  codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25"
```

```
codeSystemName="Confidentiality"
code="N"/>
```

Il livello di riservatezza può essere quindi usato per stabilire e specificare a monte, al momento della creazione del documento, livelli di restrizione corrispondenti a una specifica volontà di consenso. Tale valore potrà essere considerato nella definizione delle regole di autorizzazione per l'accesso al documento.

Ipotesi della Regione Sardegna è invece di permettere la specifica di più valori, eventualmente estendendo la lista dei possibili valori in modo da raccogliere nel documento una granularità di volontà rispetto alle specificità di consenso regionali, soprattutto per il valore "V" (per esempio, la restrizione forte potrebbe comportare una gestione dell'accesso al documento riservato solo al cittadino ed all'autore dello stesso).

L'assegnazione del consenso sarà ovviamente reversibile, ma visto il particolare contesto di creazione dei documenti, tale gestione dovrà essere mediata da una terza figura (che rappresenta in genere il responsabile della privacy della ASL) che sarà dotato di una serie di funzioni di gestione della volontà del cittadino.

#### 6.1.10 Lingua di redazione del documento: <languageCode>

Il tag <languageCode> è un elemento OPZIONALE grazie al quale è possibile indicare la lingua in cui è redatto il documento. Il codice riportato deve essere conforme alle specifiche IETF RFC 3066:

<languageCode>: (OPZIONALE)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	It-IT	tag ISO 639-3

Per esempio:

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

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

Elemento OBBLIGATORIO che rappresenta un identificatore comune di tutte le revisioni del documento. Il <setId> resta quindi costante tra le diverse versioni del medesimo documento.

Per un documento di ACCETTAZIONE pubblicato nel FSE non è consentita la sostituzione ma solamente l'annullamento (quindi la deprecazione del documento) e la conseguente registrazione di un nuovo documento.

Dovendo consentire, inoltre, la convivenza tra sistemi cartacei e sistemi elettronici, il documento di accettazione, identificato da un codice univoco di tipo "instance identifier" (IUD), descriverà l'associazione tra codice del documento e codice nosologico, assegnato al ricovero al momento dell'accettazione del paziente nella struttura, attraverso l'elemento <setId> dello stesso documento di accettazione. Quindi il <setId> sarà fisso ed uguale all'identificativo del documento cartaceo che genera la costruzione del CDA di accettazione (codice nosologico).

Per la redazione del documento di ACCETTAZIONE secondo queste specifiche bisognerà indicare:

<setId>: (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.2.200[CodiceAO].4.6	OID della AO

<setId>: (OBBLIGATORIO)			
			assegnato da HL7 Italia per gli identificativi nosologico
extension	ST	[CODICE_NOSOLOGICO]	Identificativo univoco del documento cartaceo di accettazione
assigningAuthorityName	ST	[NOME_STRUTTURA_DI_COMPETENZA]	Nome AO di competenza

<versionNumber>: (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
value	INT	[1]	Fissato al valore 1

Per cui, ad esempio, alla registrazione del documento, la redazione del CDA di ACCETTAZIONE dovrà indicare il tag <setId> secondo questa descrizione:

```
<setId
  root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200904.4.6"
  extension="[CODICE_NOSOLOGICO]"
  assigningAuthorityName="AO G. Brotzu"/>
```

ed il tag <versionNumber>:

```
<versionNumber value="1" />
```

### 6.1.12 Paziente: <recordTarget>

Il riferimento al paziente destinatario è riportato nella struttura dell'elemento OBBLIGATORIO <recordTarget>. L'identificazione del paziente avviene attraverso uno o più <id> rappresentati all'interno dell'elemento <patientRole>.

Occorre specificare che le informazioni di identificazione del paziente variano in funzione della tipologia di soggetto. Le possibili casistiche possono essere così sintetizzate:

- Cittadino italiano o straniero permanentemente residente**  
 L'identificazione del cittadino italiano o straniero permanentemente residente avviene attraverso la specifica obbligatoria del suo Codice Fiscale (emesso dal MEF il cui OID è 2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2) ed opzionalmente attraverso l'ulteriore specifica del suo Codice Univoco Regionale, assegnato dall'anagrafica regionale (il cui OID è 2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.1), secondo quanto fornito dal sistema AnagS.  
 Per cui per la redazione del documento di Accettazione per l'identificazione dei soggetti italiani o stranieri permanentemente residenti bisognerà scrivere:

#### <id>: Codice fiscale (OBBLIGATORIO)

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2	OID Ministero Economia e Finanze – CF
extension	ST	[CODICE_FISCALE]	Codice fiscale assistito

ed opzionalmente in aggiunta

#### <id>: Codice identificativo anagrafica regionale (OPZIONALE)

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.1	Schema di identificazione regionale - persone (Sardegna)
extension	ST	[CODICE_IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale così come fornito da AnagS

Ad esempio, il sig. Paolo Gialli (CF: GLLPLA80A01A662R; CUR: GLLPLA005566891) sarà identificato nel CDA attraverso la specifica (con CUR):

```
<id
  root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
  extension="GLLPLA80A01A662R"
  assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
<id
  root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.1"
  extension="GLLPLA005566891"
  assigningAuthorityName="Regione Sardegna"/>
```

- Stranieri temporaneamente presenti**

Gli stranieri temporaneamente presenti dovranno essere identificati obbligatoriamente mediante il codice STP assegnato. In questo caso l'OID da specificare nell'elemento 'root' deve essere quello che indica il ramo di identificazione per gli stranieri temporaneamente presenti a seconda che l'ente assegnatario degli identificativi sia la regione (OID: 2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.1) o la ASL (p.es. ASL di Cagliari: 2.16.840.1.113883.2.9.2.200108.4.1)

Per la redazione del documento CDA di accettazione per i cittadini stranieri temporaneamente presenti bisognerà scrivere

#### <id>: Codice identificativo STP (OBBLIGATORIO)

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.2.[CODICE_RAS/ASL].4.1	Schema di identificazione regionale persone STP: Sardegna 200.4.1; ASL, ad esempio quella di Cagliari, 200108.4.1

#### <id>: Codice identificativo STP (OBBLIGATORIO)

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
extension	ST	STP + [COD_IDENTIFICATIVO_ASSEGNATO]	Codice STP di 16 caratteri assegnato allo straniero temporaneamente presente.

Ad esempio, il sig. Abdul Gall (STP: STP2000000052016, assegnato dalla ASL di Cagliari) sarà identificato nel CDA attraverso la specifica:

```
<id
  root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200108.4.1"
  extension="STP2000000052016"
  assigningAuthorityName="ASL Cagliari"/>
```

- Soggetti assicurati da istituzioni estere**

Gli assistiti assicurati da istituzioni estere possono essere identificati, ai fini della redazione del CDA di ACCETTAZIONE, attraverso la specifica obbligatoria delle informazioni presente sulla tessera TEAM in suo possesso. In alternativa si potrà indicare o il numero seriale della tessera oppure il codice identificativo personale del possessore. In sintesi, per le persone appartenenti a questa categoria bisognerà scrivere:

#### <id>: Numero seriale tessera TEAM (OBBLIGATORIO)

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.1	HL7 OID Codice TEAM (numero tessera)
extension	ST	[STATO_ESTERO].[NUMERO_SERIALE]	Sigla di identificazione dello stato che rilascia la tessera secondo il codice ISO 3166-1 (e.g. IT) + "." + numero seriale carta
assigningAuthorityName	ST	[ISTITUZIONE_COMPETENTE] "-" [CODICE]	Istituzione competente + "-" + codice

oppure

#### <id>: Numero di identificazione personale TEAM (OBBLIGATORIO)

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.3	HL7 OID Codice TEAM (numero personale)
extension	ST	[STATO_ESTERO].[NUMERO_IDENTIFICAZIONE_PERSONALE]	Sigla di identificazione dello stato che rilascia la tessera secondo il codice ISO 3166-1



<id>: Numero di identificazione personale TEAM (OBBLIGATORIO)			
			(e.g. IT) + "." + numero di identificazione personale dell'assistito
assigningAuthorityName	ST	[ISTITUZIONE_COMPETENTE] "-" [CODICE]	Istituzione competente + "-" + codice

Ad esempio, il sig. Paolo Gialli (TEAM: IT.80380001600002522188; ID Personale: IT.MRCGGR68T18Z133O) sarà identificato nel CDA attraverso la specifica:

```
<!-- Codice TEAM europeo (id tessera TEAM) -->
<id
  root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.1"
  extension="IT.80380001600002522188"
  assigningAuthorityName="SSN-MIN SALUTE-500001"/>
```

oppure

```
<!-- Codice TEAM europeo (Numero di identificazione personale) -->
<id
  root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.3"
  extension="IT.MRCGGR68T18Z133O"
  assigningAuthorityName="SSN-MIN SALUTE-500001"/>
```

Per rappresentare, poi, un set minimo di informazioni relative al paziente è possibile utilizzare alcuni elementi OPZIONALI come <addr> per indirizzo e <patient> per i dati anagrafici.

L'esempio seguente mostra una rappresentazione dei dati identificativi di un cittadino permanentemente presente e un set minimo OPZIONALE di dati anagrafici.

