



REGIONE  
PUGLIA



# **- Guida Implementativa CDA2 - Sistema di Gestione della Presa in Carico dei pazienti cronici**

Piano CarePuglia

Versione 1.0

15/04/2019



---

### Cronologia delle Revisioni

Revisione	Data	Sintesi delle Modifiche
1.0	15/04/2019	Prima Emissione

## Indice

1.	Introduzione.....	6
1.1	Scopo.....	6
1.2	Convenzioni tipografiche.....	6
1.3	Campo di applicazione.....	6
1.4	Limitazioni.....	7
1.5	Riferimenti.....	7
1.6	Acronimi e definizioni.....	7
2.	Lo standard HL7-CDA versione 2.....	8
2.1	Rappresentazione dei documenti sanitari.....	8
2.2	Cardinalita'.....	9
2.3	Dichiarazione XML.....	10
2.4	Header CDA.....	10
2.4.1	ClinicalDocument.templateId.....	11
2.4.2	ClinicalDocument.id.....	11
2.4.3	ClinicalDocument.code.....	13
2.4.4	ClinicalDocument.title.....	14
2.4.5	ClinicalDocument.effectiveTime.....	14
2.4.6	ClinicalDocument.confidentialityCode.....	14
2.4.7	ClinicalDocument.languageCode.....	15
2.4.8	ClinicalDocument.setId e ClinicalDocument.versionNumber.....	16
2.4.9	ClinicalDocument.recordTarget.....	18
2.4.9.1	ClinicalDocument.recordTarget.patientRole.....	18
2.4.9.2	ClinicalDocument.recordTarget.patientRole.patient.....	22
2.4.9.3	ClinicalDocument.recordTarget.patientRole.patient.guardian.....	23
2.4.9.4	ClinicalDocument.recordTarget.patientRole.patient.birthplace.....	24
2.4.9.5	ClinicalDocument.recordTarget.patientRole.providerOrganization.....	25
2.4.10	ClinicalDocument.participant.....	26
2.4.11	ClinicalDocument.author.....	26
2.4.12	ClinicalDocument.dataEnterer.....	28
2.4.13	ClinicalDocument.custodian.....	29
2.4.14	ClinicalDocument.informationRecipient.intendedRecipient.....	30
2.4.15	ClinicalDocument.legalAuthenticator.....	30
2.4.16	ClinicalDocument.documentationOf.....	32
2.4.17	ClinicalDocument.relatedDocument.....	33
2.5	Body CDA.....	35
2.5.1	Modalità di implementazione.....	37
2.5.2	Obbligatorietà e opzionalità delle sezioni.....	40
2.5.3	Sezione Attributi di sistema.....	41
2.5.3.1	Codice sezione.....	42
2.5.3.2	Parte narrativa.....	42
2.5.3.3	Parte codificata.....	43
2.5.4	Sezione Obiettivo della Presa in Carico.....	47
2.5.4.1	Codice sezione.....	47
2.5.4.2	Parte narrativa.....	47
2.5.4.3	Parte codificata.....	48
2.5.5	Sezione Presa In Carico.....	49
2.5.5.1	Codice sezione.....	49
2.5.5.2	Parte narrativa.....	50
2.5.5.3	Parte codificata.....	51
2.5.6	Sezione Anamnesi Fisiologica e Stili di Vita.....	55
2.5.6.1	Codice sezione.....	55
2.5.6.2	Parte narrativa.....	55
2.5.6.3	Parte codificata.....	57
2.5.7	Sezione Programmazione Clinico Assistenziale.....	61
2.5.7.1	Codice sezione.....	62



---

2.5.7.2	Parte narrativa .....	62
2.5.7.3	Parte codificata.....	66
2.5.7.4	Istruzioni ed esempi per la compilazione.....	81
2.5.7.4.1	Esempio di compilazione di una Prestazione Ambulatoriale .....	84
2.5.7.4.2	Esempio di compilazione di una Prestazione Farmaceutica .....	85
2.5.8	Sezione Raccomandazioni Cliniche .....	87
2.5.8.1	Codice sezione .....	87
2.5.8.2	Parte narrativa .....	88
2.5.8.3	Parte codificata.....	88
2.5.9	Sezione Motivo Esenzione dal co-pagamento .....	90
2.5.9.1	Codice sezione .....	90
2.5.9.2	Parte narrativa .....	90
2.5.9.3	Parte codificata.....	91
2.5.10	Sezione Reti di Patologia.....	92
2.5.10.1	Codice sezione .....	92
2.5.10.2	Parte narrativa .....	92
2.5.10.3	Parte codificata.....	93
2.5.11	Sezione Intestazione Programmazione Clinico Assistenziale.....	94
2.5.11.1	Codice sezione .....	94
2.5.11.2	Parte narrativa .....	95
2.5.11.3	Parte codificata.....	95
3.	Metadati Specifici .....	98



---

## Indice delle Tabelle

Tabella 1 - Cardinalità tag CDA2.....	10
Tabella 2 - Livelli di confidenzialità secondo lo standard CDA2 .....	14
Tabella 3 - Sezione Programmazione Clinico Assistenziale – Dati suddivisi per Tipologia di Prestazione .....	84

## Indice delle Figure

Figura 1 - Processo di validazione e rappresentazione di un documento CDA.....	9
Figura 2 - Meccanismo di gestione delle rettifiche ai documenti CDA 2 (estratto da documentazione HL7).....	18
Figura 3 - Organizzazione Body CDA .....	36

# 1. Introduzione

## 1.1 Scopo

Il presente documento si pone come obiettivo quello di definire le linee guida per la costruzione di un documento strutturato in formato CDA2 gestito nell'ambito dei sistemi di Presa in Carico dei pazienti cronici affetti da patologie croniche, il PCP o Piano CarePuglia.

Lo standard proposto per la strutturazione del documento è HL7-CDA2 in relazione all'architettura del Fascicolo Sanitario Elettronico della Regione Puglia.

L'utilizzo della forma strutturata pone le basi per una reale interoperabilità dei documenti prodotti: in sostanza sarà possibile non solo la consultazione, ma anche l'elaborazione automatica dei documenti.

**Si noti che il presente documento non sostituisce il documento di specifiche HL7/CDA Rel2, che definisce i prerequisiti imprescindibili per la corretta strutturazione del formato CDA. Partendo dal documento di specifiche HL7/CDA Rel2, il presente documento definisce i vincoli, le restrizioni e la struttura che il documento CDA deve obbligatoriamente rispettare per essere valido come Piano CarePuglia e garantire l'interoperabilità nel contesto della Regione Puglia.**

## 1.2 Convenzioni tipografiche

`<ClinicalDocument>` Specifica del nome del tag CDA2;

`extension` Specifica del nome di un attributo di un tag CDA2;

`@nome-variabile@` All'interno di un tag CDA2, indica il valore di un tag o di un attributo che viene compilato dall'applicazione; Il nome simbolico dato alla variabile nel presente documento è puramente indicativo e non è vincolante ai fini dell'implementazione software.

`<!-- Commento -->` Commenti inseriti nella definizione della struttura CDA2;

## 1.3 Campo di applicazione

Progetto Gestione Presa in Carico dei pazienti cronici, nell'ambito del progetto SIST-FSE.

---

## 1.4 Limitazioni

Gli OID utilizzati per alcuni codici del documento hanno valore indicativo. La definizione degli OID per i riferimenti pubblici di uso comune sono censiti nel Registro OID nazionale o sono in corso di definizione da parte di HL7 Italia.

## 1.5 Riferimenti

- [1] HL7 V3 Guide;
- [2] OID HL7 ITALIA v2.02.pdf;
- [3] e-MSIG, “e-MS Clinical Document Architecture Implementation Guide”;
- [4] PCP\_GPC\_Dizionari\_V02.xls;
- [5] DC-SEBC\_GPC-SIAA#01.pdf

## 1.6 Acronimi e definizioni

Nel seguito gli acronimi e definizioni utilizzate all'interno del documento.

<b>CDA</b>	<b>Clinical Document Architecture</b>
<b>DCE</b>	<b>Documento Clinico Elettronico</b>
<b>FSE</b>	<b>Fascicolo Sanitario Elettronico</b>
<b>LOINC</b>	<b>Logical Observations Identifiers, Names and Codes</b>
<b>OID</b>	<b>ISO Object Identifier</b>
<b>HL7</b>	<b>Health Level 7</b>
<b>SIST</b>	<b>Sistema Informativo Sanitario Territoriale</b>
<b>XML</b>	<b>Extensible Markup Language</b>
<b>PCP</b>	<b>Piano CarePuglia</b>

## 2. Lo standard HL7-CDA versione 2

In questa sezione vengono presentati gli aspetti caratteristici dei documenti CDA. Per una trattazione completa dell'architettura CDA, si rimanda alla documentazione HL7.

Un documento CDA versione 2 è strutturato sostanzialmente in due parti: Header e Body.

La struttura dell'Header è pressoché costante per tutti i documenti CDA e consente di specificare:

- il tipo di documento;
- l'identificativo univoco e la versione del documento;
- il soggetto (paziente) cui si riferisce il documento;
- l'autore del documento;
- l'ente "custode" del documento;
- il firmatario del documento;
- l'eventuale relazione "di parentela" con precedenti versioni di documenti;

Inoltre vi sono altri campi facoltativi, come ad esempio gli attributi del contatto paziente-struttura, la lingua utilizzata nel documento, ecc. Tali campi opzionali saranno presenti o meno a seconda della tipologia di documento che viene descritto.

Il Body del documento CDA2 è strutturato in una sequenza di "sezioni"; ogni sezione è a sua volta strutturata in due parti, una parte "text" destinata a contenere le parti narrative del documento, cioè quelle da presentare in visualizzazione, ed una o più parti "entry" destinate a contenere il dato codificato. Le "entry" codificano i contenuti presentati nel blocco narrativo della stessa sezione e rendono tali informazioni machine-readable.

Tutte le parti "variabili" del documento sono indicate con pseudo-variabili nel formato: @nome-variabile@ da valorizzare opportunamente caso per caso. **Il nome dato alle pseudo-variabili nel presente documento è puramente indicativo e non è vincolante ai fini dell'implementazione software.**

### 2.1 Rappresentazione dei documenti sanitari

Uno degli obiettivi della specifica CDA è quello di produrre documenti leggibili dagli esseri umani, oltre che processabili da appositi *software*. Questa caratteristica si ottiene facilmente in quanto la parte "Narrativa" presente nel corpo del documento può essere facilmente espressa e/o tradotta in pagine HTML utilizzando gli XML-Stylesheet<sup>1</sup>.

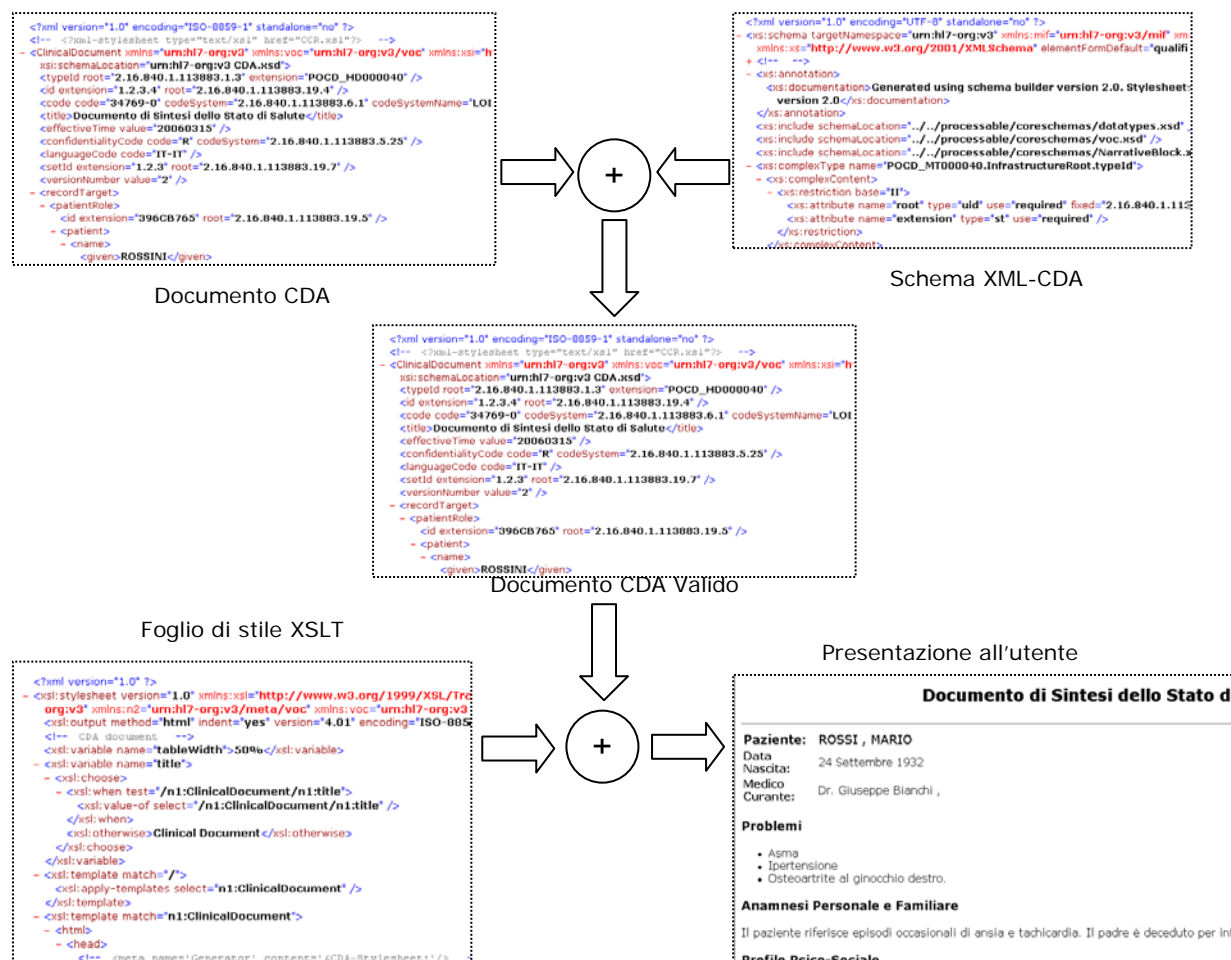
La Figura 1 illustra la tecnologia per ottenere la validazione e la presentazione di un documento CDA. Il primo passo (in alto in figura) è quello di "incrociare" il documento e lo schema. Il confronto con lo schema permette di decidere se il documento è ben formato e se la sequenza ed il

---

<sup>1</sup> Questo è possibile in quanto il documento CDA è un particolare tipo di documento XML.



In particolare il foglio di stile (XML-Stylesheet) può essere arricchito con contenuti non clinici che non trovano collocazione all'interno del documento CDA2 come ad esempio il logo dell'ente, l'intestazione del documento, note di reperibilità del medico responsabile dell'atto di dimissione ecc..



**Figura 1 - Processo di validazione e rappresentazione di un documento CDA**

## 2.2 Cardinalita'

Nelle tabelle seguenti che descrivono strutture CDA2, viene sempre indicata la cardinalità di ogni elemento, nella forma “MIN..MAX”, che corrisponde ai seguenti significati.