```
<recordTarget>
  <patientRole>
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
      extension="GLLPLA80A01A662R"/>
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.2"
      extension="GLLPLA005566891"/>
    <addr>
      <city>Cagliari</city>
      <postalCode>09100</postalCode>
      <streetName>via Marco Polo</streetName>
      <houseNumber>12</houseNumber>
      <country>Italia</country>
    </addr>
    <patient>
      <name>
        <prefix>Sig.</prefix>
        <given>Paolo</given>
        <family>Gialli</family>
      </name>
```

```
<!--
tag administrativeGenderCode:
- code = M,F
- codeSystem = OID HL7 per administrative gender
-->
<administrativeGenderCode code="M" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"/>
<birthTime value="19700703"/>
<birthplace>
  <place>
    <addr>
      <city>Cagliari</city>
      <postalCode>09100</postalCode>
      <country>Italia</country>
    </addr>
  </place>
</birthplace>
</patient>
</patientRole>
</recordTarget>
```

Le informazioni riportate in questo paragrafo sono il frutto di una condivisione con il DIT. Tuttavia, per le future scelte progettuali collegate all'attualizzazione degli aspetti legati all'anonimizzazione dei dati sanitari mantenuti su archivi regionali, tali definizioni potranno subire necessarie modifiche che tali scelte determineranno e per le quali occorrerà stabilire il dovuto impatto.

#### 6.1.13 Autore del documento: <author>

L'elemento OBBLIGATORIO <author> rappresenta il soggetto che ha compilato il documento. L'autore può essere identificato attraverso uno o più "Instance Identifier" (<id>).

Per la redazione del documento CDA di Accettazione, questi dovrà essere identificato obbligatoriamente mediante CF emesso dal MEF e, opzionalmente in aggiunta, dal codice di identificazione regionale assegnato dall'anagrafe operatori di Medir. Per cui, nello specifico, si dovrà scrivere:

##### <id>: Codice fiscale (OBBLIGATORIO)

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2	OID Ministero Economia e Finanze – CF
extension	ST	[CODICE_FISCALE]	Codice fiscale autore del documento

ed opzionalmente in aggiunta

##### <id>: Codice identificativo anagrafica regionale (OPZIONALE)

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.2	Schema di identificazione regionale per operatori (Sardegna)
extension	ST	[CODICE_IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale

#### <id>: Codice identificativo anagrafica regionale (OPZIONALE)

			assegnato operatori	dall'anagrafe
--	--	--	------------------------	---------------

Ad esempio, il dott. Mario Rossi (CF: RSSMRA70C07F284U; CUR: 200108000289) sarà identificato nel CDA attraverso la specifica:

```
<id
  root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
  extension="RSSMRA70C07F284U"/>
<id
  root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.2"
  extension="200108000289"/>
```

La classe deve inoltre contenere un elemento <time> OBBLIGATORIO con l'indicazione dell'ora di produzione del documento.

#### <time>: data e ora di produzione del documento (OBBLIGATORIO)

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

Ad esempio, se l'ora di produzione del documento si riferisce a 08 luglio 2008 alle 19:09:30, si imposterà:

```
<time value="20080708190930+0200"/>
```

E' inoltre possibile la rappresentazione di un set minimo di dati anagrafici dell'autore attraverso l'elemento OPZIONALE <assignedPerson>.

Nell'esempio seguente una rappresentazione dei dati identificativi dell'autore dott. Mario Rossi e un set minimo OPZIONALE di dati anagrafici.

```
<author>
  <time value="20080708190930+0200"/>
  <assignedAuthor>
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
      extension="RSSMRA70C07F284U"/>
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.2"
      extension="000000568942"/>
    <assignedPerson>
      <name>
        <prefix>Dott.</prefix>
        <given>Mario</given>
        <family>Rossi</family>
```

```
</name>
</assignedPerson>
</assignedAuthor>
</author>
```

#### 6.1.14 Incaricato della registrazione del documento: <dataEnterer>

Questo elemento OPZIONALE rappresenta il software o la persona (potrebbe essere lo stesso autore, il firmatario o anche un collaboratore di studio) che inserisce i dati nel sistema.. Tale entità si occupa di inviare il documento, mentre la responsabilità rimane del Firmatario ovvero dell'Autore se il Firmatario non è indicato.

Queste informazioni sono rappresentabili attraverso un elemento <time> nel quale si indicherà la data e ora di inserimento dei dati e un elemento <assignedEntity>, secondo la seguente specifica:

<time>: data e ora di inserimento dei dati (OBBLIGATORIO)			
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

<id>: di <assignedEntity> (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2	OID root HL7 (Italia) per gli identificativi delle strutture di ricovero
extension	ST	[ID_STRUTTURA]	ID della struttura AO da codifica Min Salute

L'esempio seguente mostra la specifica delle informazioni riguardo la collaboratrice di studio sig.ra Isabella Verdi, incaricata dell'inserimento dei dati relativi alla accettazione nel sistema.

```
<dataEnterer>
  <time value="20080708192000+0200"/>
  <assignedEntity>
    <!--
      tag id (OBBLIGATORIO):
      - root = OID root HL7 (Italia) per gli identificativi delle
        strutture di ricovero
    -->
```

- extension = ID della struttura AO da codifica Min Salute

```
-->
<id
  root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
  extension="200904"
  assigningAuthorityName="SSN-MIN SALUTE"/>
<assignedPerson>
  <name>
    <prefix>Sig.ra</prefix>
    <given>Isabella</given>
    <family>Verdi</family>
  </name>
</assignedPerson>
</assignedEntity>
</dataEnterer>
```

### 6.1.15 Custode del documento: <custodian>

L'elemento OBBLIGATORIO <custodian>, rappresenta la struttura (AO/ASL) in cui è stato generato il documento (identificato con un OID, che potrebbe essere assegnato dal root della Regione Sardegna) e che, in questo caso, è responsabile della conservazione della registrazione originale. La classe <representedCustodianOrganization> deve contenere al suo interno un <id> che riporta l'identificativo della struttura che ha prodotto il documento; per la redazione del documento di Accettazione bisognerà specificare come root l'OID HL7 Italia per gli identificativi delle strutture di ricovero (OID: 2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2) oppure delle ASL (OID: 2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1) del ramo del Ministero della Salute.

L'esempio riportato mostra una rappresentazione dell'elemento <custodian>: è opportuno evidenziare che le uniche informazioni OBBLIGATORIE sono quelle relative all'identificazione della struttura (<id>).

```
<custodian>
  <assignedCustodian>
    <representedCustodianOrganization>
      <!--
        tag id (OBBLIGATORIO):
        - root = OID root HL7 (Italia) per gli identificativi delle
          strutture di ricovero
        - extension = ID della struttura (AO) da codifica Min Salute
      -->
      <id
        root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
        extension="200904"
        assigningAuthorityName="SSN-MIN SALUTE"/>
      <!--
        name = nome della struttura presso cui è disponibile il documento
      -->
      <name>AO G. Brotzu</name>
      <addr>
        <city>Cagliari</city>
        <postalCode>09100</postalCode>
        <streetName>via Ospedale</streetName>
        <houseNumber>46</houseNumber>
        <country>Italia</country>
      </addr>
    </representedCustodianOrganization>
```

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

L'esempio che segue, viceversa, mostra una rappresentazione dell'elemento <custodian> per l'identificazione di una Azienda ASL:

```
<custodian>
  <assignedCustodian>
    <representedCustodianOrganization>
      <!--
        tag id (OBBLIGATORIO):
        - root = OID root HL7 (Italia) per gli identificativi delle ASL
        - extension = ID della struttura (ASL) da codifica Min Salute
      -->
      <id
        root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1"
        extension="200108"
        assigningAuthorityName="SSN-MIN SALUTE"/>
      <!--
        name = nome della struttura presso cui è disponibile il documento
      -->
      <name>ASL Cagliari</name>
      <addr>
        <city>Cagliari</city>
        <postalCode>09100</postalCode>
        <streetName>via Lo Frasso</streetName>
        <houseNumber>11</houseNumber>
        <country>Italia</country>
      </addr>
    </representedCustodianOrganization>
  </assignedCustodian>
</custodian>
```

#### 6.1.16 Firmatario del documento: <legalAuthenticator>

Per esprimere che il documento è stato firmato (e da chi) è previsto l'elemento <legalAuthenticator>. Poiché i documenti del FSE devono essere firmati digitalmente la presenza di questo elemento è OBBLIGATORIA.

La presenza di questo elemento è prevista anche laddove autore e firmatario del documento siano, di fatto, la stessa persona.

Per il documento di Accettazione si evidenzia che il firmatario del documento può essere anche un agente server (device), per cui occorrerà indicare in maniera esclusiva o un operatore sanitario oppure un agente server, quindi non umano.

Attraverso l'elemento OBBLIGATORIO <signatureCode> è possibile specificare se il documento è firmato digitalmente:

<signatureCode>: (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	S	Codice che indica che il documento è firmato digitalmente

L'elemento <assignedEntity> è destinato ad accogliere le informazioni di identificazione (<id>: codice fiscale operatore oppure identificativo assegnato al device della RAS, OBBLIGATORIO) e due elementi OPZIONALI <assignedPerson> e <representedOrganization> grazie ai quali è possibile rappresentare un set minimo di informazioni relative ai dati anagrafici e alla struttura di appartenenza del firmatario.

Ai fini della redazione del documento CDA di Accettazione, per identificare il firmatario del documento si scriverà:

- Operatore Sanitario

<id>: Codice fiscale (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2	OID Ministero Economia e Finanze – CF
extension	ST	[CODICE_FISCALE]	Codice fiscale firmatario del documento

ed opzionalmente in aggiunta

<id>: Codice identificativo anagrafica regionale (OPZIONALE)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.2	Schema di identificazione regionale per operatori (Sardegna)
extension	ST	[CODICE_IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale assegnato dall'anagrafe operatori

- Device RAS

<id>: Identificativo device (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.5	Schema di identificazione della Regione Sardegna per i device
extension	ST	[CODICE_IDENTIFICATIVO]	Identificativo del device RAS

Anche in questo caso è prevista la presenza OBBLIGATORIA dell'elemento <time> attraverso il quale si rappresenteranno data e ora di firma del documento.

<time>: data e ora di firma del documento (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
value	TS	[YYYYMMddhhmmss+/-ZZzz]	Anno, mese, giorno, ora, minuti, secondi. Le ore devono essere riportate

**<time>: data e ora di firma del documento (OBBLIGATORIO)**

		<p>nell'intervallo 00:00:00-23:59:59</p> <p>ZZzz rappresenta l'offset rispetto al tempo di Greenwich</p>
--	--	--

Nell'esempio seguente una rappresentazione dei dati identificativi del firmatario dott. Mario Rossi (autore del documento) e un set minimo OPZIONALE di dati anagrafici.

```
<legalAuthenticator>
  <!-- time: value= Data e ora di firma del documento -->
  <time value="20080708192030+0200"/>
  <signatureCode code="S"/>
  <assignedEntity>
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
      extension="RSSMRA70C07F284U"/>
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.2"
      extension="000000568942"/>
    <assignedPerson>
      <name>
        <prefix>Dott.</prefix>
        <given>Mario</given>
        <family>Rossi</family>
      </name>
    </assignedPerson>
    <representedOrganization>
      <!--
        tag id (OBBLIGATORIO):
        - root = OID root HL7 (Italia) per gli identificativi delle
          strutture di ricovero
        - extension = ID della struttura (AO) da codifica Min Salute
      -->
      <id
        root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
        extension="200904"
        assigningAuthorityName="SSN-MIN SALUTE"/>
      <!--
        name= nome della struttura presso cui il documento è stato firmato
      -->
      <name>AO G. Brotzu</name>
      <addr>
        <city>Cagliari</city>
        <postalCode>09100</postalCode>
        <streetName>via Ospedale</streetName>
        <houseNumber>46</houseNumber>
        <country>Italia</country>
      </addr>
    </representedOrganization>
  </assignedEntity>
</legalAuthenticator>
```



Nell'esempio seguente una rappresentazione dei dati identificativi del sistema software firmatario "SWADT20090400001":

```
<legalAuthenticator>
  <!-- time: value= Data e ora di firma del documento -->
  <time value="20080708192030+0200"/>
  <signatureCode code="S"/>
  <assignedEntity>
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.5"
      extension="SWADT20090400001"/>
    <representedOrganization>
      <id
        root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1"
        extension="200108"
        assigningAuthorityName="SSN-MIN SALUTE"/>
      <!--
        name= nome della struttura presso cui è il documento è stato firmato
      -->
      <name>ASL Cagliari</name>
      <addr>
        <city>Cagliari</city>
        <postalCode>09100</postalCode>
        <streetName>via Lo Frasso</streetName>
        <houseNumber>11</houseNumber>
        <country>Italia</country>
      </addr>
    </representedOrganization>
  </assignedEntity>
</legalAuthenticator>
```

#### 6.1.16.1 Firma digitale

La firma viene accolta all'interno della classe <legalAuthenticator> in un elemento <signature> esterno allo standard CDA, il quale contiene i dati necessari per la verifica della firma apportata al documento, incluse le direttive indirizzate dallo standard XML-Signature.

I dettagli tecnici da adottare in Medir per la procedura di firma digitale del documento CDA e la relativa verifica sono dettagliati nella nota tecnica sulla firma digitale (cf. [2]), che illustra le specifiche da adottare secondo lo standard XML-Signature, per l'applicazione degli algoritmi di trasformazione, comprese le specifiche di XSLT Transform nei casi di applicazione di foglio di stile per la renderizzazione del CDA pre-firma.

#### 6.1.17 Documento di Prescrizione associato: <inFulfillmentOf>

L'identificativo associato al documento di prescrizione, che ha determinato il ricovero del paziente e quindi la produzione del documento di Accettazione, va indicato attraverso l'elemento OPZIONALE <inFulfillmentOf>.

L'elemento <id> riportato fa riferimento all'identificativo della prescrizione originale, cioè il suo IUP (Identificativo Univoco della Prescrizione).

<id>: identificativo prescrizione

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

<id>: identificativo prescrizione			
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.2.4.3.6	OID sotto l'albero HL7 Italia dove collegare gli IUP e PLG generati sul territorio nazionale, ramo relativo alla definizione del codice IUP
extension	ST	[IUP]	Codice Univoco del Documentoto (IUP) di Prescrizione

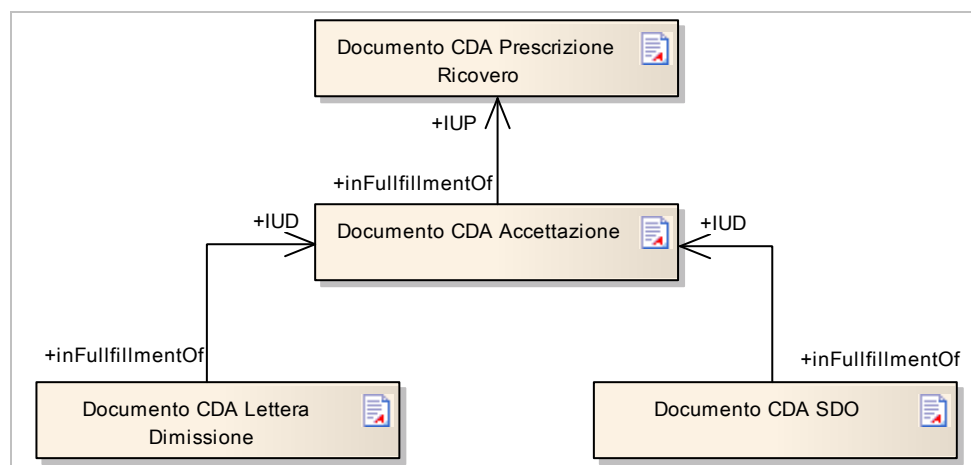
L'esempio seguente riporta il riferimento al documento di prescrizione:

```

<inFulfillmentOf>
  <order>
    <!--
      tag id (OBBLIGATORIO):
      - root = OID HL7 per il Ministero delle Finanze, ramo identificativi
        delle prescrizioni elettroniche
      - extension = IUP del documento di Prescrizione
      - assigningAuthorityName = Ministero delle Finanze
    -->
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.2.4.3.6"
      extension="IUP"
      assigningAuthorityName="MEF"/>
    </order>
  </inFulfillmentOf>

```

Si ipotizza cioè che il legame esistente tra i documenti di prescrizione di ricovero, accettazione, SDO e lettera di dimissione sia:



**Figura 7 - Schema di relazione tra documento di accettazione, lettera di dimissione e scheda di dimissione ospedaliera (SDO)**

Lo IUP non deve essere specificato se non è riferito ad una prescrizione di ricovero. Difatti, la registrazione di un documento di Accettazione non è possibile qualora venga inserito un riferimento ad uno IUP di una prescrizione che non sia di ricovero (e.g. una "prescrizione di visita specialistica da cui è scaturito il ricovero"), in quanto MEDIR è un sistema di secondo livello in grado di essere alimentato (e quindi accettare senza errore) solo i flussi di entrata e di uscita dell'ospedale, e non i flussi interni.

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

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

Nel caso della Accettazione grazie a questo elemento OBBLIGATORIO vengono rappresentate informazioni relative alla data di accettazione ed alle informazioni sulla struttura e reparto di accettazione per il ricovero.

Sono da imporre le seguenti informazioni:

<effectiveTime>: data di accettazione (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
value	TS	[yyyyMMddhhmmss]	Anno, mese, giorno, ora, minuti, secondi.

<code>: di <healthCareFacility> (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[CODICE_REPARTO]	Codice della disciplina che identifica il reparto
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.2.9.6.1.17	OID codifica delle discipline Ministero della Salute

<id>: di <serviceProviderOrganization> (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2	OID root HL7 (Italia) per gli identificativi delle strutture di ricovero
extension	ST	[CODICE_STRUTTURA]	ID della struttura AO da codifica Min Salute

Segue un esempio di rappresentazione di queste informazioni:

```
<componentOf typeCode="COMP">
  <encompassingEncounter>
    <!-- Data di accettazione -->
    <effectiveTime value="20080515112500"/>
  </encompassingEncounter>
</componentOf>
```

```
<location>
  <healthCareFacility>
    <!--
      tag code: Reparto (codifica delle discipline Ministero Salute):
      - codeSystem: OID codifica delle discipline Ministero della
        Salute
      - code: codice della disciplina
      - displayName: descrizione della disciplina
    -->
    <code
      code="026"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.17"
      displayName="Medicina generale"/>
    <serviceProviderOrganization>
      <!--
        tag id: Struttura (OBBLIGATORIO)
        - root = OID root HL7 (Italia) per gli identificativi
          delle strutture di ricovero
        - extension = ID della struttura AO da codifica Min Salute
      -->
      <id
        root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
        extension="200904"
        assigningAuthorityName="SSN-MIN SALUTE"/>
      <name>AO G. Brotzu</name>
      <addr>
        <city>Cagliari</city>
        <postalCode>09100</postalCode>
        <streetName>Via Ospedale</streetName>
        <houseNumber>46</houseNumber>
        <country>Italia</country>
      </addr>
    </serviceProviderOrganization>
  </healthCareFacility>
</location>
</encompassingEncounter>
</componentOf>
```

## 6.2 Dati del corpo del documento (CDA BODY)

Per il corpo del documento non è consentito l'invio di dati non strutturati racchiusi nel tag <nonXMLBody>.

Il corpo del documento deve essere definito all'interno del tag <structuredBody>. La struttura di questo elemento è la seguente:

```
<structuredBody>
  <component>
    <section>.....</section>
  </component>
  ...
</structuredBody>
```

Il testo completo della ACCETTAZIONE deve essere definito in una o più sezioni narrative che rappresentano la relazione testuale. Ogni sezione è racchiusa all'interno di un tag <section>.

```
<section>
  <text>
    Relazione testuale del medico repertante...
  </text>
  ...
</section>
```

Il testo può essere semplice o decorato da tag che ne definiscono, ad esempio, semantica e/o riferimenti esterni. Se il testo è riportato in più sezioni per ognuna deve essere definito il tag <title> con la descrizione della sottosezione. Per esempio:

```
<section>
  <title>Title1</title>
  <text>
    Testo del Title1
  </text>
  ...
</section>
<section>
  <title>Title2</title>
  <text>
    Testo del Title2
  </text>
  ...
</section>
```

Ad ogni sezione narrativa può seguire una rappresentazione più strutturata di parte del contenuto informativo all'interno di <entry>.

Nel seguito del documento sarà dettagliato il BODY strutturato del documento di Accettazione Ospedaliera. Dato che lo standard HL7 prevede che il dettaglio di un documento CDA strutturato possa raggiungere differenti livelli di specializzazione (nella fattispecie tre), si fornirà una linea guida che si focalizzi al massimo livello di dettaglio disponibile, cioè il livello 3.

### 6.3 Body documento CDA – Accettazione Ospedaliera

Le informazioni rappresentate all'interno del body del CDA di accettazione sono organizzate in due sottosezioni logiche. La prima sottosezione è destinata ad accogliere la diagnosi di ingresso, la seconda, alla rappresentazione di una serie di informazioni di vario genere, tutte votate a meglio definire e dettagliare la specifica istanza di accettazione. Segue l'elenco delle informazioni rappresentate dal body del documento clinico:

- Diagnosi di ingresso (ICD9 CM);
- Altre informazioni di accettazione.

La seconda sottosezione, in particolare, è costituita dalle seguenti informazioni:

1. Regime di ricovero;
2. Onere della degenza;
3. Provenienza del paziente;
4. Tipo ricovero;
5. Traumatismi e intossicazioni.

Parte di queste informazioni costituisce un subset di items della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e di questa, sono condivise le regole di rappresentazione. La rappresentazione di tutte le informazioni di cui sopra, è da considerarsi OBBLIGATORIA.

Si riportano di seguito, la definizione ed un esempio di rappresentazione per ogni informazione esposta dal body del documento di accettazione:

#### 6.3.1 Diagnosi di ingresso (ICD9 CM): <section>

La diagnosi di ingresso è la condizione che ha reso necessario il ricovero del paziente. Questa condizione va sempre espressa attraverso un riferimento alla classificazione internazionale delle malattie (codifica ICD9 CM).

Nel caso in cui non è nota la codifica ICD9 legata al problema che si vuole indicare, sarà possibile comunque specificare un codice ICD9 di diagnosi generica, indicando in maniera esplicita il riferimento alla parte narrativa del documento CDA (HL7/CDA v2) [mediante elemento <original-text> nella sezione strutturata (HL7/CDA v2.0)], dove sarà replicata, invece del problema, la descrizione testuale del sospetto diagnostico specificata nella sezione narrativa.

Per esempio, se all'atto del ricovero non si riesce ad identificare il malessere/problema denunciato dal paziente, si può una descrivere la diagnosi come generica, assegnato mediante un codice ICD9 aspecifico (i.e., "Stati morbosi mal definiti" valore **799.8**). Per la rappresentazione strutturata di questa informazione si utilizza una classe <observation> con attributo classCode valorizzato a "OBS". Il valore relativo alla tipologia di informazione, quindi il codice ICD9-CM della diagnosi di ingresso, viene rappresentato attraverso l'elemento <value> della classe <observation>. L'informazione è codificata attraverso un <content>, nella parte narrativa, valorizzato con "ACC001", grazie al quale si favoriscono eventuali azioni di retrieving del dato.

Bisogna imporre le seguenti informazioni:

<code>: (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	8646-2	Codice che identifica la

<code>: (OBBLIGATORIO)			
			rappresentazione della diagnosi di ingresso
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.1	OID sistema di codifica LOINC
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome sistema di codifica
displayName	ST	Hospital Admission DX	

<value>: di <observation> (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[CODICE_DIAGNOSI]	Codice che identifica la diagnosi di ingresso
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.2	OID sistema di codifica ICD9-CM
codeSystemName	ST	"ICD9_CM"	Nome sistema di codifica
displayName	ST	[DESCRIZIONE_DIAGNOSI]	Descrizione della diagnosi di ingresso

Nel caso di diagnosi non definita si scriverà:

<value>: di <observation> (OBBLIGATORIO)			
Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	799.8	Codice che identifica la diagnosi aspecifica di ingresso
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.6.2	OID sistema di codifica ICD9-CM
codeSystemName	ST	"ICD9_CM"	Nome sistema di codifica
displayName	ST	Stati morbosi mal definiti	Descrizione della diagnosi aspecifica di ingresso

In questo caso sarà necessario ed obbligatorio riportare il riferimento alla parte narrativa con copia del testo dell'ipotesi diagnostica ivi riportata.

Segue un esempio di rappresentazione narrativa e strutturata per questa informazione:

```
<!-- Blocco narrativo della section informazioni generali-->
<component>
  <section ID="DIAGNOSI_INGRESSO">
    <title>Diagnosi di Ingresso</title>
    <text>
      <table border="1">
        <tbody>
          <tr>
            <th>Patologia</th>
            <th>ICD9-CM</th>
          </tr>
          <tr>
            <td><content ID="ACC-001">Appendicite acuta</content></td>
            <td>540.9</td>
          </tr>
        </tbody>
      </table>
    </text>
    <!-- Blocco Strutturato per questa Sezione -->
    <entry>
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <code
          code="8646-2"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
          codeSystemName="LOINC"
          displayName="HOSPITAL ADMISSION DX/>
        <!--
          value (OBBLIGATORIO)
            - code: Codice ICD9CM diagnosi di ingresso
            - codeSystem: OID ICD9CM
            - codeSystemName: sistema di codifica utilizzato
            - displayName: valore corrispondente al codice
        -->
        <value
          xsi:type="CE"
          code="540.9"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2"
          codeSystemName="ICD9CM"
          displayName="Appendicite acuta">
          <originalText mediaType="text/plain">
            <reference value="#ACC-001"/>
          </originalText>
        </value>
      </observation>
    </entry>
  </section>
</component>
```

Questa rappresentazione ha una rappresentazione grafica del tipo:



### Diagnosi di Ingresso

Patologia	ICD9-CM
Appendicite acuta	540.9

Segue un esempio di diagnosi generica perché non si è in grado di fornirne una di dettaglio codificata:

```
<!-- Blocco narrativo della section informazioni generali -->
<component>
  <section ID="DIAGNOSI_INGRESSO">
    <title>Diagnosi di Ingresso</title>
    <text>
      <table border="1">
        <tbody>
          <tr>
            <th>Patologia</th>
            <th>ICD9-CM</th>
          </tr>
          <tr>
            <td><content ID="ACC-001">Sospetto di polmonite</content></td>
            <td>799.8</td>
          </tr>
        </tbody>
      </table>
    </text>
  </section>
<!-- Blocco Strutturato per questa Sezione -->
<entry>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code
      code="8646-2"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      displayName="HOSPITAL ADMISSION DX/>
    <!--
      value (OBBLIGATORIO)
      - code: Codice ICD9CM diagnosi di ingresso
      - codeSystem: OID ICD9CM
      - codeSystemName: sistema di codifica utilizzato
      - displayName: valore corrispondente al codice
    -->
    <value
      xsi:type="CE"
      code="799.8"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2"
      codeSystemName="ICD9CM"
      displayName=" Stati morbosì mal definiti">
      <originalText mediaType="text/plain">
        Sospetto di polmonite
        <reference value="#ACC-001"/>
      </originalText>
    </value>
  </observation>
</entry>
```

</section>  
</component>

### 6.3.2 Altre informazioni di accettazione: <section>

Questa sezione rappresenta una serie di informazioni di vario genere, tutte votate a meglio definire e dettagliare la specifica istanza di accettazione. Parte di queste informazioni costituisce un subset di item della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e di questa, sono condivise le regole di rappresentazione.

La sezione, in particolare, è costituita dalle seguenti informazioni:

1. Regime di ricovero;
2. Onere della degenza;
3. Provenienza del paziente;
4. Tipo ricovero;
5. Traumatismi e intossicazioni.

Si omette la descrizione delle regole di rappresentazione della sottosezione relativa ad “altri interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche” in quanto, a tal fine, è possibile fare riferimento alle regole di rappresentazione dell’”intervento chirurgico principale o parto”.

- **Regime di ricovero**

Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario" ed il "ricovero diurno"; in particolare il “ricovero diurno” si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni:

- si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato;
- è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero;
- fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che per la loro intrinseca complessità o invasività o per il correlato rischio per il paziente non possono essere eseguite in ambiente ambulatoriale.

Il codice, ad un carattere, da impiegare è il seguente:

1. ricovero ordinario;
2. ricovero diurno (day hospital).

Quando si utilizza il codice 2, è necessario riportare anche le informazioni relative al motivo del ricovero in regime diurno e numero di giornate di presenza in ricovero diurno.

Questa informazione, viene riportata nell’elemento <code> della classe <encounter> (classCode="ENC" moodCode="EVN"). Ad esempio:

```
<encounter classCode="ENC" moodCode="EVN">
  <code
    code="2"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.43"
    codeSystemName="Regime di Ricovero"
    codeSystemVersion="1.0.0"
    displayName="Ricovero Diurno">
  ...
</code>
</encounter>
```

L’attributo codSystem fa riferimento al ramo dei dizionari del Ministero della Salute per il regime di ricovero (OID: 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.43). Nel caso di ricovero diurno, è possibile specificare il motivo di ricovero attraverso l’elemento <value> di <qualifier> (OID codeSystem: 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.8) interno a <code>. In tal caso l’esempio precedente diverrebbe:

```
<encounter classCode="ENC" moodCode="EVN">
  <code
    code="2"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.43"
    codeSystemName="Regime di Ricovero"
    codeSystemVersion="1.0.0"
    displayName="Ricovero Diurno">
    <qualifier>
      <value
        code="1"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.8"
        codeSystemName="Motivo del Ricovero in Regime Diurno"
        codeSystemVersion="1.0.0"
        displayName="Ricovero Diurno Diagnostico"/>
      </qualifier>
    ...
  </code>
</encounter>
```

- **Onere delle degenza**

Con l'onere della degenza si intende specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero. I codici, ad un carattere, da utilizzare sono i seguenti:

1. ricovero a totale carico del SSN;
2. ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);
3. ricovero con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN;
4. ricovero senza oneri per il SSN;
5. ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);
6. ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);
7. ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN;
8. ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;
- A. ricovero a carico del Ministero dell'Interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;
9. altro.

Questa informazione, viene riportata nell'elemento <participant> (typeCode="HLD") della classe <encounter>. Ad esempio:

```
<encounter classCode="ENC" moodCode="EVN">
  <participant typeCode="HLD">
    <participantRole>
      <code
        code="1"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.13"
        codeSystemName="Onere della Degenza"
        codeSystemVersion="1.0.0"
        displayName="Ricovero a totale carico del SSN"/>
      <!-- Riferimento alla parte narrativa -->
      <originalText mediaType="text/plain">
        <reference value="#SDO_016"/>
      </originalText>
```

```
</participantRole>
</participant>
</encounter>
```

L'attributo codSystem fa riferimento al ramo dei dizionari del Ministero della Salute per la tabella Onere Degenza (OID: 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.13).

- **Provenienza del paziente**

La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero. Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico;
2. paziente inviato all'istituto di cura con proposta del medico di base;
3. ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura;
4. paziente trasferito da un istituto di cura pubblico;
5. paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato;
6. paziente trasferito da istituto di cura privato non accreditato;
7. paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto;
9. altro.

Questa informazione, viene riportata nell'elemento <qualifier> di <code> della classe <encounter>. Ad esempio:

```
<encounter classCode="ENC" moodCode="EVN">
  <code...
    <qualifier>
      <value
        code="1"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.44"
        codeSystemName="Provenienza del Paziente"
        codeSystemVersion="1.0.0"
        displayName="Paziente senza proposta del medico"/>
      </qualifier>
    ...
  </encounter>
```

L'attributo codSystem fa riferimento al ramo dei dizionari del Ministero della Salute per la tabella Provenienza del Paziente (OID: 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.44).

- **Tipo di ricovero**

Il tipo di ricovero, da indicare per tutti i ricoveri in regime ordinario, individua i ricoveri programmati, distinguendoli dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. ricovero programmato, non urgente;
2. ricovero urgente;
3. ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);
4. ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione.

Questa variabile non si compila per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi.

Questa informazione, viene riportata nell'elemento <qualifier> di <code> della classe <encounter>. Ad esempio:

```
<encounter classCode="ENC" moodCode="EVN">
  <code...
    <qualifier>
      <value
        code="2"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.16"
        codeSystemName="Tipo di Ricovero"
        codeSystemVersion="1.0.0"
        displayName="Ricovero urgente"/>
      </qualifier>
    ...
  </encounter>
```

L'attributo codSystem fa riferimento al ramo dei dizionari del Ministero della Salute per la tabella Tipo di Ricovero (OID: 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.16).

- **Traumatismi ed intossicazioni**

Questa informazione deve essere fornita solo nel caso in cui il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione. Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. infortunio sul lavoro;
2. infortunio in ambiente domestico;
3. incidente stradale;
4. violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta);
5. autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto);
9. altro tipo di incidente o di intossicazione.

Questa informazione, viene riportata nell'elemento <qualifier> di <code> della classe <encounter>. Ad esempio:

```
<encounter classCode="ENC" moodCode="EVN">
  <code...
    <qualifier>
      <value
        code="1"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.6"
        codeSystemName="Traumatismi o Intossicazioni"
        codeSystemVersion="1.0.0"
        displayName="Infortunio sul Lavoro"/>
      </qualifier>
    ...
  </encounter>
```

L'attributo codSystem fa riferimento al ramo dei dizionari del Ministero della Salute per la tabella Traumatismi o Intossicazioni (OID: 2.16.840.1.113883.2.9.6.1.6).

Segue un esempio di rappresentazione narrativa dell'intera sottosezione:

```
<component>
  <section ID="INFORMAZIONI_ACCETTAZIONE">
    <title>Altre informazioni di accettazione</title>
    <!-- Blocco narrativo della section -->
    <text>
      <table>
        <tbody>
          <tr>
            <th>Informazione</th>
            <th>Descrizione</th>
```

```

    <th>Codice</th>
  </tr>
  <tr>
    <td>
      <content ID="ACC-002">Regime di ricovero</content>
    </td>
    <td>Ordinario</td>
    <td>1</td>
  </tr>
  <tr>
    <td>
      <content ID="ACC-003">Onere della degenza</content>
    </td>
    <td>Totale carico del SSN</td>
    <td>1</td>
  </tr>
  <tr>
    <td>
      <content ID="ACC-004">Provenienza del paziente</content>
    </td>
    <td>Medico di base</td>
    <td>2</td>
  </tr>
  <tr>
    <td>
      <content ID="ACC-005">Tipo ricovero</content>
    </td>
    <td>Ricovero programmato non urgente</td>
    <td>1</td>
  </tr>
  <tr>
    <td>
      <content ID="ACC-006">
        Traumatismi e intossicazioni
      </content>
    </td>
    <td>Infortunio in ambiente domestico</td>
    <td>2</td>
  </tr>
</tbody>
</table>
<br/>
</text>
<!-- Blocco strutturato per questa section -->

```

...

```

  </section>
</component>

```

La rappresentazione grafica della presente sezione risulterebbe:

#### Altre informazioni di Accettazione

Informazione	Descrizione	Codice
Regime di ricovero	Ordinario	1
Onere della degenza	Totale carico del SSN	1
Provenienza del paziente	Medico di base	2
Tipo ricovero	Ricovero programmato non urgente	1
Traumatismi e intossicazioni	Infortunio in ambiente domestico	2

## **Appendice A. VOCABOLARI**

Si rimanda all'allegato "VOCABOLARI".



## **Appendice B. CODIFICHE INTERNAZIONALI**

Si rimanda all'allegato "CODIFICHE INTERNAZIONALI".

## Appendice C. ESEMPIO CDA – ACCETTAZIONE OSPEDALIERA

```
<?xml version="1.0" encoding="ISO-8859-1"?>
<?xml-stylesheet type="text/xsl" href="CDA.xsl"?>
<!--
  Esempio di CDA (typeId root="2.16.840.1.113883.1.3"
  extension="POCD_HD000040") relative ad una Accettazione Ospedaliera
-->
<ClinicalDocument
  xmlns="urn:hl7-org:v3"
  xmlns:voc="urn:hl7-org:v3/voc"
  xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
  xsi:schemaLocation="urn:hl7-org:v3 CDA.xsd">
  <!-- CDA Header Specification -->
  <!--
    tag realmCode (OBBLIGATORIO):
      - code = code del dominio di appartenenza di riferimento per il
        documento
  -->
  <realmCode code="IT"/>
  <!--
    tag typeId (OBBLIGATORIO):
      - root = OID HL7 per i modelli registrati (2.16.840.1.113883.1.3)
      - extension = Codifica identificativa del CDA r2 Hierarchical
        description (POCD_HD000040)
  -->
  <typeId root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="POCD_HD000040"/>
  <!--
    tag templateId (OBBLIGATORIO):
      - root = OID HL7 per il catalogo dei template
      - extension = Identificativo del template
  -->
  <templateId
    root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.23" extension="ITPRF_ACCETTAZIONE-001"/>
  <!--
    tag id (OBBLIGATORIO):
      - root: OID HL7 per la regione di competenza, ramo identificativi
        nosologico (OID: 2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.6)
      - extension: IUD del documento
      - assigningAuthorityName: Regione Sardegna (opzionale)
  -->
  <id
    root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.6"
    extension="000127999"
    assigningAuthorityName="Regione Sardegna"/>
  <!--
    tag code (OBBLIGATORIO):
      - code: codice della tipologia di documento (LOINC)
      - codeSystem: OID del sistema di codifica LOINC
        (OID: 2.16.840.1.113883.6.1)
```

```

- codeSystemName: sistema di codifica utilizzato (LOINC)
- displayName: Descrizione della tipologia di documento
-->
<code
  code="47039-3"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  codeSystemVersion="2.19"
  displayName="Adminssion history and pyhsical note - Inpatient"/>
<title>Accettazione Ospedaliera</title>
<!--
  tag effectiveTime (OBBLIGATORIO):
    - value = data di compilazione del documento nel formato
      aaaaMMgghhmmss+ZZzz
-->
<effectiveTime value="20080710105330+0200"/>
<!--
  tag confidentialityCode (OBBLIGATORIO):
    - codeSystem = OID HL7 sistema di codifica utilizzato
      (2.16.840.1.113883.5.25)
    - code =
      N: Normal,
      R: Restricted,
      V: Veri restricted.
-->
<confidentialityCode
  code="N"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25"
  codeSystemName="Confidentiality"/>
<!--
  tag languageCode: (OPZIONALE)
    - code = codice lingua (IETF RFC 3066)
-->
<languageCode code="it-IT"/>
<!--
  tag setId (OBBLIGATORIO):
    - root: OID HL7 per struttura sanitaria di competenza
      (nell'esempio una AO: AZIENDA OSPEDALIERA G.BROTZU)
    - extension: Identificativo univoco della prima versione del documento
      (Codice Nosologico)
    - assigningAuthorityName: Descrizione struttura sanitaria di competenza
-->
<setId
  root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200904.4.6"
  extension="[CODICE_NOSOLOGICO]"
  assigningAuthorityName="AO G. Brotzu"/>
<!--
  tag versionNumber (OBBLIGATORIO):
    - value = numero di versione del documento
      (sempre =1 allora CODICE_PRIMA_VERSIONE = CODICE_DOCUMENTO)
-->
<versionNumber value="1"/>
<!--
  tag recordTarget (OBBLIGATORIO): riferimento al paziente
-->

```