<sup>2</sup> o meglio, con il sottoinsieme del RIM previsto per la specifica CDA-2

Cardinalità	Descrizione
0..1	elemento opzionale (assente o presente una volta sola).
1..1	elemento obbligatorio, presente una sola volta
0..N	elemento opzionale che può essere assente o presente una o più volte.
1..N	elemento obbligatorio, che può essere ripetuto più di una volta.

Tabella 1 - Cardinalità tag CDA2

Se una sezione o un elemento sono considerati obbligatori devono essere presenti nel documento altrimenti il documento è invalido e non conforme. La cardinalità minima per tutti gli item obbligatori è 1.

Se una sezione o un elemento sono considerati opzionali possono o non possono essere presenti nel documento. Non si può presumere la presenza di una sezione o di un elemento opzionale all'interno di un documento CDA

## 2.3 Dichiarazione XML

La dichiarazione XML non è parte del documento CDA, ma è inserita per dichiarare il set di caratteri utilizzato nel documento. L'encoding utilizzato è UTF-8, che permette di rappresentare il testo in qualunque lingua.

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
```

## 2.4 Header CDA

A livello più esterno, il documento deve presentarsi con l'elemento radice.

```
<ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3" xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xsi:schemaLocation="urn:hl7-org:v3 ./XSD_CDA2_PCP_1.0.xsd">
```

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

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

... DOCUMENTO CDA ...

```
</ClinicalDocument>
```

E' necessario specificare, immediatamente dopo il tag `<ClinicalDocument>`, i tag `<realmCode>` e `<typeId>` con i valori indicati. Questi valori sono da considerarsi fissi e invariabili per tutti i documenti prodotti.

Il tag `<ClinicalDocument>` definisce la root del documento.

Il tag `<realmCode>` definisce l'identificativo di contesto per l'Italia e prevede un attributo `root` valorizzato come segue:

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

Il tag `<typeId>` definisce un riferimento esplicito alle specifiche CDA Release 2. Il tag prevede due attributi valorizzati come segue:

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

I tag `<ClinicalDocument>`, `<realmCode>` e `<typeId>` sono considerati **obbligatori**.

## 2.4.1 ClinicalDocument.templateId

L'elemento `<templateId>` è **obbligatorio** e permette la progressiva evoluzione dei modelli di documento CDA utilizzati dalla sanità elettronica. Tramite la combinazione dell'elemento `<code>`, che resta costante per la medesima tipologia di documento e l'elemento `<templateId>`, che potrebbe variare in relazione alla versione dello schema utilizzato per validare il documento (ad es.: versione 1.0, 1.1, ecc.), è possibile individuare sempre lo specifico template di validazione della versione corrente di documento.

Il tag viene impostato come segue:

```
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.10.7" extension="PRRP_GPC_1.0"/>
```

Dove:

`root` è l'OID del catalogo degli schemi dei template di documento previsto nell'ambito del progetto SIST-FSE per i documenti di tipo GPC.

`extension` è la versione del template.

## 2.4.2 ClinicalDocument.id

Il tag è **obbligatorio** e rappresenta l'identificativo univoco del documento CDA.

Secondo le specifiche HL7 ogni singola istanza di documento CDA deve essere identificabile tramite un codice univoco; tale univocità deve essere assicurata a livello internazionale al fine di garantire l'univocità di identificazione e la corretta gestione dei documenti.

La struttura del tag è la seguente:



`<id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.4.4" extension="@extensionId@" displayable="true" assigningAuthorityName="Regione Puglia"/>`

Il tag prevede quattro attributi valorizzati come segue:

Attributo	Valore	Dettagli
Root	2.16.840.1.113883.2.9.2.160.4.4	l'identificativo univoco che garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale o internazionale. L'OID riportato è quello assegnato alla Regione Puglia per i documenti CDA2.
Extension	@extensionId@	rappresenta l'identificativo univoco del documento generato secondo lo schema indicato
assigningAuthorityName	Regione Puglia	identifica in maniera univoca l'organizzazione che garantisce l'univocità dell'identificativo dell'istanza;

Dove:

Attributo	Valore	Dettagli
@extensionId@	Identificativo univoco del documento	<p>L'identificativo deve avere il seguente formato:</p> <p>&lt;ID STRUTTURA&gt;.&lt;ID OPERATORE&gt;.&lt;TIMESTAMP&gt;.&lt;RANDOM SEED&gt; Dove:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• &lt;ID STRUTTURA&gt; E' il campo (o una serie di campi separati dal carattere ".") che identifica la struttura finale che assegna l'&lt;ID OPERATORE&gt;.</li><li>• &lt;ID OPERATORE&gt; E' l'ID univoco assegnato dalla struttura competente ad ogni attore in grado di interagire col sistema.</li><li>• &lt;TIMESTAMP&gt; È la data alla quale viene creato il documento, nella forma YYYYMMDDHHmmSS.</li><li>• &lt;RANDOM_SEED&gt; E' un codice casuale generato al momento della creazione del'ID (5 caratteri</li></ul>

alfanumerici).

### 2.4.3 ClinicalDocument.code

Il tag `<code>` è **obbligatorio** e rappresenta la codifica che identifica la tipologia del documento CDA. La codifica proposta fa riferimento alla codifica LOINC

```
<code code="18776-5" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"
displayName="PLAN OF CARE">
```

```
<translation code="31" codeSystemName="SIST-FSE"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.6.10" displayName="PIANO CAREPUGLIA"/>

</code>
```

Il tag `<translation>` viene utilizzato per specializzare il documento CDA2 con un livello di granularità superiore a quanto fornisce la già estesa codifica LOINC. Il tag è utilizzato per mappare il codice LOINC del tipo di documento da generare, in un sistema di codifica locale.

Il tag `<code>` prevede cinque attributi valorizzati come segue:

Attributo	Valore	Dettagli
<b>codeSystem</b>	2.16.840.1.113883.6.1	Codifica LOINC
<b>Code</b>	18776-5	Codice relativo alla tipologia del documento
<b>codeSystemName</b>	LOINC	
<b>displayName</b>	PLAN OF CARE	

Il tag `<translation>` prevede cinque attributi valorizzati come segue:

Attributo	Valore	Dettagli
<b>Code</b>	31	Codice relativo alla tipologia del DCE SIST-FSE
<b>codeSystem</b>	2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.6.10	OID relativo alla macrotipologia del DCE SIST-FSE
<b>codeSystemName</b>	SIST-FSE	
<b>displayName</b>	PIANO CAREPUGLIA	Nome della tipologia di DCE nell'ambito del SIST-FSE

## 2.4.4 ClinicalDocument.title

Titolo del documento. Contiene un testo libero descrittivo del contenuto del documento.

`<title> PIANO CAREPUGLIA </title>`

Il titolo del documento è legato alla codifica interna alla rete (2.4.3). Il tag è **obbligatorio**.

## 2.4.5 ClinicalDocument.effectiveTime

Il tag è **obbligatorio** e indica la data e ora di creazione del documento.

Il tag prevede un solo attributo **value** valorizzato come segue:

Attributo	Valore	Dettagli
<b>Value</b>	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 (+1 per l'Italia)

Esempio:

`<effectiveTime value="20060304235534+0100"/>`

## 2.4.6 ClinicalDocument.confidentialityCode

Il tag è **obbligatorio** ed esprime il grado di confidenzialità del documento. Lo standard CDA2 prevede la gestione di tre livelli di confidenzialità come riportato in Tabella 2.

Attributo	Valore	Dettagli
2.16.840.1.113883.5.25	N	<b>Normale.</b> Il documento è accessibile agli utenti medici autorizzati.
2.16.840.1.113883.5.25	R	<b>Ristretto.</b> Il documento è accessibile solamente agli operatori medici che hanno in cura il paziente.
2.16.840.1.113883.5.25	V	<b>Very restricted.</b> Il documento è oscurato (non visibile a livello FSE fino a de-oscuramento)

Tabella 2 - Livelli di confidenzialità secondo lo standard CDA2

`<confidentialityCode code="N" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25" codeSystemName="HL7`

Confidentiality" displayName="Normale"/>

Attributo	Valore	Dettagli
<b>codeSystem</b>	2.16.840.1.113883.5.25	OID codifica
<b>Code</b>	N	Normali regole di riservatezza
<b>codeSystemName</b>	HL7 Confidentiality	Nome della codifica
<b>displayName</b>	Normale	

## 2.4.7 ClinicalDocument.languageCode

Il tag specifica la lingua in cui è redatto il documento CDA. Il tag deve essere impostato con il codice che individua la lingua italiana.

La struttura del tag è la seguente:

<languageCode code="it-IT"/>

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

## 2.4.8 ClinicalDocument.setId e ClinicalDocument.versionNumber

Ogni documento CDA2 è identificato univocamente tramite i valori espressi nei tag `<id>` e `<setId>`.

Il tag `<setId>` è **obbligatorio** e viene usato in coppia con il tag `<versionNumber>` per gestire le versioni del documento. Il tag `<setId>` rappresenta l'identificativo comune a tutte le revisioni di uno specifico documento, mentre `<versionNumber>` è utilizzato per indicare la versione del documento. In altri termini la coppia di tag `<setId>` e `<versionNumber>` individuano una chiave unica di identificazione del documento che è parallela a quella espressa nel tag `<id>`.

Nella prima versione del documento i campi `<setId>` e `<id>` devono essere valorizzati allo stesso modo e il campo `<versionNumber>` deve essere impostato a 1. Nelle successive revisioni (`typeCode="RPLC"`, cioè "replace") del documento si modificherà solo il tag `<id>` con un nuovo Identificativo Univoco Documento (valore dell'attributo `extension`) mantenendo costante il valore di `<setId>` e incrementando il valore di `<versionNumber>`.

Nel caso RPLC il nuovo documento deve avere una relazione di tipo `<relatedDocument>` (par. 2.4.17) che punta al documento sostituito.

L'attributo `root` dei tag `<id>` e `<setId>` non deve necessariamente essere lo stesso, in quanto possono avere due distinti domini di identificazione. Se questi identificativi usano lo stesso dominio di identificazione (`root` identico) allora l'attributo `extension` del `<id>` deve essere diverso da quello del `<setId>` a meno che il `<versionNumber>` non sia uguale ad 1; in altri termini i valori del `<setId>` ed `<id>` per un documento clinico possono coincidere solo per la prima versione di un documento.

Il valore associato al tag `<versionNumber>` è un numero intero usato per identificare le versioni successive del documento. Il valore di partenza deve essere sempre 1; ad ogni revisione del documento è consigliato che il valore del `versionNumber` sia incrementato di 1.

In Figura 2 viene riportato un esempio di utilizzo dei tag `<setId>` e `<versionNumber>`.

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

```
<setId root="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.4.4" extension="@extension_id@" displayable="true"
assigningAuthorityName="Regione Puglia"/>
```

```
<versionNumber value="@versione_documento@"/>
```

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

Attributo	Valore	Dettagli
<b>Root</b>	2.16.840.1.113883.2.9.2.160.4.4	Identificativo univoco del dominio che garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo del documento CDA a livello internazionale. L'OID riportato è quello assegnato alla Regione





Puglia per i documenti CDA2.		
<b>extension</b>	@extension_id@	Identificativo Unico del documento. Viene valorizzato in base alle regole definite dallo standard CDA. Il formato previsto è riportato nel capitolo 2.4.2
<b>assigningAuthorityName</b>	Regione Puglia	Nome del dominio di identificazione dei documenti.

Nella seguente tabella sono definiti gli attributi del tag **<versionNumber>**

Attributo	Valore	Dettagli
<b>Value</b>	@versione_documento@	

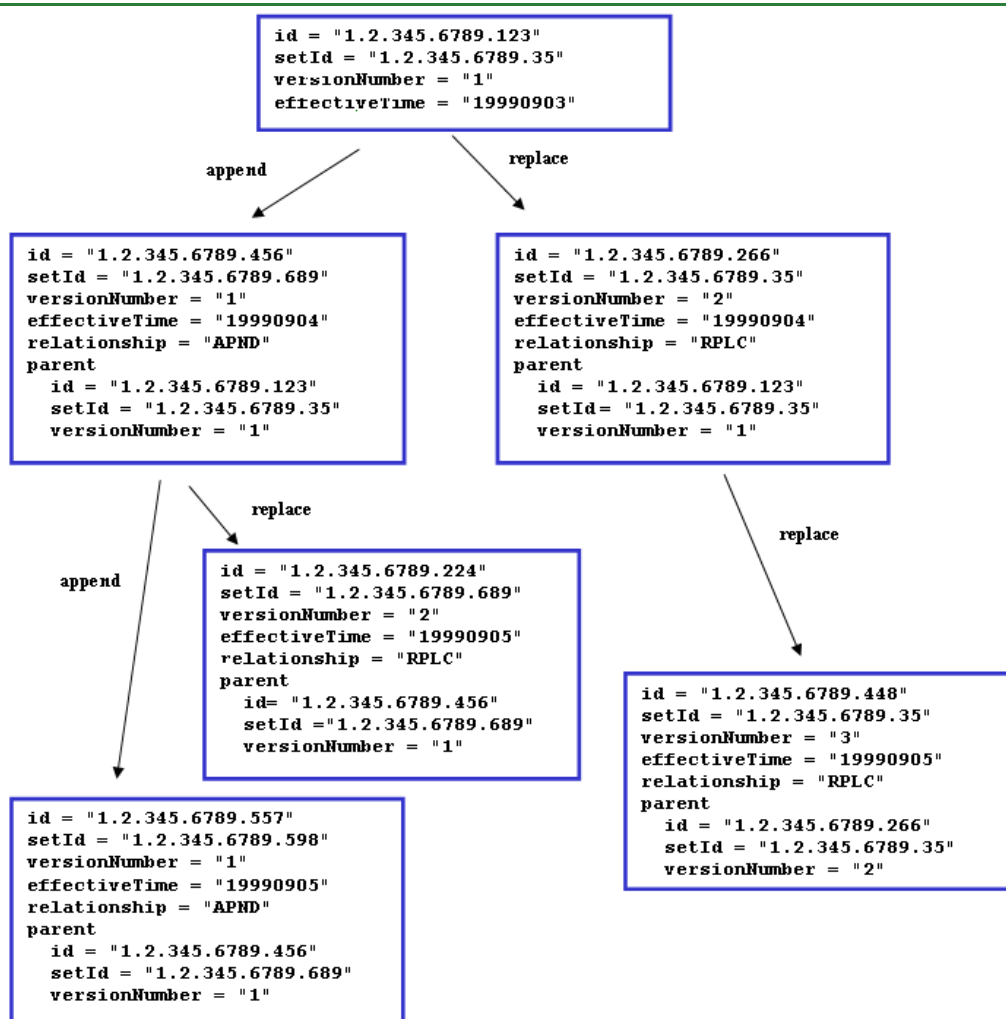


Figura 2 - Meccanismo di gestione delle rettifiche ai documenti CDA 2 (estratto da documentazione HL7)

## 2.4.9 ClinicalDocument.recordTarget

Il tag è **obbligatorio** e identifica il paziente a cui si riferisce il documento. Normalmente il `<recordTarget>` è un elemento composto che rappresenta una relazione fra una persona e un'organizzazione. Il tag è strutturato come segue:

`<recordTarget>`

`<patientRole classCode="PAT">`

.....

`</patientRole>`

`</recordTarget>`

Nei successivi paragrafi viene descritta nel dettaglio la struttura del tag.

### 2.4.9.1 ClinicalDocument.recordTarget.patientRole

Il tag `<patientRole>` è **obbligatorio** e prevede al suo interno un tag `<id>` utilizzato per

identificare univocamente il paziente.

Il tag `<id>` è **obbligatorio** e viene utilizzato per rappresentare il codice fiscale del paziente.

Nell'ambito del progetto SIST-FSE viene utilizzato obbligatoriamente il Codice Fiscale perché, per scelta progettuale, all'interno del FSE saranno presenti soltanto cittadini la cui anagrafica è certificata MEF.

La struttura del tag è la seguente:

```
<patientRole classCode="PAT">

  <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="@codiceFiscale_Paziente@" displayable="true"
  assigningAuthorityName="MEF"/>

  <addr use="@cod_Indirizzo@">

    <country>@cod_ISO_Stato_Recapito_Paziente@</country>

    <county>@cod_Provincia_Recapito_Paziente@</county>

    <city>@desc_Comune_Recapito_Paziente@</city>

    <censusTract>@cod_Comune_Recapito_Paziente@</censusTract>

    <postalCode>@cod_CAP_Recapito_Paziente@</postalCode>

    <streetAddressLine>@desc_Indirizzo_Recapito_Paziente@</streetAddressLine>

  </addr>

  <telecom use="@cod_Recapito@" value="@recapito_Paziente@"/>

  <patient>

    .....