```
<recordTarget>
  <!--
    tag patientRole (OBBLIGATORIO)
  -->
  <patientRole>
    <!--
      tag id (OBBLIGATORIO): Codice Fiscale
      - root = OID HL7 per Ministero Economia e Finanze
      - extension = Codica Fiscale del paziente
    -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="GLLPLA80A01A662R"/>
    <!--
      tag id (OPZIONALE): ID Anagrafica Regionale
      - root = OID HL7 per Regione Sardegna
      - extension = ID paziente da anagrafica regionale
        (nell esempio si ipotizza: GLLPLA005566891)
    -->
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.1" extension="GLLPLA005566891"/>
    <addr>
      <city>Cagliari</city>
      <postalCode>09100</postalCode>
      <streetName>via Marco Polo</streetName>
      <houseNumber>12</houseNumber>
      <country>Italia</country>
    </addr>
    <patient>
      <name>
        <prefix>Sig.</prefix>
        <given>Paolo</given>
        <family>Gialli</family>
      </name>
      <administrativeGenderCode
        code="M" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"/>
      <birthTime value="19700703"/>
      <birthplace>
        <place>
          <addr>
            <city>Cagliari</city>
            <postalCode>09100</postalCode>
            <country>Italia</country>
            <state>IT</state>
          </addr>
        </place>
      </birthplace>
    </patient>
  </patientRole>
</recordTarget>
  <!--
    tag author (OBBLIGATORIO): riferimento all'autore del referto
  -->
  <author>
    <!--
      tag time (OBBLIGATORIO):
      - value = data e ora di generazione del documento nel formato
```

```

aaaaMMgghhmmss+ZZzz
-->
<time value="20080710110430+0200"/>
<assignedAuthor>
  <!--
    tag id (OBBLIGATORIO): Codice Fiscale
    - root = OID HL7 per Ministero Economia e Finanze
    - extension = Codice Fiscale dell'autore del documento
  -->
  <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="RSSMRA70C07F284U"/>
  <!--
    tag id (OPZIONALE): ID Anagrafica Regionale
    - root: OID HL7 per Regione Sardegna
    - extension: Codice autore da anagrafica operatore regionale
      (nell'ipotesi: 200108000289)
  -->
  <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.2" extension="200108000289"/>
</assignedPerson>
  <name>
    <prefix>Dott.</prefix>
    <given>Mario</given>
    <family>Rossi</family>
  </name>
</assignedPerson>
</assignedAuthor>
</author>
<!--
  tag dataEnterer: riferimento al redattore (data entry)
-->
<dataEnterer>
  <time value="20080710105330+0200"/>
  <assignedEntity>
    <!--
      id:
      - root = OID root HL7 (Italia) per gli identificativi delle
        strutture di ricovero
      - extension = ID della struttura AO da codifica Min Salute
    -->
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
      extension="200904"
      assigningAuthorityName="SSN-MIN SALUTE"/>
    <assignedPerson>
      <name>
        <prefix>Sig.ra</prefix>
        <given>Isabella</given>
        <family>Verdi</family>
      </name>
    </assignedPerson>
  </assignedEntity>
</dataEnterer>
<!--
  tag custodian (OBBLIGATORIO): dati relativi alla struttura che ha prodotto
    (e archivia) il documento
-->

```

```

<custodian>
  <!--
    tag assignedCustodian (OBBLIGATORIO)
  -->
  <assignedCustodian>
    <!--
      tag representedCustodianOrganization (OBBLIGATORIO)
    -->
    <representedCustodianOrganization>
      <!--
        tag id (OBBLIGATORIO): ID della struttura
        - root: OID root HL7 Italia per gli identificativi delle
          strutture di ricovero
        - extension: ID della struttura da codifica Min Salute
      -->
      <id
        root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
        extension="200904"
        assigningAuthorityName="SSN-MIN SALUTE"/>
      <!--
        name = nome della struttura presso cui è disponibile il
        documento
      -->
      <name>AO G. Brotzu</name>
      <addr>
        <city>Cagliari</city>
        <postalCode>09100</postalCode>
        <streetName>Via Ospedale</streetName>
        <houseNumber>46</houseNumber>
        <country>Italia</country>
      </addr>
    </representedCustodianOrganization>
  </assignedCustodian>
</custodian>
<!--
  tag legalAuthenticator (OBBLIGATORIO): dati relativi al firmatario del
  documento
-->
<legalAuthenticator>
  <!--
    tag time (OBBLIGATORIO):
    - value = data e ora di firma del documento nel formato
      aaaaMMggghmmss+ZZzz
  -->
  <time value="20080710112000+0200"/>
  <!--
    tag signatureCode (OBBLIGATORIO):
    - code = specificazione se il documento è firmato digitalmente
  -->
  <signatureCode code="S"/>
  <!--
    tag signature (OBBLIGATORIO): dati necessari per verifica della firma
    apportata al documento
  -->
  <Signature xmlns="http://www.w3.org/2000/09/xmldsig#">

```

```

<!--
  tag signInInfo (OBBLIGATORIO)
-->
<SignedInfo>
  <!--
    tag canonicalizationMethod (OBBLIGATORIO): algoritmo di
      canonicalizzazione
  -->
  <CanonicalizationMethod Algorithm=""/>
  <!--
    tag signatureMethod (OBBLIGATORIO): algoritmo di firma utilizzato
  -->
  <SignatureMethod Algorithm=""/>
  <!--
    tag reference (OBBLIGATORIO)
  -->
  <Reference>
    <!--
      tag digestMethod (OBBLIGATORIO): algoritmo di digest
    -->
    <DigestMethod Algorithm=""/>
    <!--
      tag digestValue (OBBLIGATORIO): valore di digest
    -->
    <DigestValue/>
  </Reference>
</SignedInfo>
<!--
  tag signatureValue (OBBLIGATORIO): valore della firma dell'elemento
    <signedInfo> calcolato mediante
    l'algoritmo ivi specificato
-->
<SignatureValue/>
<KeyInfo>
  <X509Data>
    <X509Certificate/>
  </X509Data>
</KeyInfo>
</Signature>
<!--
  tag assignedEntity (OBBLIGATORIO): firmatario del documento (= autore)
-->
<assignedEntity>
  <!--
    tag id (OBBLIGATORIO):
      - root: OID HL7 per Ministero Economia e Finanze
      - extension: Codice fiscale del firmatario del documento
  -->
  <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="RSSMRA70C07F284U"/>
  <!--
    tag id (OPZIONALE): ID Anagrafica Regionale
      - root: OID HL7 per Regione Sardegna
      - extension: Codice autore da anagrafica operatore regionale
  -->
  <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.2" extension="200108000289"/>

```

```

<assignedPerson>
  <name>
    <prefix>Dott.</prefix>
    <given>Mario</given>
    <family>Rossi</family>
  </name>
</assignedPerson>
</assignedEntity>
</legalAuthenticator>
<!--
  tag inFulfillmentOf (OBBLIGATORIO): riferimento al documento di
    prescrizione ricovero
-->
<inFulfillmentOf>
  <order>
    <!--
      tag id (OBBLIGATORIO): identificativo associato al documento di
        prescrizione
      - root = OID HL7 per il Ministero delle Finanze
        (Ramo Identificativi Prescrizioni Elettroniche)
      - extension = IUP del documento di Prescrizione
      - assigningAuthorityName = Ministero delle Finanze (opzionale)
    -->
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.6"
      extension="4SVzPK91oC5N41mk"
      assigningAuthorityName="Ministero delle Finanze"/>
    </order>
  </inFulfillmentOf>
  <!--
    tag componentOf (OBBLIGATORIO): informazioni relative all'interscambio
      informativo tra tutti gli attori del
      sistema
  -->
  <componentOf typeCode="COMP">
    <encompassingEncounter>
      <!-- Data di accettazione -->
      <effectiveTime value="20080515112500"/>
      <location>
        <healthCareFacility>
          <!--
            tag code (OBBLIGATORIO): Reparto
            - codeSystem: OID codifica delle discipline Ministero della
              Salute
            - code: codice della disciplina
            displayName: descrizione della disciplina
          -->
          <code
            code="026"
            codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.17"
            displayName="Medicina generale"/>
        </serviceProviderOrganization>
        <!--
          tag id (OBBLIGATORIO): Struttura
          - root = OID root HL7 (Italia) per gli identificativi

```



delle strutture di ricovero

- extension = ID della struttura AO da codifica  
Ministero della Salute