  </patient>

  <providerOrganization>

    .....

  </providerOrganization>

</patientRole>
```

Il tag `<id>` ha tre attributi valorizzati come riportato nella seguente tabella:

Attributo	Valore	Dettagli
<b>Root</b>	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2	OID Ministero economia e finanze – CF
<b>Extension</b>	@codiceFiscale_Paziente@	Da valorizzare con il CF del paziente

**assigningAuthorityName** MEFMinistero dell'Economia e delle  
Finanze

Il tag `<addr>` è utilizzato per codificare l'indirizzo del Paziente. Possono esistere al più due occorrenze del tag per specificare rispettivamente i dati di residenza ed i dati di domicilio. **E' obbligatorio specificare i dati relativi al domicilio**, in quanto come scelta progettuale verranno trattati soltanto cittadini domiciliati e con assistenza in Regione Puglia. La residenza può essere in un'altra regione italiana o stato estero.

La differenziazione del tipo di indirizzo è realizzata attraverso l'attributo `use` come riportato nella seguente tabella:

Attributo	Valore	Dettagli
<b>Use</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>H</b> (home) per la residenza</li><li><b>HP</b> (primary home) per il domicilio</li></ul>	viene usato per specificare il tipo di indirizzo.

Di seguito esempi di utilizzo del tag `<addr>`:

1. specifica di entrambi gli indirizzi:

```
<patientRole classCode="PAT">
```

```
  <id      root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"      extension="@codiceFiscale_Paziente@"  
  displayable="true" assigningAuthorityName="MEF"/>
```

```
    <addr use="H">
```

```
      .....
```

```
    </addr>
```

```
    <addr use="HP">
```

```
      .....
```

```
    </addr>
```

```
    .....
```

```
</patientRole>
```

2. specifica del solo indirizzo di domicilio:

```
<patientRole classCode="PAT">
```

```
  <id      root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"      extension="@codiceFiscale_Paziente@"  
  displayable="true" assigningAuthorityName="MEF"/>
```

```
    <addr use="HP">
```

```
      .....
```

---

</addr>

.....

</patientRole>

La struttura del tag <addr> prevede:

- un tag <country> **obbligatorio** e identifica il codice ISO dello stato di residenza o domicilio;
- un tag <county> identifica la sigla della provincia di residenza o domicilio. **Obbligatorio** solo per pazienti con residenza o domicilio italiano;
- un tag <city> identifica la descrizione del comune di residenza o domicilio; **obbligatorio** solo per pazienti con residenza o domicilio italiano;
- un tag <censusTract> identifica il codice ISTAT del comune di residenza o domicilio; **obbligatorio** solo per pazienti con residenza o domicilio italiano
- un tag <postalCode> identifica il CAP di residenza o domicilio;
- un tag <streetAddressLine> il tag è **obbligatorio** e identifica l'indirizzo di residenza o domicilio;

Attributo	Valore	Dettagli
@cod_ISO_Stato_Recapito_Paziente@	Codifica ISO-3166-1 alpha-2 della nazione di residenza o domicilio	Stringa alfanumerica di 3 caratteri.
@cod_Provincia_Recapito_Paziente@	Sigla della provincia di residenza o domicilio	Testo 2 caratteri.
@desc_Comune_Recapito_Paziente@	Descrizione Comune di residenza o domicilio	Testo.
@cod_Comune_Recapito_Paziente@	Codice ISTAT Comune di residenza o domicilio	Stringa numerica di 6 caratteri.
@cod_CAP_Recapito_Paziente@	CAP di residenza o domicilio	Stringa alfanumerica.
@desc_Indirizzo_Recapito_Paziente@	Descrizione indirizzo di residenza o domicilio	Testo.

Il tag <telecom>, opzionale, è un numero telefonico (Voce o Fax), un indirizzo di posta elettronica (E-mail) o altro indirizzo di una risorsa raggiungibile con un'apparecchiatura di telecomunicazione.

L'indirizzo viene specificato tramite un Universal Resource Locator URL.

In modo analogo al tag addr, i numeri di telefono, codificati con il tag telecom, sono caratterizzati dall'attributo use.

L'attributo use viene usato per specificare il tipo di indirizzo, ad esempio: HP Telefono Casa; WP

Telefono Ufficio; MC Cellulare.

Attributo	Valore	Dettagli
@cod_Recapito@	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>HP</b> Telefono Casa</li><li>• <b>WP</b> Telefono Ufficio</li><li>• <b>MC</b> Cellulare</li></ul>	viene usato per specificare il tipo di recapito.
@recapito_Paziente@	<ul style="list-style-type: none"><li>• Universal Resource Locator URL</li></ul>	Testo. Deve essere specificato almeno un URL (ad esempio " <u>tel:</u> " oppure " <u>mailto:</u> ")

Esempio di utilizzo:

```
<telecom use="HP" value="tel:+1-999-999-9999"/>
```

```
<telecom use="WP" value="tel:+1-888-888-8888"/>
```

```
<telecom use="MC" value="tel:+1-777-777-7777"/>
```

```
<telecom value="mailto:user@hostname"/>
```

#### 2.4.9.2 ClinicalDocument.recordTarget.patientRole.patient

Il tag `<patient>` è **obbligatorio** e contiene le informazioni necessarie a definire gli attributi anagrafici del paziente.

La struttura del tag è la seguente:

```
<patient>
  <name>
    <family>@cognome_Paziente@</family>
    <given>@nome_Paziente@</given>
  </name>
  <administrativeGenderCode code="F" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"
codeSystemName="HL7 AdministrativeGender" displayName="FEMMINA"/>
  <birthTime value="@data_NascitaPaziente@"/>
  <birthplace>
    .....
```

```
</birthplace>
```

```
<ethnicGroupCode code= "@cod_etnia@"
```

```
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.4" codeSystemName="SIST-FSE"
```

```
displayName="@des_etnia@"/>
```

```
</patient>
```

Il tag `<name>` è **obbligatorio** e prevede al suo interno le informazioni necessarie per identificare il cognome (`<family>`) e il nome (`<given>`) del paziente. I tag `<family>` e `<given>` sono **obbligatori**.

La struttura del tag è la seguente.

Attributo	Valore	Dettagli
@cognome_Paziente@	Cognome del paziente	Testo.
@nome_Paziente@	Nome del paziente	Testo.

Il tag `<administrativeGenderCode>` è **obbligatorio** identifica il sesso del paziente secondo la codifica "HL7 AdministrativeGender".

Il tag `<birthTime>` è **obbligatorio** e indica la data di nascita del paziente.

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

Attributo	Valore	Dettagli
Value	@data_NascitaPaziente@	data di nascita del paziente. Deve essere espressa nel formato YYYYMMDD

Il tag `<ethnicGroupCode>` non è obbligatorio e identifica l'etnia del paziente secondo la codifica SIST-FSE.

La struttura del tag è la seguente.

Attributo	Valore	Dettagli
@cod_etnia@	Codifica SIST-FSE	Campo Code del dizionario Etnia
@des_etnia@	Descrizione relativa alla codifica SIST-FSE	Campo Value del dizionario Etnia

### 2.4.9.3 ClinicalDocumenti.recordTarget.patientRole.patient.guardian

Il tag recepisce le informazioni sul genitore/tutore del paziente.

La struttura del tag è la seguente:

```
<guardian>
  <guardianPerson>
    <name>
      <family>@cognome_genitore_tutore@</family>
      <given>@nome_genitore_tutore@</given>
    </name>
  </guardianPerson>
</guardian>
```

#### 2.4.9.4 ClinicalDocument. recordTarget.patientRole.patient.birthplace

Il tag `<birthplace>` è utilizzato per rappresentare il luogo di nascita del paziente. La struttura del tag è la seguente:

```
<birthplace>
  <place>
    <addr>
      <country>@cod_ISO_StatoNascita_Paziente@</country>
      <county>@cod_ProvinciaNascita_Paziente@</county>
      <city>@desc_ComuneNascita_Paziente@</city>
      <censusTract>@cod_ComuneNascita_Paziente@</censusTract>
    </addr>
  </place>
</birthplace>
```

Attributo	Valore	Dettagli
@cod_ISO_StatoNascita_Paziente@	Codifica ISO-3166-1 alpha-2 della nazione di residenza o domicilio	Stringa alfanumerica di 3 caratteri.
@cod_ProvinciaNascita_Paziente@	Sigla Provincia di nascita del paziente.	Testo 2 caratteri.



@desc_ComuneNascita_Paziente@	descrizione Comune di nascita del paziente.	Testo.
@cod_ComuneNascita_Paziente@	codice ISTAT del comune di nascita del paziente.	Stringa numerica di 6 caratteri.

#### 2.4.9.5 ClinicalDocument.recordTarget.patientRole.providerOrganization

Il tag `<providerOrganization>` è **obbligatorio** e viene utilizzato per descrivere l'ente per conto della quale è stato generato il documento. La struttura prevede il tag `<id>` utilizzato per rappresentare la codifica dell'ente. Vi sono inoltre più tag `<telecom>` per specificare il numero di telefono di riferimento (opzionale) e l'indirizzo mail (opzionale), un tag `<addr>` per specificare l'indirizzo del gestore (opzionale).

`<providerOrganization>`

`<id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.4.11" extension="@cod_Ente_Gestore@"  
assigningAuthorityName="Regione Puglia"/>`

`<telecom value="mailto:@mail_Gestore@"/>`

`<telecom value="tel:@num_tel_Gestore@"/>`

`<addr>`

`<country>@cod_ISO_Stato_Recapito_Gestore@</country>`

`<county>@cod_Provincia_Recapito_Gestore@</county>`

`<city>@desc_Comune_Recapito_Gestore@</city>`

`<censusTract>@cod_Comune_Recapito_Gestore@</censusTract>`

`<postalCode>@cod_CAP_Recapito_Gestore@</postalCode>`

`<streetAddressLine>@desc_Indirizzo_Recapito_Gestore@</streetAddressLine>`

`</addr>`

`</providerOrganization>`

Il tag `<id>` è utilizzato per rappresentazione l'identificativo univoco dell'ente all'interno del dominio di riferimento.

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

Nome Variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
@cod_Ente_Gestore@	codice regionale di 6 cifre del gestore che ha dato origine al documento	Dominio di riferimento 2.16.840.1.113883.2.9.2.160.4.11  (Regione Puglia ramo identificativo delle strutture interne

all'ente)

Per la valorizzazione dei tag `<telecom>` e `<addr>` fare riferimento a quanto riportato nel paragrafo 2.4.9.2

## 2.4.10 ClinicalDocument.participant

Il tag `participant` consente di definire la ASL di residenza del paziente. Il `participant.typeCode` viene valorizzato a IND (Indiretto) e l'`associatedEntity.classCode` assume il valore GUAR (Guarantor). La codifica dell'organizzazione è riportata all'interno dell'elemento `scopingOrganization`. Di seguito si riporta un esempio:

```
<participant typeCode="IND">
  <associatedEntity classCode="GUAR">
    <scopingOrganization>
      <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.3"
        extension="@codice_ASL@"
        assigningAuthorityName="SIST-FSE"
        displayable="true"/>
    </scopingOrganization>
  </associatedEntity>
</participant>
```

Nella seguente tabella sono definiti le variabili utilizzate:

Nome Variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
@cod_ASL@	codice della ASL, in caso di residenza fuori Regione	Campo code dizionario ASL su 3 cifre

## 2.4.11 ClinicalDocument.author

Il tag `<author>` è **obbligatorio** e identifica l'autore del documento e la struttura di appartenenza.

Il tag si articola nel modo seguente:

```
<author>
  <time value="@timestamp_CreazioneDocumento@"/>
  <assignedAuthor classCode="ASSIGNED">
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="@codiceFiscale_AutoreDocumento@"
      displayable="true" assigningAuthorityName="MEF"/>
    <assignedPerson>
      <name>
```

```
<prefix>@titolo_AutoreDocumento@</prefix>

<family>@cognome_AutoreDocumento@</family>

<given>@nome_AutoreDocumento@</given>

</name>

</assignedPerson>

<representedOrganization>

  <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.4.11" extension="@cod_Ente_AutoreDocumento@"
  assigningAuthorityName="Regione Puglia"/>

</representedOrganization>

</assignedAuthor>

</author>
```

Il tag `<time>` è **obbligatorio** e indica il timestamp di creazione del documento. Il tag ha un solo attributo valorizzato come segue:

Attributo	Valore	Dettagli
<b>Value</b>	YYYYMMddhmmss+/- 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 (+1 per l'Italia)

Il tag `<assignedAuthor>` è **obbligatorio** e deve contenere al suo interno:

- un tag `<id>` che identifica univocamente il medico autore del documento tramite il suo codice fiscale;
- un tag `<assignedPerson>` che definisce **obbligatoriamente** il nome e cognome dell'autore del documento;
- un tag `<representedOrganization>` che prevede al suo interno un tag `<id>` che identifica univocamente la struttura di appartenenza dell'autore; Nell'ambito del progetto SIST-FSE per identificare la struttura viene utilizzato il codice regionale;

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

Attributo	Valore	Dettagli
<b>Root</b>	2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2	OID Ministero economia e finanze – CF



<b>Extension</b>	@codiceFiscale_AutoreDocumento@	Da valorizzare con il CF dell'autore del documento
<b>assigningAuthorityName</b>	MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze

Per quanto riguarda la definizione del tag `<author><assignedAuthor><representedOrganization><id>` si può fare riferimento a quanto descritto nel par.

ClinicalDocument.recordTarget.patientRole.providerOrganization

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

Nome Variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
@timestamp_CreazioneDocumento@	Timestamp di creazione del documento	Formato YYYYMMddhhmmss+ -ZZzz
@titolo_AutoreDocumento@	Titolo del medico che ha redatto il documento	Testo
@cognome_AutoreDocumento@	Cognome del medico che ha redatto il documento	Testo
@nome_AutoreDocumento@	Nome del medico che ha redatto il documento	Testo

## 2.4.12 ClinicalDocument.dataEnterer

Il tag `<dataEnterer>` rappresenta la persona che ha fisicamente compilato il documento. Il tag si articola nel modo seguente:

```

<dataEnterer typeCode="ENT">

  <time value="@timestamp_CompilazioneDocumento@"/>

  <assignedEntity>

    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="@codiceFiscale_CompilatoreDocumento@"
    displayable="false" assigningAuthorityName="MEF"/>

    <assignedPerson>

      <name>

        <prefix>@titolo_CompilatoreDocumento@</prefix>

        <family>@cognome_CompilatoreDocumento@</family>

        <given>@nome_CompilatoreDocumento@</given>

      </name>
    
```

```
</assignedPerson>

<representedOrganization>

  <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.4.11"
extension="@cod_Ente_CompilatoreDocumento@" assigningAuthorityName="Regione Puglia"/>

</representedOrganization>

</assignedEntity>

</dataEnterer>
```

Valgono le stesse considerazioni espresse nel paragrafo 2.4.11

### 2.4.13 ClinicalDocument.custodian

Il tag è **obbligatorio** e identifica l'organizzazione incaricata della custodia del documento. Coincide con il codice regionale della struttura del medico che ha creato il documento.

Il tag ha la seguente struttura:

```
<custodian>

  <assignedCustodian>

    <representedCustodianOrganization>

      <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.4.11" assigningAuthorityName="Regione Puglia"
extension="@cod_Ente_Custodian@"/>

    </representedCustodianOrganization>

  </assignedCustodian>

</custodian>
```

Il tag `<representedCustodianOrganization>` è **obbligatorio** e **deve** contenere al suo interno un tag `<id>` che riporta l'identificativo della struttura a cui fa capo il documento.

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

Attributo	Valore	Dettagli
<b>Root</b>	2.16.840.1.113883.2.9.2.160.4.11	OID assegnato alla Regione Puglia ramo identificativo delle strutture interne all'ente
<b>Extension</b>	@cod_Ente_Custodian@	è il codice regionale della struttura custode del documento.

**assigningAuthorityName** Regione PugliaNome del dominio di  
identificazione della struttura

## 2.4.14 ClinicalDocument.informationRecipient.intendedRecipient

Il tag `intendedRecipient` ospita le informazioni relative al medico di base del paziente. La struttura prevede il tag `<id>` **obbligatorio** utilizzato per rappresentare il codice fiscale del medico. Vi sono inoltre più tag `<telecom>` per specificare l'indirizzo mail (opzionale), l'indirizzo mail PEC (opzionale) e il numero di telefono di riferimento (opzionale); un tag `<informationRecipient>` con i rispettivi tag **obbligatori** `<name>`, `<prefix>`, `<family>` e `<given>` per specificare l'identificativo, il cognome e il nome dell'MMG.

```
<informationRecipient>
  <intendedRecipient>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="@codice_fiscale_MMG@"
      assigningAuthorityName="MEF"/>
    <telecom value="mailto:@mail_MMG@"/>
    <telecom value="mailto:@pec_MMG@"/>
    <telecom value="tel:@num_tel_MMG@"/>
    <informationRecipient>
      <name>
        <prefix>@titolo_medico@</prefix>
        <family>@cognome_medico@</family>
        <given>@nome_medico@</given>
      </name>
    </informationRecipient>
  </intendedRecipient>
</informationRecipient>
```

## 2.4.15 ClinicalDocument.legalAuthenticator

Questa sezione identifica il medico che ha firmato il documento. Il tag non è presente per i documenti in stato di bozza ma è ritenuto **obbligatorio solo per i documenti firmati**.

La struttura del tag è la seguente:

```
<legalAuthenticator>
  <time value="@timestamp_FirmaDocumento@"/>
  <signatureCode code="S"/>
```

---

<assignedEntity>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="@codiceFiscale\_FirmatarioDocumento@"  
displayable="false" assigningAuthorityName="MEF"/>

<assignedPerson>

<name>

<prefix>@titolo\_FirmatarioDocumento@</prefix>

<family>@cognome\_FirmatarioDocumento@</family>

<given>@nome\_FirmatarioDocumento@</given>

</name>

</assignedPerson>

<representedOrganization>

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.4.11"  
extension="@cod\_Ente\_FirmatarioDocumento@" assigningAuthorityName="Regione Puglia"/>

</representedOrganization>

</assignedEntity>

</legalAuthenticator>

Il tag <time> è **obbligatorio** e indica il timestamp di firma del documento. Il tag ha un solo attributo valorizzato come segue:

Attributo	Valore	Dettagli
<b>value</b>	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 (+1 per l'Italia)

Il tag <signatureCode> è **obbligatorio** e indica che il documento è stato firmato digitalmente. Il tag ha un solo attributo valorizzato come segue:

Attributo	Valore	Dettagli
<b>code</b>	S	Codice che indica che il documento è firmato digitalmente

I tag <assignedEntity> e <representedOrganization> sono utilizzati per descrivere i dati relativi al medico firmatario e alla sua struttura di appartenenza. Valgono le stesse considerazioni espresse nel paragrafo ClinicalDocument.author.

---

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

Nome Variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
@titolo_FirmatarioDocumento@	Titolo del medico che ha firmato il documento	Testo
@cognome_FirmatarioDocumento@	Cognome del medico che ha firmato il documento	Testo. <b>Obbligatorio</b> se viene definita la sezione <legalAuthenticator>
@nome_FirmatarioDocumento@	Nome del medico che ha firmato il documento	Testo. <b>Obbligatorio</b> se viene definita la sezione <legalAuthenticator>

## 2.4.16 ClinicalDocument.documentationOf

In questa sezione viene riportato:

- l'identificativo del Piano CarePuglia ("Contatore PCP").

La sezione è **obbligatoria**.

L'identificativo univoco del Piano CarePuglia è generato con il documento di natura STANDARD e rimane invariato per tutte le evoluzioni che il DCE subisce nel tempo. L'identificativo univoco del Piano CarePuglia **deve** essere riportato nei metadati di pubblicazione del DCE (vedi paragrafo Metadati Specifici).

La struttura del tag <documentationOf> è la seguente

```
<documentationOf>  
  <serviceEvent>  
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.38"  
      extension="@id_interno_pcp@"/>  
  </serviceEvent>  
</documentationOf>
```

Entrambi i tag <id> sono **obbligatori**.

Nella seguente tabella sono riportate le definizioni delle pseudo variabili utilizzate:

Nome Variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
@id_interno_pcp@	codice univoco identificativo del documento	Da valorizzare con la concatenazione dei seguenti dati (separatore "."):



(Contatore PCP)

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

Dove:

<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 del'ID (5 caratteri alfanumerici).

### 2.4.17 ClinicalDocument.relatedDocument

Il tag è **obbligatorio** solo se il documento redatto è una modifica/sostituzione di un documento precedente. La struttura del tag prevede la definizione **obbligatoria** del tag `<parentDocument>` contenente le informazioni relative al documento padre. Di seguito viene riportata la struttura del tag:

```
<relatedDocument typeCode="@cd_rettifica@">
```

```
  <parentDocument>
```

```
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.4.4"
```

```
    extension="@parentDocument_id_Extension@" assigningAuthorityName="Regione Puglia"
```

```
    displayable="true"/>
```

```
    <versionNumber value="@versionNumber_Value@"/>
```

```
  </parentDocument>
```

```
</relatedDocument>
```

Il tag `<parentDocument>` contiene **obbligatoriamente** i tag `<id>` e `<versionNumber>`:

- Il tag `<id>` identifica univocamente il documento CDA che si vuole aggiornare. Riporta le stesse informazioni del tag `<ClinicalDocument><id>` del documento padre (vedere par ClinicalDocument.id).
- Il tag `<versionNumber>` mantiene il riferimento alla versione del documento padre (vedere par **ClinicalDocument.setId** e ClinicalDocument.versionNumber).

Il riferimento al documento padre è espresso mediante i tag `<id>` e `<versionNumber>` contenuti nel tag `<parentDocument>` secondo quanto riportato in **Figura 2**.

Il tag `<id>` identifica il documento CDA che si vuole aggiornare. Riporta le stesse informazioni del tag `<ClinicalDocument>.<id>` del documento padre (vedere par. 2.4.2).

Il tag `<versionNumber>` mantiene il riferimento alla versione del documento. Riporta il valore del documento padre.

Nome Variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
@cd Rettifica@	individua il tipo di rettifica apportato nelle versioni successive di documento	<b>RPLC</b> viene utilizzata quando il documento va in sostituzione di un altro documento.
@versionNumber_Value@	Versione del documento padre	

## 2.5 Body CDA

In questo paragrafo vengono illustrate le caratteristiche generali del corpo del documento CDA 2, dettagliando considerazioni che valgono per le informazioni cliniche relative ai Piani CarePuglia prodotti nei contesti di conicità e fragilità previsti in Regione Puglia.

Il corpo del documento CDA è racchiuso entro una coppia di tag `<component></component>`. Il body del documento è sempre strutturato, di conseguenza occorre indicare al livello più interno il tag `<structuredBody>`, che a sua volta racchiude il “vero” body del documento, nuovamente entro una coppia di tag `<component></component>`.

Il documento è articolato in sezioni. Ogni sezione è compresa fra la coppia di tag `<section>` e `</section>`.

Di seguito un esempio di organizzazione di un documento CDA2:

```
<ClinicalDocument xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance" ...
```

... **Campi header CDA** ...

```
<component>
```

```
<structuredBody>
```

```
<component>
```

```
<section ID="Identificativo_Sezione">
```

```
<code code="10164-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
```

```
<title>... Titolo della Sezione ...</title>
```

```
<text>
```

... **Parte del documento orientata alla presentazione** ...

```
</text>
```

```
<entry>
```

... **Parte del documento orientata all'elaborazione automatica** ...

```
</entry>
```

```
<entry>
```

... **Parte del documento orientata all'elaborazione automatica** ...

```
</entry>
```

```
</section>
```

```
</component>
```

```
</structuredBody>
```

```
</component>
```

```
</ClinicalDocument>
```

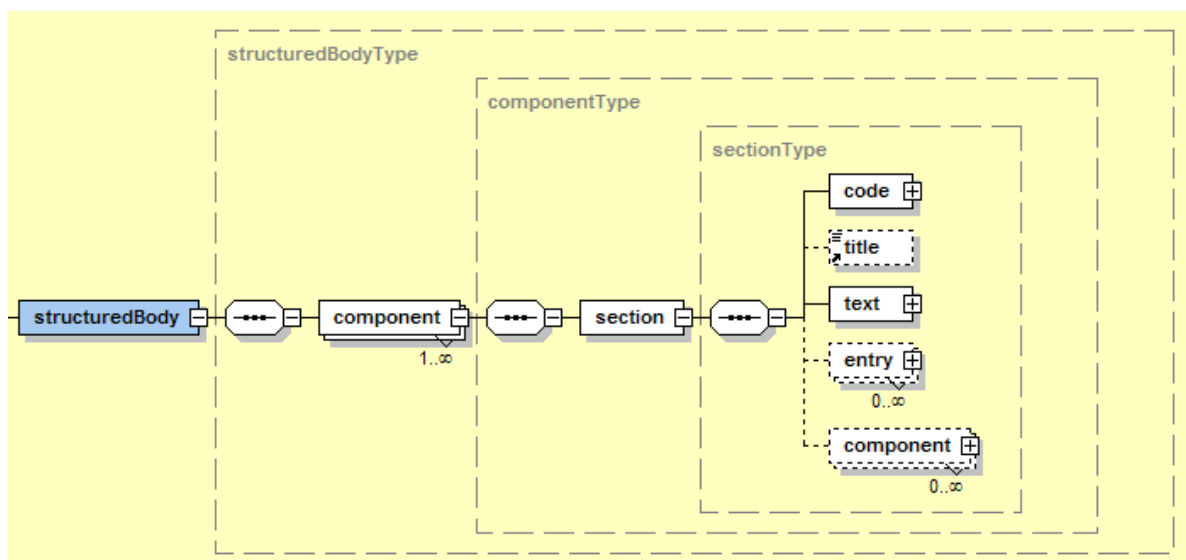


Figura 3 - Organizzazione Body CDA

Il documento CDA2 sarà strutturato in sezioni univocamente identificate e dal contenuto ben definito.

Ogni tag `<section>` contiene **obbligatoriamente** il tag `<code>` che individua il codice della tipologia di sezione. Tale informazione serve in fase di elaborazione automatica del documento CDA2 per identificare e selezionare le singole sezioni per area di competenza.

Ogni sezione sarà composta da una parte “human readable” e una parte codificata. La parte `<entry>` è quella che contiene l’informazione codificata associata al documento CDA2. Lo scopo è quello di descrivere in maniera codificata il contenuto della parte `<text>`. Il tag `<text>` è utilizzato per la parte narrativa.

Segue un esempio di struttura

```
<text>

<table>

  <thead>

    <tr>

      <th>Data</th>

      <th>Descrizione</th>

    </tr>

  </thead>

  <tbody>

    <tr>
```

```
<td>@dt_Data@</td>

<td>@desc_Organi_Mancanti@</td>

</tr>

</tbody>

</table>

</text>

<entry typeCode="DRIV">

  <act classCode="ACT" moodCode="EVN">

    <code nullFlavor="NA"/>

    <entryRelationship typeCode="SUBJ">

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

        <code code="ASSERTION" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>

        <statusCode code="completed"/>

        <effectiveTime value="@dt_Data@"/>

        <value xsi:type="ST">@desc_Organi_Mancanti@</value>

      </observation>

    </entryRelationship>

  </act>

</entry>
```

Lo standard richiede che in ogni sezione (tag `<section>`) il tag `<text>` sia **obbligatorio** e sia utilizzato per la parte narrativa. Il tag `<section>.<code>` è **obbligatorio**.

Nella parte narrativa tutte le date **devono** essere riportate in formato gg/mm/aaaa e le ore **devono** essere riportate in formato HH24:MM.

Nei successivi paragrafi viene dettagliato il contenuto delle sezioni che costituiscono il documento PCP.

### 2.5.1 Modalità di implementazione

Nel seguente capitolo viene riportato un breve esempio di implementazione del formato CDA2 che ha come obiettivo quello di dare una linea guida di compilazione della parte codificata (entry) nel caso di dati non obbligatori e può essere facilmente estesa a tutto il documento CDA2.

Le entry sono organizzate in modo tale da codificare univocamente ogni informazione clinica tramite le apposite sub-struttura xml previste dal formato CDA2. La presenza o l'assenza di una struttura xml che definisce il dato clinico non influisce sulla validazione del documento CDA2

tramite il suo XSD.

L'esempio è relativo a una ipotetica sezione nella quale ogni dato clinico è rappresentato all'interno della struttura entry in una propria sub-struttura del tipo `<component>.<observation>`. La sub-struttura contiene la codifica del dato (tag `<code>`) e il suo valore (tag `<value>`), come riportato nella tabella sottostante.

<code>&lt;component&gt;</code>	0..1
<code>&lt;section ID=" DOCUMENTO "&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="1" codeSystem=" 2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.12.6.1 " codeSystemName="SIST-FSE" displayName="DOCUMENTO"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;title&gt;Documento&lt;/title&gt;</code>	1..1
<code>&lt;text&gt;</code>	1..1
.....	
<code>&lt;/text&gt;</code>	
<code>&lt;entry&gt;</code>	1..1
.....	
<code>&lt;component&gt;</code>	0..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="1" displayName=" Codice Tipologia Documento " codeSystem=" 2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.12.6.2 " codeSystemName="SIST-FSE"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;value xsi:type="ST" value=@desc_Codice_Tipologia_Documento@/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/component&gt;</code>	
.....	
<code>&lt;/entry&gt;</code>	
<code>&lt;/section&gt;</code>	
<code>&lt;/component&gt;</code>	

Qualora il valore del dato non è presente **deve** essere rimossa dal documento CDA2 l'intera sub-struttura `<component>` relativa al dato, infatti tale sub-struttura ha cardinalità 0..1.

Se nessun dato è presente nella sezione e essendo la sezione non obbligatoria (card. 0..1), allora

l'intera sezione (tag `<component>` a livello più alto) **deve** essere rimossa dal documento CDA2.

Di seguito un esempio di implementazione della sezione "Documento" relativo ai dati riportati nella tabella sottostante.

Descrizione Campo	Valore
Ambito di cura	@desc_Ambito_Cura@
Codice Identificativo Documento	@desc_Codice_Identificativo_Documento@