```
-->
<id
  root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
  extension="200904"
  assigningAuthorityName="SSN-MIN SALUTE"/>
<name>AO G. Brotzu</name>
<addr>
  <city>Cagliari</city>
  <postalCode>09100</postalCode>
  <streetName>Via Ospedale</streetName>
  <houseNumber>46</houseNumber>
  <country>Italia</country>
</addr>
</serviceProviderOrganization>
</healthCareFacility>
</location>
</encompassingEncounter>
</componentOf>
<!-- CDA Body Specification -->
<!--
  tag component (OBBLIGATORIO)
-->
<component>
  <!--
    tag structuredBody (OBBLIGATORIO)
  -->
  <structuredBody>
    <!--
      tag component (OBBLIGATORIO): Diagnosi di ingresso
    -->
    <component>
      <section ID="DIAGNOSI_INGRESSO">
        <title>Diagnosi di Ingresso</title>
        <text>
          <table border="1">
            <tbody>
              <tr>
                <th>Patologia</th>
                <th>ICD9-CM</th>
              </tr>
              <tr>
                <td>
                  <content ID="ACC-001">Appendicite acuta</content>
                </td>
                <td>540.9</td>
              </tr>
            </tbody>
          </table>
        </text>
      </section>
    <!-- Blocco Strutturato per questa Sezione -->
  </component>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
```

```

<code
  code="8646-2"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  displayName="HOSPITAL ADMISSION DX"/>
<!--
  tag value (OBBLIGAOTRIO)
    - code: Codice ICD9CM diagnosi di ingresso
    - codeSystem: OID ICD9CM
    - codeSystemName: sistema di codifica utilizzato
    - displayName: valore corrispondente al codice
-->
<value
  xsi:type="CE"
  code="540.9"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2"
  codeSystemName="ICD9CM"
  displayName="Appendicite acuta">
  <originalText>
    <reference value="#ACC-001"/>
  </originalText>
</value>
</observation>
</entry>
</section>
</component>
<!--
  tag component (OBBLIGATORIO): Altre informazioni
-->
<component>
  <section>
    <title>Altre informazioni di Accettazione</title>
    <!-- Blocco narrativo della section -->
    <text>
      <table>
        <tbody>
          <tr>
            <th>Informazione</th>
            <th>Descrizione</th>
            <th>Codice</th>
          </tr>
          <tr>
            <td>
              <content ID="ACC-002">Regime di ricovero</content>
            </td>
            <td>Ordinario</td>
            <td>1</td>
          </tr>
          <tr>
            <td>
              <content ID="ACC-003">
                Onere della degenza
              </content>
            </td>
            <td>Totale carico del SSN</td>
          </tr>
        </tbody>
      </table>
    </text>
  </section>
</component>

```

```

        <td>1</td>
    </tr>
    <tr>
        <td>
            <content ID="ACC-004">
                Provenienza del paziente
            </content>
        </td>
        <td>Medico di base</td>
        <td>2</td>
    </tr>
    <tr>
        <td>
            <content ID="ACC-005">Tipo ricovero</content>
        </td>
        <td>Ricovero programmato non urgente</td>
        <td>1</td>
    </tr>
    <tr>
        <td>
            <content ID="ACC-006">
                Traumatismi e intossicazioni
            </content>
        </td>
        <td>Infortunio in ambiente domestico</td>
        <td>2</td>
    </tr>
</tbody>
</table>
<br/>
</text>
<!-- Blocco strutturato per questa section -->
<!-- Regime di ricovero -->
<entry>
    <encounter classCode="ENC" moodCode="EVN">
        <code
            code="2"
            codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.43"
            codeSystemName="Regime di Ricovero"
            codeSystemVersion="1.0.0"
            displayName="Ricovero Diurno">
            <!-- Riferimento alla parte narrativa -->
            <originalText mediaType="text/plain">
                <reference value="#ACC-002"/>
            </originalText>
            <qualifier>
                <value
                    code="1"
                    codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.8"
                    codeSystemName="Motivo del Ricovero in Regime
                        Diurno"
                    codeSystemVersion="1.0.0"
                    displayName="Ricovero Diurno Diagnostico"/>
            </qualifier>
            <qualifier>

```

```

<value
  code="2"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.44"
  codeSystemName="Provenienza del Paziente"
  codeSystemVersion="1.0.0"
  displayName="Paziente su proposta del medico">
  <originalText mediaType="text/plain">
    <reference value="#ACC-004"/>
  </originalText>
</value>
</qualifier>
<qualifier>
  <value
    code="1"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.16"
    codeSystemName="Tipo di Ricovero"
    codeSystemVersion="1.0.0"
    displayName="Ricovero non urgente">
    <originalText mediaType="text/plain">
      <reference value="#ACC-005"/>
    </originalText>
  </value>
</qualifier>
<qualifier>
  <value
    code="2"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.6"
    codeSystemName="Traumatismi o Intossicazioni"
    codeSystemVersion="1.0.0"
    displayName="Infortunio domestico">
    <originalText mediaType="text/plain">
      <reference value="#ACC-006"/>
    </originalText>
  </value>
</qualifier>
</code>
<participant typeCode="HLD">
  <participantRole>
    <code
      code="1"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.13"
      codeSystemName="Onere della Degenza"
      codeSystemVersion="1.0.0"
      displayName="Ricovero a totale carico del SSN">
      <!-- Riferimento alla parte narrativa -->
      <originalText mediaType="text/plain">
        <reference value="#ACC-003"/>
      </originalText>
    </code>
  </participantRole>
</participant>
</encounter>
</entry>
</section>
</component>

```

```
</structuredBody>
</component>
</ClinicalDocument>
```

## ACCETTAZIONE OSPEDALIERA

### Caratteristiche Generali Documento

LIVELLO RISERVATEZZA DOCUMENTO:	Normal	VERSIONE DOCUMENTO:	Originale
DOCUMENTO PRESCRIZIONE COLLEGATO (IUP):	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.6.4SVzPK91oC5N41mk		
CODICE NOSOLOGICO DI ACCETTAZIONE:	2.16.840.1.113883.2.9.2.200904.4.6.[CODICE_NOSOLOGICO]		

### Dati Relativi Al Paziente

ASSISTITO:	Sig. Paolo Gialli	CODICE IDENTIFICATIVO:	GLLPLA80A01A662R
INDIRIZZO:	Via Marco Polo, 12 - 09100 CagliariItalia		
DATA/LUOGO DI NASCITA:	3 Luglio 1970 09100 Cagliari, Italia (IT)	SESSO:	Maschio

### Dati Relativi Alla Struttura Responsabile Della Conservazione Della Registrazione Originale

CODICE IDENTIFICATIVO	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2.200904
STRUTTURA SANITARIA (ASL/AO, STUDIO MEDICO, Ecc.):	AO G. Brotzu Via Ospedale, 46 - 09100 CagliariItalia
DOCUMENTO CREATO IL:	3 Febbraio 2009

### Dati Relativi Iter Strutturale Della Richiesta

DATA ACCETTAZIONE RICOVERO:	15 Maggio 2008
DISCIPLINA (REPARTO)	2.16.840.1.113883.2.9.6.1.17.026
CODIFICA MINISTERO DELLA SALUTE:	

### Diagnosi Di Ingresso

PATOLOGIA	ICD9-CM
Appendicite Acuta	540.9

### Altre Informazioni Di Accettazione

INFORMAZIONE	DESCRIZIONE	CODICE
Regime Di Ricovero	Ordinario	1
Onere Della Degenza	Totale Carico Del SSN	1
Provenienza Del Paziente	Medico Di Base	2
Tipo Ricovero	Ricovero Programmato Non Urgente	1
Traumatismi E Intossicazioni	Infortunio In Ambiente Domestico	2

### Dati Autore Del Documento

CODICE IDENTIFICATIVO:	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2.RSSMRA70C07F284U
DATI ANAGRAFICI:	Dott. Mario Rossi
DATA DI PRODUZIONE DEL DOCUMENTO:	10 Luglio 2008

### Dati Firmatario Del Documento

CODICE IDENTIFICATIVO:	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2.RSSMRA70C07F284U
DATI ANAGRAFICI:	Dott. Mario Rossi
DATA DI FIRMA DEL DOCUMENTO:	10 Luglio 2008

### Dati Incaricato Della Registrazione Del Documento

CODICE IDENTIFICATIVO:	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2.200904
DATI ANAGRAFICI:	Sig.Ra Isabella Verdi
DATA DI REGISTRAZIONE DEL DOCUMENTO:	10 Luglio 2008

Figura 8 - Esempio di trasformazione xsl per i documenti CDA di Accettazione