```
<component>

  <section ID="DOCUMENTO">

    <code code="1" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.12.6.1" codeSystemName="SIST-
FSE" displayName="DOCUMENTO"/>

    <title>Documento</title>

    <text>

      <table>

        <thead>

          <tr>

            <th>Ambito di Cura</th>

            <th>Codice Identificativo Documento</th>

          </tr>

        </thead>

        <tbody>

          <tr>

            <td>@desc_Ambito_Cura@</td>

            <td>@desc_Codice_Identificativo_Documento@</td>

          </tr>

        </tbody>

      </table>

    </text>

    <entry>

      <organizer classCode="BATTERY" moodCode="EVN">

        <statusCode nullFlavor="NA"/>

      </organizer>

    </entry>

  </section>

</component>
```

```
<component>

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

    <code code="3" displayName="@desc_Ambito_Cura@"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.12.6.2" codeSystemName="SIST-FSE"/>

    <value xsi:type="ST">@desc_Ambito_Cura@</value>

  </observation>

</component>


<component>

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

    <code code="4" displayName="Codice Identificativo Documento"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.12.6.2" codeSystemName="SIST-FSE"/>

    <value xsi:type="ST">@desc_Codice_Identificativo_Documento@</value>

  </observation>

</component>

</organizer>

</entry>

</section>

</component>
```

## 2.5.2 Obbligatorietà e opzionalità delle sezioni

Nel seguito del presente documento vengono presentate le sezioni che compongono il PCP strutturato. Per quanto riguarda l'obbligatorietà dei dati ed eventuali valori di default occorre fare riferimento al documento [5].

Sezioni	Code	CodeSystem	Descrizione	Obbligatorietà
ATTRIBUTI_DI_SISTEMA	1	SIST-FSE 2.16.840.1.113883.2.9 .2.160.3.1.3.13.6.1	Attributi di Sistema	obbligatorio
PRESA_IN_CARICO	2	SIST-FSE 2.16.840.1.113883.2.9	Presa in Carico	obbligatoria



.2.160.3.1.3.13.6.1				
ANAMNESI_FISIOLOGICA _E_STILI_DI_VITA	3	SIST-FSE 2.16.840.1.113883.2.9 .2.160.3.1.3.13.6.1	Anamnesi Fisiologica e Stili di Vita	opzionale
PROGRAMMAZIONE_CLIN ICO_ASSISTENZIALE	4	SIST-FSE 2.16.840.1.113883.2.9 .2.160.3.1.3.13.6.1	Programmazione Clinico Assistenziale	obbligatoria
RACCOMANDAZIONI_CLI NICHE	5	SIST-FSE 2.16.840.1.113883.2.9 .2.160.3.1.3.13.6.1	Raccomandazioni Cliniche	opzionale
MOTIVO_DI_ESENZIONE_ DAL_CO-PAGAMENTO	57827-8	LOINC 2.16.840.1.113883.2.9 .10.1.4.2.17	Motivo di esenzione dal co-pagamento	opzionale
RETI_DI_PATOLOGIA	6	SIST-FSE 2.16.840.1.113883.2.9 .2.160.3.1.3.13.6.1	Reti di Patologia	opzionale
INTESTAZIONE_PROGRA MMAZIONE_CLINICO_ASS ISTENZIALE	7	SIST-FSE 2.16.840.1.113883.2.9 .2.160.3.1.3.13.6.1	Intestazione Programmazione Clinico Assistenziale	obbligatoria
OBIETTIVO	9	SIST-FSE 2.16.840.1.113883.2.9 .2.160.3.1.3.13.6.1	Obiettivo presa in carico	obbligatorio

### 2.5.3 Sezione Attributi di sistema

La sezione è utilizzata per codificare le date temporali della pianificazione.

La sezione prevede i seguenti dati:

- Data di Compilazione
- Data di inizio validità della pianificazione

- Data di chiusura della programmazione
- Data di fine validità della pianificazione
- Motivo di chiusura della programmazione
- Data di aggiornamento della programmazione

### 2.5.3.1 Codice sezione

Il codice proposto è “1” secondo la codifica SIST-FSE.

esempio:

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;component&gt;</code>	1..1
<code>&lt;section ID="ATTRIBUTI_DI_SISTEMA"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="1" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.1" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Attributi di sistema"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;title&gt;Attributi di sistema&lt;/title&gt;</code>	1..1
<b>...Parte narrativa ...</b>	1..1
<b>...Parte codificata ...</b>	1..1
<code>&lt;/section&gt;</code>	
<code>&lt;/component&gt;</code>	

### 2.5.3.2 Parte narrativa

La parte narrativa è costituita da una struttura `<text>` contenere una `<table>` nella quale sono riportati dati di apertura/chiusura della programmazione. La struttura prevista è la seguente:

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;text&gt;</code>	1..1
<code>&lt;table&gt;</code>	1..1
<code>&lt;thead&gt;</code>	1..1
<code>&lt;tr&gt;</code>	1..1
<code>&lt;th&gt;Data di Compilazione&lt;/th&gt;</code>	
<code>&lt;th&gt;Data di inizio validità della pianificazione&lt;/th&gt;</code>	1..1
<code>&lt;th&gt;Data di fine validità della pianificazione&lt;/th&gt;</code>	1..1

<th>Data di chiusura della programmazione</th>	1..1
<th>Data di aggiornamento della programmazione</th>	1..1
<th>Motivo di chiusura della programmazione</th>	1..1
</tr>	
</thead>	
<tbody>	
<tr>	1..1
<td>@dt_Compilazione@</td>	1..1
<td>@dt_Inizio_Validita@</td>	1..1
<td>@dt_Fine_Validita@</td>	1..1
<td>@dt_Chiusura_Programmazione@</td>	1..1
<td>@dt_Aggiornamento_PCP@</td>	1..1
<td>@desc_Motivo_Chiusura_Programmazione@</td>	1..1
</tr>	
</tbody>	
</table>	
</text>	

Nella parte narrativa tutte le date **devono** essere in formato dd/mm/yyyy; I timestamp **devono** essere in formato dd/mm/yyyy HH24:mm

### 2.5.3.3 Parte codificata

Per codificare in formato machine-readable le informazioni contenute nella parte narrativa viene utilizzata una struttura CDA2<sup>3</sup> <entry>. Il tag <entry> contiene un attributo typeCode="DRIV" che indica che il blocco narrativo è derivato dalle informazioni codificate a livello machine-readable.

Tutti gli attributi del documento presente nella parte narrativa devono essere codificati nella struttura CDA2 <entry><observation><entryRelationship>;

All'interno della parte codificata la struttura CDA2 <entryRelationship> sarà ripetuta un numero di volte pari al numero delle righe presenti nella tabella della parte narrativa.

<sup>3</sup> Per struttura CDA2 si intende una alberatura di tag xml-CDA2 sintatticamente e formalmente corretta, validabile secondo lo schema di riferimento.



All'interno del tag `<entryRelationship>` è presente una struttura `<observation>` utilizzata per codificare ogni singolo attributo del documento, in cui il tag `<code>` è utilizzato per codificare l'attributo..

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;entry typeCode="DRIV"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="DEF"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code nullFlavor="NA"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="1" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.5" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Data di Compilazione"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;effectiveTime value="@dt_Compilazione@"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="2" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.5" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Data di inizio validità della pianificazione"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;effectiveTime value="@dt_Inizio_Validita@"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="3" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.5" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Data di fine validità della pianificazione"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;effectiveTime value="@dt_Fine_Validita@"/&gt;</code>	1..1



</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="4" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.5" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Data di chiusura della programmazione"/>	1..1
<effectiveTime value="@dt_Chiusura_Programmazione@"/>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="5" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.5" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Data Aggiornamento PCP"/>	1..1
<effectiveTime value="@dt_Aggiornamento_PCP@"/>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_Motivazione_Chiusura@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.6" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_Motivo_Chiusura_Programmazione@"/>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
</observation>	
</entry>	

Nella seguente tabella sono riportate le definizioni delle pseudo-variabili utilizzate:

Nome variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
@dt_Compilazione@	Data di compilazione documento	data. Nella parte codificata <b>deve</b> essere in formato YYYYMMDD
@dt_Inizio_Validita@	Data inizio validità della programmazione	data. Nella parte codificata <b>deve</b> essere in formato YYYYMMDD
@dt_Fine_Validita@	Data fine validità della programmazione	data. Nella parte codificata <b>deve</b> essere in formato YYYYMMDD
@dt_Chiusura_Programmazione@	Data di chiusura della Programmazione	data. Nella parte codificata <b>deve</b> essere in formato YYYYMMDD
@dt_Aggiornamento_PCP@	Data di aggiornamento PCP	data. Nella parte codificata <b>deve</b> essere in formato YYYYMMDD
@cod_Motivazione_Chiusura@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Motivazione Chiusura"
@desc_Motivo_Chiusura_Programmazione@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Motivazione Chiusura"

## 2.5.4 Sezione Obiettivo della Presa in Carico

La sezione riporta gli obiettivi della presa in carico.

### 2.5.4.1 Codice sezione

Il codice proposto è "9" OBIETTIVO secondo la codifica SIST-FSE.

La sezione è obbligatoria.

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;component&gt;</code>	1..1
<code>&lt;section ID="OBIETTIVO"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="9" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.1" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Obiettivo presa in carico"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;title&gt;Obiettivo presa in carico&lt;/title&gt;</code>	1..1
<b>...Parte narrativa ...</b>	1..1
<b>...Parte codificata...</b>	1..1
<code>&lt;/section&gt;</code>	
<code>&lt;/component&gt;</code>	

### 2.5.4.2 Parte narrativa

La parte narrativa è costituita da una struttura `<text>` e un elemento `<table>` nella quale sono riportate le osservazioni sulla Presa in carico del paziente.

La struttura prevista è la seguente:

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;text&gt;</code>	1..1
<code>&lt;table&gt;</code>	1..1
<code>&lt;thead&gt;</code>	1..1
<code>&lt;tr&gt;</code>	1..1
<code>&lt;th&gt;Descrizione obiettivo della presa in carico&lt;/th&gt;</code>	1..1
<code>&lt;th&gt;Descrizione obiettivo della presa in carico - Altro&lt;/th&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/tr&gt;</code>	
<code>&lt;/thead&gt;</code>	

<tbody>	1..1
<tr>	1..N
<td>@desc_obiettivo_presa_in_carico@</td>	1..1
<td>@desc_obiettivo_presa_in_carico_altro@</td>	1..1
</tr>	
</tbody>	
</table>	
</text>	

### 2.5.4.3 Parte codificata

Per codificare in formato machine-readable le informazioni contenute nella parte narrativa viene utilizzata una struttura CDA2 <entry>. Il tag <entry> contiene un attributo `typeCode="DRIV"` che indica che il blocco narrativo è derivato dalle informazioni codificate a livello machine-readable.

Tutte le informazioni presenti nella parte narrativa, devono essere codificate nella struttura CDA2 <entry><observation><entryRelationship>. Ne consegue che all'interno della struttura CDA2 <entry><observation> **devono** essere presenti un numero di tag <entryRelationship> pari al numero delle singole informazioni presenti nella tabella della parte narrativa.

All'interno del tag <entryRelationship> è presente una struttura <observation> utilizzata per codificare il risultato di una singola informazione:

- Il tag <code> è utilizzato per codificare l'informazione; nel caso in cui esista un dizionario per codificare il valore dell'informazione, il tag viene utilizzato anche per rappresentare il valore dell'informazione.
- Il tag <value> è utilizzato, nel caso non sia disponibile un apposito dizionario, per rappresentare il valore dell'informazione e l'unità di misura dello stesso.

Struttura CDA	Cardinalità
<entry typeCode="DRIV">	1..N
<observation classCode="OBS" moodCode="DEF">	1..1
<code nullFlavor="NA"/>	1..1
<entryRelationship typeCode="COMP">	1..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_obiettivo_presa_in_carico@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.8" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_obiettivo_presa_in_carico@">	1..1



</observation>	1..1
</entryRelationship>	1..1
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="1" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.54" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Descrizione Obiettivo Presa in carico - Altro"/>	1..1
<value xsi:type="ST" >@desc_Obiettivo_Presa_carico_altro@</value>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
</observation>	
</entry>	

Nella seguente tabella sono riportate le definizioni delle pseudo-variabili utilizzate:

Nome Variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
@cod_obiettivo_presa_in_carico@	codifica SIST-FSE	Campo code del dizionario "Obiettivo presa in carico"
@desc_obiettivo_presa_in_carico@	codifica SIST-FSE	Campo value del dizionario "Obiettivo presa in carico"
@desc_obiettivo_presa_in_carico_altro@	codifica SIST-FSE	Campo a testo libero

## 2.5.5 Sezione Presa In Carico

La sezione riporta il dettaglio della presa in carico della pianificazione e prevede i seguenti dati:

- Ambito di Cura
- Modalità di Accesso
- Modalità di Accesso – Altro
- Categoria Patologica BDA
- Livello di Complessità
- Caratterizzazioni Cliniche

### 2.5.5.1 Codice sezione

Il codice proposto è “2” PRESA IN CARICO secondo la codifica SIST-FSE.

La sezione è obbligatoria.

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;component&gt;</code>	1..1
<code>&lt;section ID="PRESA_IN_CARICO"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="2" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.1" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Presa in carico"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;title&gt;Presa in carico&lt;/title&gt;</code>	1..1
<b>...Parte narrativa ...</b>	1..1
<b>...Parte codificata...</b>	1..1
<code>&lt;/section&gt;</code>	
<code>&lt;/component&gt;</code>	

#### 2.5.5.2 Parte narrativa

La parte narrativa è costituita da una struttura `<text>` e un elemento `<table>` nella quale sono riportati le osservazioni sulla Presa in carico del paziente.

La struttura prevista è la seguente:

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;text&gt;</code>	1..1
<code>&lt;table&gt;</code>	1..1
<code>&lt;thead&gt;</code>	1..1
<code>&lt;tr&gt;</code>	1..1
<code>&lt;th&gt;Ambito di Cura&lt;/th&gt;</code>	1..1
<code>&lt;th&gt;Descrizione della Modalità di Accesso&lt;/th&gt;</code>	1..1
<code>&lt;th&gt;Descrizione della Modalità di Accesso - Altro&lt;/th&gt;</code>	1..1
<code>&lt;th&gt;Descrizione categoria patologica BDA&lt;/th&gt;</code>	1..1
<code>&lt;th&gt;Livello di complessità&lt;/th&gt;</code>	1..1
<code>&lt;th&gt;Caratterizzazioni Cliniche&lt;/th&gt;</code>	0..N
<code>&lt;/tr&gt;</code>	
<code>&lt;/thead&gt;</code>	

<tbody>	1..1
<tr>	1..1
<td>@desc_Ambito_di_cura@</td>	1..1
<td>@desc_Modalità_Accesso@</td>	1..1
<td>@desc_Modalità_Accesso_Altro@</td>	1..1
<td>@desc_categoria_patologia_BDA@</td>	1..1
<td>@desc_Livello_Complexità@</td>	1..1
<td>@desc_Caratterizzazioni_Cliniche@</td>	0..N
</tr>	
</tbody>	
</table>	
</text>	

Nella parte narrativa tutte le date **devono** essere in formato dd/mm/yyyy; I timestamp **devono** essere in formato dd/mm/yyyy HH24:mm

### 2.5.5.3 Parte codificata

Per codificare in formato machine-readable le informazioni contenute nella parte narrativa viene utilizzata una struttura CDA2<sup>4</sup> <entry>. Il tag <entry> contiene un attributo typeCode="DRIV" che indica che il blocco narrativo è derivato dalle informazioni codificate a livello machine-readable.

Tutte le informazioni presenti nella parte narrativa, devono essere codificate nella struttura CDA2 <entry><observation><entryRelationship>. Ne consegue che all'interno della struttura CDA2 <entry><observation> **devono** essere presenti un numero di tag <entryRelationship> pari al numero delle singole informazioni presenti nella tabella della parte narrativa.

All'interno del tag <entryRelationship> è presente una struttura <observation> utilizzata per codificare il risultato di una singola informazione:

- Il tag <code> è utilizzato per codificare l'informazione; nel caso esista un dizionario per codificare il valore dell'informazione, il tag viene utilizzato anche per rappresentare il valore dell'informazione.
- Il tag <value> è utilizzato, nel caso non sia disponibile un apposito dizionario, per rappresentare il valore dell'informazione e l'unità di misura dello stesso.

Struttura CDA	Cardinalità
---------------	-------------

<sup>4</sup> Per struttura CDA2 si intende una albero di tag xml-CDA2 sintatticamente e formalmente corretta, validabile secondo lo schema di riferimento.



<entry typeCode="DRIV">	1..1
<observation classCode="OBS" moodCode="DEF">	1..1
<code nullFlavor="NA"/>	1..1
<entryRelationship typeCode="COMP">	1..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_Ambito_di_cura@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.2" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_ambito_di_cura@"/>	1..1
</observation>	1..1
</entryRelationship>	1..1
<entryRelationship typeCode="COMP">	1..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_Modalità_Accesso@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.9" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_Modalità_Accesso@"/>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="2" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.7" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@Descrizione della Modalità di Accesso - Altro@"/>	1..1
<value xsi:type="ST">@desc_Modalità_Accesso_Altro@</value>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	1..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_categoria_patologica_bda@"	1..1



<code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.10" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_Codice_BDA_patologia@"</code>	
<code>&lt;/observation&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	1..1
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="@cod_Livello_complessita@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.49" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_Livello_complessita@"</code>	1..1
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	0..N
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="1" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.7" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Caratterizzazioni_Cliniche"</code>	1..1
<code>&lt;value code="@codice_Caratterizzazioni_Cliniche@" codeSystem="@OID_Dizionario_Caratterizzazioni_Cliniche@" codeSystemName="@Nome_Dizionario_Caratterizzazioni_Cliniche@" displayName="@des_Caratterizzazioni_Cliniche@"</code>	1..1
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entry&gt;</code>	

Nella seguente tabella sono riportate le definizioni delle pseudo-variabili utilizzate:

Nome Variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
<code>@cod_ambito_di_cura@</code>	Codifica SIST-FSE	Campo code del dizionario "Ambito di cura"
<code>@desc_ambito_di_cura@</code>	Codifica SIST-FSE	Campo value del dizionario "Ambito di

		cura"
@cod_Modalità_Accesso@	Codifica SIST-FSE	Campo code del dizionario "Modalità di accesso"
@desc_Modalità_Accesso@	Codifica SIST-FSE	Campo value del dizionario "Modalità di accesso"
@Descrizione della Modalità di Accesso - Altro@	codifica SIST-FSE	Campo testo libero
@cod_categoria_patologica_bda@	Codifica SIST-FSE	Campo code del dizionario "Categoria patologica BDA"
@desc_Codice_BDA_patologia@	Codifica SIST-FSE	Campo value del dizionario "Categoria patologica BDA"
@cod_Livello_Complexità@	Codifica SIST-FSE	Campo code del dizionario "Livello di Complessità"
@desc_Livello_complexità@	Codifica SIST-FSE	Campo value del dizionario "Livello di Complessità"
@OID_Dizionario_Caratterizzazioni_Cliniche@	OID del dizionario scelto per la codifica del campo "Caratterizzazioni Cliniche"	
@Nome_Dizionario_Caratterizzazioni_Cliniche@	Nome del dizionario scelto per la codifica del campo "Caratterizzazioni Cliniche"	
@codice_Caratterizzazioni_Cliniche@	Codifica associata alla codifica della tabella "Caratterizzazioni Cliniche"	Campo code del dizionario "Caratterizzazioni Cliniche"
@des_Caratterizzazioni_Cliniche@	descrizione associata alla codifica della tabella "Caratterizzazioni Cliniche"	Campo value del dizionario "Caratterizzazioni Cliniche"

## Cliniche"

## 2.5.6 Sezione Anamnesi Fisiologica e Stili di Vita

Sezione riporta il dettaglio sulle osservazioni degli stili di vita del paziente.

La sezione prevede i seguenti dati:

- Descrizione Osservazione
- Osservazione Stili di Vita - Fumatore
- Osservazione Stili di Vita - Consumi Alcolici
- Osservazione Stili di Vita - Attività Fisica
- Osservazione Stili di Vita - IMC
- Data Osservazione

### 2.5.6.1 Codice sezione

Il codice proposto è "3" Anamnesi Fisiologica e Stili di Vita secondo la codifica SIST-FSE.

Il tag `<component>` ha cardinalità 0:1, quindi la sezione non è obbligatoria; nel caso in cui non vi siano informazioni relative agli stili di vita del paziente, l'intera sezione, a partire dal tag iniziale `<component>` può essere omessa.

Esempio:

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;component&gt;</code>	0..1
<code>&lt;section ID=" ANAMNESI_FISIOLOGICA_E_STILI_DI_VITA"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="3" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.1" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Anamnesi Fisiologica e Stili di Vita"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;title&gt;Anamnesi Fisiologica e Stili di Vita&lt;/title&gt;</code>	1..1
<b>...Parte Narrativa ...</b>	1..1
<b>...Parte codificata</b>	1..1
<code>&lt;/section&gt;</code>	
<code>&lt;/component&gt;</code>	

### 2.5.6.2 Parte narrativa

La parte narrativa è costituita da una struttura `<text>` contenere una `<table>` nella quale sono riportati le osservazioni.

La struttura prevista è la seguente:

Struttura CDA	Cardinalità
<text>	1..1
<table>	1..1
<thead>	1..1
<tr>	1..1
<th>Descrizione Osservazione</th>	1..1
<th>Osservazione Stili di Vita - Fumatore</th>	1..1
<th>Osservazione Stili di Vita - Consumi Alcolici</th>	1..1
<th>Osservazione Stili di Vita - Attività Fisica</th>	1..1
<th>Osservazione Stili di Vita - IMC</th>	1..1
<th>Data Osservazione</th>	1..1
</tr>	
</thead>	
<tbody>	1..1
<tr>	1..N
<td>@desc_Osservazione@</td>	1..1
<td>@desc_Stile_Vita_Fumatore@</td>	1..1
<td>@desc_Stile_Vita_Alcolici@</td>	1..1
<td>@desc_Stile_vita_Attivita_Fisica@</td>	1..1
<td>@desc_Stile_Vita_Imc@</td>	1..1
<td>@dt_Osservazione@</td>	1..1
</tr>	
</tbody>	
</table>	
</text>	

Nella parte narrativa tutte le date **devono** essere in formato dd/mm/yyyy; I timestamp **devono** essere in formato dd/mm/yyyy HH24:mm



### 2.5.6.3 Parte codificata

Per codificare in formato machine-readable le informazioni contenute nella parte narrativa viene utilizzata una struttura CDA2<sup>5</sup> `<entry>`. Il tag `<entry>` contiene un attributo `typeCode="DRIV"` che indica che il blocco narrativo è derivato dalle informazioni codificate a livello machine-readable.

All'interno della parte codificata la struttura CDA2 `<entry>` sarà ripetuta un numero di volte pari al numero delle righe presenti nella tabella (*table*) della parte narrativa.

Tutte le informazioni presenti nella parte narrativa, devono essere codificate nella struttura CDA2 `<entry><observation><entryRelationship>`. Ne consegue che all'interno della struttura CDA2 `<entry><observation>` devono essere presenti un numero di tag `<entryRelationship>` pari al numero delle singole informazioni presenti nella tabella della parte narrativa.

All'interno del tag `<entryRelationship>` è presente una struttura `<observation>` utilizzata per codificare il risultato di una singola informazione:

- Il tag `<code>` è utilizzato per codificare l'informazione; Nel caso esista un dizionario per codificare il valore dell'informazione, il tag, viene utilizzato anche per rappresentare il valore dell'informazione.
- Il tag `<effectiveTime>` è utilizzato per rappresentare una data. In questo caso l'attributo `value` avrà il seguente formato: `yyyymmdd`

**I campi della sezione non sono obbligatori; tuttavia, se si decide di compilare la sezione, è necessario compilare tutti e tre i campi:**

- **Osservazione (fumatore o consumo alcolici o attività fisica o IMC)**
- **Specifico Stile di vita specifico per tipologia di osservazione**
- **Data osservazione.**

**Nel caso in cui si voglia introdurre un'ulteriore osservazione di stile di vita, allora è necessario ripetere l'intera struttura a partire dal tag `<entry>` che ha cardinalità 1:N.**

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;entry typeCode="DRIV"&gt;</code>	1..N
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="DEF"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code nullFlavor="NA"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	0..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="@codice_stile_di_vita@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.12" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@descrizione_stile_di_vita@"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/observation&gt;</code>	

<sup>5</sup> Per struttura CDA2 si intende una albero di tag xml-CDA2 sintatticamente e formalmente corretta, validabile secondo lo schema di riferimento.



</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_Stile_Vita_Fumatore@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.13" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_Stile_Vita_Fumatore@" />	1..1
</observation>	
<effectiveTime value="@dt_osservazione@" />	1..1
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_stile_vita_alcolici@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.14" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_Stile_Vita_Alcolici@" />	1..1
</observation>	
<effectiveTime value="@dt_osservazione@" />	1..1
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_stile_vita_attivita_fisica@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.15" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_Stile_Vita_Activita_Fisica@" />	1..1
</observation>	
<effectiveTime value="@dt_osservazione@" />	1..1
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_stile_vita_imc@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.16" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_Stile_Vita_Imc@" />	1..1

</observation>	
<effectiveTime value="@dt_osservazione@"/>	1..1
</entryRelationship>	
</observation>	
</entry>	

Nella seguente tabella sono riportate le definizioni delle pseudo-variabili utilizzate:

Nome Variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
@codice_stile_di_vita@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Stili di Vita"
@descrizione_stile_di_vita@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Stili di Vita"
@dt_osservazione@	Codifica SIST-FSE	Data della specifica osservazione. Nella parte codificata il formato <b>deve</b> essere YYYYMMDD
@cod_Stile_Vita_Fumatore@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Stili di Vita – Fumatore"
@desc_Stile_Vita_Fumatore@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Stili di Vita – Fumatore"
@cod_stile_vita_alcolici@	Codifica SIST-FSE	Campo Code dizionario "Stil di Vita – Alcolici"
@desc_Stile_Vita_Alcolici@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Stili di Vita – Alcolici"
@cod_stile_vita_attivita_fisica@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Stili di Vita – Attività"
@desc_Stile_Vita_Attivita_Fisica@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Stili di Vita – Attività"
@cod_stile_vita_imc@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Stili di vita - IMC"
@desc_Stile_Vita_Imc@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario



REGIONE  
PUGLIA



“Stili di vita - IMC”

---

## 2.5.7 Sezione Programmazione Clinico Assistenziale

La sezione è utilizzata per codificare le informazioni relative alla programmazione assistenziale. La sezione è **obbligatoria** e prevede i dati riportati nell'elenco seguente; al **paragrafo 2.5.7.4** verranno fornite istruzioni più dettagliate e relativi esempi di compilazione:

- Tipologia Prestazione
- Prestazione Ambulatoriale
- Flag Telemedicina
- Quantità Annuale
- Numero Sedute per Ciclo
- Codice e Descrizione ATC
- Codice e Descrizione AIC
- Codice e Descrizione GE
- Posologia e Note
- Unità Farmaco
- Unità Farmaco - Frequenza
- Note
- Flag Prestazione di Protesica
- Codifica ISO Protesica
- Prestazione Vaccinale
- Codice Regionale Vaccino
- Prestazione di Ricovero
- ADI
- Cure Intermedie
- Centro Diurno Integrato (CDI)
- Centro Diurno Integrato per Disabili (CDD)
- Riabilitazione Ambulatoriale (RIA)
- Cure Palliative
- Erogatore ADI
- Erogatore Cure Intermedie
- Erogatore CDI
- Erogatore CDD
- Erogatore RIA
- Erogatore Cure Palliative
- Data Ultima Valutazione
- Indicatore di Gravità
- Durata
- Validità
- Tipologia Frequenza
- Unità di Misura
- Prestazione di Contatto Telefonico Programmato
- Quantità
- Frequenza
- Prestazione di Interventi Educazionali / Counseling

- Intervallo Temporale
  - Data Inizio
  - Data Fine

### 2.5.7.1 Codice sezione

Il codice proposto è “4” Programmazione Clinico Assistenziale secondo la codifica SIST-FSE.

La sezione è obbligatoria.

Struttura CDA	Cardinalità
Esempio:	
<code>&lt;component&gt;</code>	1..1
<code>&lt;section ID="PROGRAMMAZIONE_CLINICO_ASSISTENZIALE"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="4"</code> <code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.1" codeSystemName="SIST-FSE"</code> <code>displayName="Programmazione Clinico Assistenziale"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;title&gt;Programmazione Clinico Assistenziale&lt;/title&gt;</code>	1..1
<b>...Parte narrativa...</b>	1..1
<b>...Parte codificata...</b>	1..1
<code>&lt;/section&gt;</code>	
<code>&lt;/component&gt;</code>	

### 2.5.7.2 Parte narrativa

La parte narrativa è costituita da una struttura `<text>` contenente una `<table>` nella quale sono riportate le prestazioni pianificate. Ciascuna prestazione è rappresentata in una “riga” della tabella. Per ogni prestazione sono riportati tutti i campi previsti dalla sezioni ma solo quelli pertinenti saranno valorizzati.

La struttura prevista è la seguente:

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;text&gt;</code>	1..1
<code>&lt;table&gt;</code>	1..1
<code>&lt;thead&gt;</code>	1..1
<code>&lt;tr&gt;</code>	1..1



<th>Tipologia Prestazione</th>	1..1
<th>Prestazione Ambulatoriale</th>	1..1
<th>Flag Telemedicina</th>	1..1
<th>Quantità Annuale</th>	1..1
<th>Numero Sedute per Ciclo</th>	1..1
<th>Codice ATC</th>	1..1
<th>Descrizione ATC</th>	1..1
<th>Codice AIC</th>	1..1
<th>Descrizione AIC</th>	1..1
<th>Codice GE</th>	1..1
<th>Descrizione GE</th>	1..1
<th>Posologia e note</th>	1..1
<th>Unità farmaco</th>	1..1
<th>Unità farmaco - frequenza</th>	1..1
<th>Note</th>	1..1
<th>Flag Prestazioni di Protesica</th>	1..1
<th>Descrizione codifica ISO protesica </th>	1..1
<th>Prestazione Vaccinale</th>	1..1
<th>Codice regionale vaccino</th>	1..1
<th>Prestazione di Ricovero</th>	1..1
<th>ADI</th>	1..1
<th>Cure intermedie</th>	1..1
<th>Centro Diurno Integrato (CDI)</th>	1..1
<th>Centro Diurno Integrato_Per_Disabili (CDD)</th>	1..1
<th>Riabilitazione Ambulatoriale(RIA)</th>	1..1
<th>Cure Palliative</th>	1..1
<th>Erogatore ADI</th>	1..1
<th>Erogatore Cure Intermedie</th>	1..1
<th>Erogatore CDI</th>	1..1
<th>Erogatore CDD</th>	1..1



<th>Erogatore RIA</th>	1..1	
<th>Erogatore CP</th>	1..1	
<th>Data Ultima Valutazione</th>	1..1	
<th>Indicatore di gravita'</th>	1..1	
<th>Durata</th>	1..1	
<th>Validita'</th>	1..1	
<th>Tipologia frequenza</th>	1..1	
<th>Unita' di misura</th>	1..1	
<th>Contatto telefonico programmato</th>	1..1	
<th>Prestazione Intervento Educazionale/Counseling</th>	1..1	
<th> Quantità</th>	1..1	
<th> Frequenza</th>	1..1	
<th colspan="2">Intervallo   Data Inizio – Data Fine</th>	1..M	
</tr>		
</thead>		
<tbody>	1..1	
<tr>	1..N	
<td>@tipologia_prestazione@</td>	1..1	
<td>@prestazione_ambulatoriale@</td>	1..1	
<td>@flag_telemedicina@</td>	1..1	
<td>@quantita_annua@</td>	1..1	
<td>@numero_sedute_per_ciclo@</td>	1..1	
<td>@codice_atc@</td>	1..1	
<td>@descrizione_atc@</td>	1..1	
<td>@codice_aic@</td>	1..1	
<td>@descrizione_aic@</td>	1..1	
<td>@codice_ge@</td>	1..1	
<td>@descrizione_ge</td>	1..1	
<td>@posologia_note@</td>	1..1	
<td>@unità farmaco@</td>	1..1	





<td>@desc_unità_farmaco_frequenza@</td>	1..1
<td>@note</td>	1..1
<td>@Flag_prestazioni_protesica@</td>	1..1
<td>@desc_codifica_iso_protesica@</td>	1..1
<td>@desc_prestazione_vaccinale@</td>	1..1
<td>@codice_regionale_vaccino@</td>	1..1
<td>@desc_prestazione_ricovero@</td>	1..1
<td>@desc_ADI@</td>	1..1
<td>@desc_cure_intermedie@</td>	1..1
<td>@desc_centro_diurno_integrato@</td>	1..1
<td>@desc_centro_diurno_integrato_per_disabili@</td>	1..1
<td>@desc_riabilitazione_ambulatoriale@</td>	1..1
<td>@desc_cure_palliative@</td>	1..1
<td>@desc_Erogatore_ADI</td>	1..1
<td>@desc_Erogatore_cure_intermedie</td>	1..1
<td>@desc_Erogatore CDI</td>	1..1
<td>@desc_Erogatore CDD</td>	1..1
<td>@desc_Erogatore RIA</td>	1..1
<td>@desc_Erogatore_CP@</td>	1..1
<td>@Data Ultima Valutazione</td>	1..1
<td>@Indicatore di gravita'</td>	1..1
<td>@Durata</td>	1..1
<td>@Validita'</td>	1..1
<td>@Tipologia frequenza</td>	1..1
<td>@Unita' di misura</td>	1..1
<td>@desc _contatto_telefonico_programmato@</td>	1..1
<td>@desc_prestazione_intervento_educazionale/counseling@</td>	1..1
<td>@quantità@</td>	1..1
<td>@frequenza@</td>	1..1
<td>@dt_inizio@</td>	1..1

<td>@dt_fine@</td>	1..1
<td>@dt_inizio@</td>  <td>@dt_fine@</td>	0..M
</tr>	
</tbody>	
</table>	
</text>	

Nella parte narrativa tutte le date **devono** essere in formato dd/mm/yyyy; I timestamp **devono** essere in formato dd/mm/yyyy HH24:mm.

### 2.5.7.3 Parte codificata

Per codificare in formato machine-readable le informazioni contenute nella parte narrativa viene utilizzata una struttura CDA2<sup>6</sup> <entry>. Il tag <entry> contiene un attributo `typeCode="DRIV"` che indica che il blocco narrativo è derivato dalle informazioni codificate a livello machine-readable.

All'interno della parte codificata la struttura CDA2 <entry> sarà ripetuta un numero di volte pari al numero delle righe presenti nella tabella della parte narrativa.

Tutte le informazioni presenti nella parte narrativa, devono essere codificate nella struttura CDA2 <entry><observation><entryRelationship>. Ne consegue che all'interno della struttura CDA2 <entry><observation> devono essere presenti un numero di tag <entryRelationship> pari al numero delle singole informazioni presenti nella tabella della parte narrativa.

All'interno del tag <entryRelationship> è presente una struttura <observation> utilizzata per codificare il risultato di una singola informazione:

- Il tag <code> è utilizzato per codificare l'informazione; Nel caso esista un dizionario per codificare il valore dell'informazione, il tag, viene utilizzato anche per rappresentare il valore dell'informazione.
- Il tag <value> è utilizzato per rappresentare la descrizione della prestazione o del dato.

La compilazione del primo campo (struttura all'interno del primo tag <entryRelationship>) relativo alla tipologia di prestazione, è obbligatoria. In base al valore indicato, è necessario compilare tra i campi successivi solamente quelli relativi alla tipologia di prestazione indicata.

Nel caso in cui si vogliano inserire informazioni relative ad un'altra tipologia di prestazione, o anche ad un'ulteriore occorrenza della stessa tipologia di prestazione, allora è necessario ripetere l'intera struttura a partire dal tag <entry> che ha cardinalità 1:N.

Di seguito, all'interno della struttura CDA2, sono riportate tutte le possibili implementazioni delle entry codificate, come già detto al momento dell'implementazione reale è necessario inserire solamente quelle relative alla prestazione indicata, in base alle indicazioni di Tabella 3

<sup>6</sup> Per struttura CDA2 si intende una alberatura di tag xml-CDA2 sintatticamente e formalmente corretta, validabile secondo lo schema di riferimento.



Nei paragrafi 2.5.7.4.1 e 2.5.7.4.2 verranno presentati esempi di compilazione validi nel caso di prestazione Ambulatoriale e Farmaceutica.

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;entry typeCode="DRIV"&gt;</code>	1..N
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="DEF"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code nullFlavor="NA"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="@cod_tipologia_prestazione@"</code> <code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.18" codeSystemName="SIST-FSE"</code> <code>displayName="@desc_tipologia_prestazione@"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	0..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="@cod_prestazione_ambulatoriale@"</code> <code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.6.11" codeSystemName="SIST-FSE"</code> <code>displayName="@desc_prestazione_ambulatoriale@"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	0..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="@cod_flag_telemedicina@"</code> <code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.55" codeSystemName="SIST-FSE"</code> <code>displayName="@desc_flag_telemedicina@"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	



<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="23" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Quantità annua"/>	1..1
<value xsi:type="ST">@quantita_annua@</value>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="1" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Numero sedute per ciclo"/>	1..1
<value xsi:type="ST">@numero_sedute_ciclo@</value>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@codice_atc@" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.73" codeSystemName="SSN-MIN SALUTE - 500001" displayName="@desc_atc@">	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@codice_aic@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5" codeSystemName="AIC" displayName="@desc_aic@">	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1



<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@codice_ge@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.51" codeSystemName="DIZ_GruppiEquivalenzaFarmaciaAIFA" displayName="@desc_ge@"/>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="20" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="posologia_note"/>	1..1
<value xsi:type="ST">@posologia_note@</value>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="21" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Unità farmaco"/>	1..1
<value xsi:type="NC">@unità_farmaco@</value>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_unita_farmaco_frequenza@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.57" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_unita_farmaco_frequenza@"/>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1



<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="22" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Note"/>	1..1
<value xsi:type="ST">@note@</value>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_flag_protesica@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.23" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_flag_prestazioni_protesica@">	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@codifica_iso_protesica@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.25" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_codifica_iso_protesica@">	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	1..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_prestazione_vaccinale@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.26" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_prestazione_vaccinale@">	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1



<code code="@cod_regionale_vaccino@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.6.2" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_codice_regionale_vaccino@"/>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_prestazione_ricovero@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.28" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_prestazione_ricovero@"/>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_adi@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.29" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_adi@"/>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_cure_intermedie@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.30" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_cure_intermedie@"/>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_centro_diurno_integrato@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.32" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_centro_diurno_integrato@"/>	1..1



</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_centro_diurno_integrato_per_disabili@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.50" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_centro_diurno_integrato_per_disabili@">	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_riabilitazione_ambulatoriale@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.39" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_riabilitazione_ambulatoriale@">	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_cure_palliative@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.51" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_cure_palliative@">	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_erogatore_ADI@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.44" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_erogatore_ADI@">	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	





<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_erogatore_Cure_Intermedie@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.47" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_Erogatore_Cure_Intermedie"/>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_erogatore_CDI@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.45" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_erogatore_CDI@"/>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_erogatore_CDD@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.46" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_erogatore_CDD@"/>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_erogatore_RIA@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.48" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_erogatore_RIA@"/>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1



<code>&lt;code code="@cod_erogatore_CP@"</code>	1..1
<code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.52" codeSystemName="SIST-FSE"</code>	
<code>displayName="@desc_erogatore_CP@"</code>	
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	0..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="18"</code>	1..1
<code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-FSE"</code>	
<code>displayName="Data_ultima_valutazione/"</code>	
<code>&lt;effectiveTime value="@dt_ultima_valutazione@"</code>	1..1
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	0..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="@cod_indicatore_di_gravita@"</code>	1..1
<code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.40" codeSystemName="SIST-FSE"</code>	
<code>displayName="@desc_indicatore_di_gravita@"</code>	
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	0..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="19"</code>	1..1
<code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-FSE"</code>	
<code>displayName="Durata/"</code>	
<code>&lt;value xsi:type="ST"&gt;"@durata@"&lt;/value&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	0..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1



<code>&lt;code code="@cod_validita@"</code>	1..1
<code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.41" codeSystemName="SIST-FSE"</code>	
<code>displayName="@desc_validita@"</code>	
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	0..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="@cod_tipologia_frequenza@"</code>	1..1
<code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.42" codeSystemName="SIST-FSE"</code>	
<code>displayName="@desc_tipologia_frequenza@"</code>	
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	0..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="@cod_unita_di_misura@"</code>	1..1
<code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.43" codeSystemName="SIST-FSE"</code>	
<code>displayName="@desc_unita_di_misura@"</code>	
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	0..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="@cod_contatto_telefonico_programmato@"</code>	1..1
<code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.34" codeSystemName="SIST-FSE"</code>	
<code>displayName="@desc_contatto_telefonico_programmato@"</code>	
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	0..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="@cod_intervento_educazionale@"</code>	1..1
<code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.35" codeSystemName="SIST-FSE"</code>	
<code>displayName="@desc_intervento_educazionale@"</code>	



</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="2" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Quantità"/>	1..1
<value xsi:type="ST">@quantità@</value>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..1
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="3" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Frequenza"/>	1..1
<value xsi:type="ST">@frequenza@</value>	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..M <sup>7</sup>
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="24" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Intervallo"/>	1..1
<effectiveTime>	0..1
<low value="@dt_inizio@">	1..1
<high value="@dt_fine@">	0..1
</effectiveTime>	
</observation>	

<sup>7</sup> È possibile inserire più elementi <entryRelationship> in caso ci siano più intervalli temporali. Nel caso di Prestazioni Ambulatoriali, Farmaceutiche e Contatto Telefonico Programmato è obbligatorio inserire almeno un intervallo temporale.



</entryRelationship>
</observation>
</entry>

Nella seguente tabella sono riportate le definizioni delle pseudo-variabili utilizzate:

Nome Variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
@cod_tipologia_prestazione@	Codifica SIST-FSE	Campo code del dizionario "Tipologia Prestazione"
@desc_tipologia_prestazione@	Codifica SIST-FSE	Campo value del dizionario "Tipologia Prestazione"
@cod_prestazione_ambulatoriale@	Codifica SIST-FSE	Campo code del dizionario "Nomenclatore SIST"
@desc_prestazione_ambulatoriale@	Codifica SIST-FSE	Campo value del dizionario "Nomenclatore SIST"
@cod_flag_telemedicina@	Codifica SIST-FSE	Campo code del dizionario "Telemedicina"
@desc_flag_telemedicina@	Codifica SIST-FSE	Campo value del dizionario "Telemedicina"
@quantita_annua@	Codifica SIST-FSE	Valore numerico. Calcolato come numero di intervalli temporali inseriti.
@numero_sedute_per_ciclo@	Codifica SIST-FSE	Valore numerico. Informazione associata ad ogni prestazione di tipo ciclica.
@codice_atc@	Codifica SSN-MIN SALUTE - 500001	Campo code del "Dizionario ATC"
@desc_atc@	Codifica SSN-MIN SALUTE - 500001	Campo value del "Dizionario ATC"
@codice_aic@	Codifica SSN-MIN SALUTE-AIFA	Campo code del "Dizionario AIC"(Prestazioni farmaceutiche)
@desc_aic@	Codifica SSN-MIN SALUTE-AIFA	Campo value del "Dizionario AIC" (Prestazioni



		farmaceutiche)
@codice_ge@	Codifica SSN-MIN SALUTE-AIFA	Campo code del dizionario "Dizionario GE" (Gruppi di Equivalenza)
@desc_ge@	Codifica SSN-MIN SALUTE-AIFA	Campo value del "Dizionario GE" (Gruppi di Equivalenza)
@posologia_note@	Codifica SIST-FSE	Testo
@unità_farmaco@	Codifica SIST-FSE	Testo inserito dall'operatore come valore numerico arrotondato alla seconda cifra decimale.
@cod_unità_farmaco_frequenza@	Codifica SIST-FSE	Campo code del dizionario "Dizionario Unità Farmaco - Frequenza"
@desc_unità_farmaco_frequenza	Codifica SIST-FSE	Campo value del dizionario "Dizionario Unità Farmaco - Frequenza"
@note@	Codifica SIST-FSE	Testo libero
@cod_flag_protesica@	Codifica SIST-FSE	Campo code del dizionario "Protesica"
@desc_flag_protesica@	Codifica SIST-FSE	Campo value del dizionario "Prestazioni protesica"
@codifica_iso_protesica@	Codifica SIST-FSE	Campo code del dizionario "Codifica ISO"
@desc_codifica_iso_protesica@	Codifica SIST-FSE	Campo value del dizionario "Codifica ISO"
@cod_prestazioni_vaccinale@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Prestazioni vaccinali"
@desc_prestazioni_vaccinale@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Prestazioni vaccinali"
@cod_regionale_vaccino@	Codifica SIST-FSE	Campo code del dizionario "Codici regionali vaccini"
@desc_regionale_vaccino@	Codifica SIST-FSE	Campo value del dizionario "Codici regionali vaccini"



@cod_prestazione_ricovero@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Prestazioni ricovero"
@desc_prestazione_ricovero@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Prestazioni ricovero"
@cod_adi@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "ADI"
@desc_adi@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "ADI"
@cod_cure_intermedie@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Cure Intermedie"
@desc_cure_intermedie@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Cure Intermedie"
@cod_centro_diurno_integrato@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "CDI"
@desc_centro_diurno_integrato@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "CDI"
@cod_centro_diurno_integrato_per_disabili@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Centro Diurno integrato per disabili (CDD)"
@desc_centro_diurno_integrato_per_disabili@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Centro Diurno integrato per disabili (CDD)"
@cod_riabilitazione_ambulatoriale@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Riabilitazione Ambulatoriale (RIA)"
@desc_riabilitazione_ambulatoriale@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Riabilitazione Ambulatoriale (RIA)"
@cod_cure_palliative@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Cure Palliative"
@desc_cure_palliative@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Cure Palliative"
@cod_erogatore_ADI@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Erogatore_ADI"
@desc_erogatore_ADI@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Erogatore_ADI"
@cod_erogatore_Cure_Intermedie@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Erogatore_Cure_Intermedie"



@desc_erogatore_Cure_Intermedie@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Erogatore_Cure_Intermedie"
@cod_erogatore_CDI@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Erogatore_CDI"
@desc_erogatore_CDI@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Erogatore_CDI"
@cod_erogatore_CDD@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Erogatore_CDD"
@desc_erogatore_CDD@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Erogatore_CDD"
@cod_erogatore_RIA@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Erogatore_RIA"
@desc_erogatore_RIA@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Erogatore_RIA"
@cod_erogatore_CP@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Erogatore_CP"
@desc_erogatore_CP@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Erogatore_CP"
@dt_data_ultima_valutazione@	Codifica SIST-FSE	Data Ultima Valutazione. Nella parte codificata il formato deve essere YYYYMMDD
@cod_indicatore_di_gravita@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Dizionario Indicatore di Gravità"
@desc_indicatore_di_gravita@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Dizionario Indicatore di Gravità"
@cod_durata@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Diz. Sez. Prog. Clin. Ass."
@desc_durata@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Diz. Sez. Prog. Clin. Ass."
@cod_validita@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Dizionario Validità (si/no)"
@desc_validita@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario





"Dizionario Validità (si/no)"		
@cod_tipologia_frequenza@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Tipologia Frequenza"
@desc_tipologia_frequenza@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Tipologia Frequenza"
@cod_unita_di_misura@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Unità di misura"
@desc_unita_di_misura@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Unità di misura"
@cod_contatto_telefonico_programmato@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Contatti Telefonici Programmati"
@desc_contatto_telefonico_programmato@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Contatti Telefonici Programmati"
@cod_intervento_educazionale@	Codifica SIST-FSE	Campo code dizionario "Interventi educazionali/Counseling"
@desc_intervento_educazionale@	Codifica SIST-FSE	Campo value dizionario "Interventi educazionali/Counseling"
@quantita@	Quantità di contatti telefonici programmati	Testo inserito dall'operatore con valore numerico. Valido per prestazioni di contatto telefonico.
@frequenza@	Frequenza di contatto telefonico programmato.	Testo inserito dall'operatore. Valido per prestazioni di contatto telefonico.
@dt_inizio@	Data	Data. Nella parte codificata <b>deve</b> essere in formato YYYYMMDD
@dt_fine@	Data	Data. Nella parte codificata <b>deve</b> essere in formato YYYYMMDD

#### 2.5.7.4 Istruzioni ed esempi per la compilazione

In Tabella 3 sono elencati, per ogni tipologia di prestazione che si intende inserire, i campi che è possibile valorizzare e che sono quindi specifici per la tipologia scelta. Gli altri campi non previsti per quella tipologia di prestazione non devono essere inseriti nella struttura CDA2.

In Tabella 3 sono inoltre espresse le informazioni sull'obbligatorietà e sulla cardinalità, sia per quanto riguarda la sottosezione di ogni specifica tipologia, sia per i singoli campi, da considerare tuttavia solo relativamente al caso in cui si inserisca una specifica tipologia di prestazione (es. "Prestazione Ambulatoriale" è obbligatoria solamente nel caso in cui si stia inserendo una Prestazione Ambulatoriale). Nella struttura codificata del paragrafo 2.5.7.3 è indicata quindi una cardinalità 0:1 in quanto il campo non è nel suo complesso obbligatorio; in Tabella 3 invece è indicata la cardinalità 1:1 perché riferita al caso di compilazione di una prestazione ambulatoriale.

**Nei paragrafi 2.5.7.4 e 2.5.7.5 verranno presentati esempi di compilazione validi nel caso di prestazione Ambulatoriale e Farmaceutica.**

Campo	Sottocampo	Obbligatorietà e cardinalità sottosezione	Obbligatorietà (Cardinalità)
Tipologia Prestazione: Ambulatoriale			
Prestazione Ambulatoriale		0:N	SI (1:1)
Flag Telemedicina			NO (0:1)
Intervallo Temporale	Data Inizio		SI (1:M)
	Data Fine		
Quantità Annuale			SI (1:1)
Numero Sedute per Ciclo			NO (0:1)
Tipologia Prestazione: Farmaceutica			
Codice e Descrizione ATC		0:N	SI (1:1)
Codice e Descrizione AIC			NO (0:1)
Codice e Descrizione GE			NO (0:1)
Posologia e Note			NO (0:1)
Unità Farmaco			NO (0:1)
Unità Farmaco - Frequenza			NO (0:1)
Note			NO (0:1)
Intervallo Temporale	Data Inizio		SI (1:M)
	Data Fine		
Tipologia Prestazione: Protesica			
Flag Prestazione di Protesica		0:N	SI (1:1)
Codifica ISO Protesica			NO (0:1)



Intervallo Temporale	Data Inizio		NO (0:M)	
	Data Fine			
Tipologia Prestazione: Vaccinale				
Prestazione Vaccinale		1:N	SI (1:N)	
Codice Regionale Vaccino			NO (0:1)	
Intervallo Temporale	Data Inizio		NO (0:M)	
	Data Fine			
Tipologia Prestazione: Ricoveri				
Prestazione di Ricovero		0:N	SI (1:1)	
Intervallo Temporale	Data Inizio		NO (0:M)	
	Data Fine			
Tipologia Prestazione: Bisogni Socio Sanitari				
ADI		0:6	SI (1:6)	
Cure Intermedie				
Centro Diurno Integrato (CDI)				
Centro Diurno Integrato per Disabili (CDD)				
Riabilitazione Ambulatoriale (RIA)				
Cure Palliative				
Erogatore ADI			NO (0:1)	
Erogatore Cure Intermedie			NO (0:1)	
Erogatore CDI			NO (0:1)	
Erogatore CDD			NO (0:1)	
Erogatore RIA			NO (0:1)	
Erogatore Cure Palliative			NO (0:1)	
Data Ultima Valutazione			NO (0:6)	
Indicatore di Gravità			NO (0:3)	
Durata			NO (0:2)	
Validità			NO (0:6)	
Tipologia Frequenza			NO (0:3)	
Unità di Misura			NO (0:6)	
Intervallo Temporale	Data Inizio			NO (0:M)
	Data Fine			
Tipologia Prestazione: Contatto Telefonico Programmato				

Prestazione di Contatto Telefonico Programmato		0:N	SI (1:1)
Quantità			SI (1:1)
Frequenza			NO (0:1)
Intervallo Temporale	Data Inizio		SI (1:M)
	Data Fine		
Tipologia Prestazione: Interventi Educazionali / Counseling			
Prestazione di Interventi Educazionali / Counseling		0:N	SI (1:1)
Intervallo Temporale	Data Inizio		NO (0:M)
	Data Fine		

**Tabella 3 - Sezione Programmazione Clinico Assistenziale – Dati suddivisi per Tipologia di Prestazione**

#### 2.5.7.4.1 Esempio di compilazione di una Prestazione Ambulatoriale

Facendo riferimento alla Tabella 3, i campi che è necessario valorizzare in caso di Prestazione Ambulatoriale sono:

- Prestazione Ambulatoriale (**Obbligatorio**)
- Flag di Telemedicina (Opzionale)
- Quantità Annuale (**Obbligatorio**)
- Numero Sedute per Ciclo (Opzionale)
- Intervallo Temporale (**Obbligatorio**)
  - Data Inizio
  - Data Fine

Esempio:

```

<entry typeCode="DRIV">
<observation classCode="OBS" moodCode="DEF">
<code nullFlavor="NA"/>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="00" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.18" codeSystemName="SIST-
      FSE" displayName="Ambulatoriale"/>
  </observation>
</entryRelationship>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="@cod_prestazione_ambulatoriale@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.6.11"
      codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_prestazione_ambulatoriale@"/>
  </observation>
</entryRelationship>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="@cod_flag_telemedicina@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.55"
      codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_flag_telemedicina@"/>
  </observation>

```

```
</entryRelationship>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="23" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-
    FSE" displayName="Quantità annua"/>
    <value xsi:type="ST">@quantita_annua@</value>
  </observation>
</entryRelationship>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="@cod_numero_sedute_ciclo@"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.56" codeSystemName="SIST-FSE"
    displayName="@desc_numero_sedute_ciclo@"/>
  </observation>
</entryRelationship>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="24" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-
    FSE" displayName="Intervallo"/>
    <effectiveTime>
      <low value="@dt_inizio"7>
      <high value="@dt_fine"7>
    </effectiveTime>
  </observation>
</entryRelationship>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="24" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-
    FSE" displayName="Intervallo"/>
    <effectiveTime>
      <low value="@dt_inizio"7>
      <high value="@dt_fine"7>
    </effectiveTime>
  </observation>
</entryRelationship>
</observation>
</entry>
```

#### 2.5.7.4.2 Esempio di compilazione di una Prestazione Farmaceutica

Facendo riferimento alla **Tabella 3**, i campi che è necessario valorizzare in caso di Prestazione Farmaceutica sono:

- Codice e Descrizione ATC (**Obbligatorio**)
- Codice e Descrizione AIC (Opzionale)
- Codice e Descrizione GE (Opzionale)
- Posologia e Note (Valido e **obbligatorio** solo se è stato inserito solo il codice ATC)
- Unità farmaco (**Obbligatorio** se valorizzato un AIC/GE)
- Unità farmaco - Frequenza (**Obbligatorio** se valorizzato un AIC/GE)
- Note (Opzionale, utilizzabile solo se valorizzati AIC o GE)
- Intervallo Temporale (**Obbligatorio**)
  - Data Inizio
  - Data Fine

---

**NOTA BENE:**

Nel caso di prestazioni farmaceutiche si possono verificare due o più situazioni, tra cui:

- Inserimento del solo codice ATC
- Inserimento dei codici AIC o GE (e di conseguenza l'ATC ad essi associato).

Nel primo caso sarà possibile valorizzare anche il campo "Posologia e Note", nel secondo quest'ultimo campo non sarà utilizzabile ma si potranno inserire i campi "Unità di Farmaco", "Unità di Farmaco - Frequenza" e "Note" in via opzionale, andando a definire una programmazione più completa e dettagliata. Rimane obbligatorio per entrambi i casi definire uno o più intervalli temporali.

Esempio:

```
<entry typeCode="DRIV">
<observation classCode="OBS" moodCode="DEF">
<code nullFlavor="NA"/>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="01" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.18" codeSystemName="SIST-
      FSE" displayName="Farmaceutica"/>
  </observation>
</entryRelationship>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="@codice_atc@" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.73" codeSystemName="SSN-MIN
      SALUTE - 500001" displayName="@desc_atc@"/>
  </observation>
</entryRelationship>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="@codice_aic@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5" codeSystemName="AIC"
      displayName="@desc_aic@"/>
  </observation>
</entryRelationship>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="@codice_ge@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.51"
      codeSystemName="DIZ_GruppiEquivalenzaFarmaciaAIFA" displayName="@desc_ge@"/>
  </observation>
</entryRelationship>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="20" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-
      FSE" displayName="posologia_note"/>
    <value xsi:type="ST">@posologia_note@</value>
  </observation>
</entryRelationship>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="21" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-
      FSE" displayName="Unità farmaco"/>
    <value xsi:type="ST">@unità_farmaco@</value>
```

```
</observation>
</entryRelationship>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="@cod_unita_farmaco_frequenza@"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.57" codeSystemName="SIST-FSE"
      displayName="@desc_unità_farmaco_frequenza@"/>
  </observation>
</entryRelationship>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="22" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-
      FSE" displayName="Note"/>
    <value xsi:type="ST">@note@</value>
  </observation>
</entryRelationship>
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="24" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.17" codeSystemName="SIST-
      FSE" displayName="Intervallo"/>
    <effectiveTime>
      <low value="@dt_inizio"/>
      <high value="@dt_fine"/>
    </effectiveTime>
  </observation>
</entryRelationship>
</observation>
</entry>
```

## 2.5.8 Sezione Raccomandazioni Cliniche

Sezione **opzionale** che riporta il dettaglio delle raccomandazioni cliniche.

La sezione prevede i seguenti dati:

- Raccomandazione

### 2.5.8.1 Codice sezione

Il codice proposto è "5" Raccomandazioni Cliniche secondo la codifica SIST-FSE.

esempio:

Struttura CDA	Cardinalità
<component>	0..1
<section ID="RACCOMANDAZIONI_CLINICHE">	1..1

<code>&lt;code code="5" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.1" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Raccomandazioni Cliniche"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;title&gt;Raccomandazioni Cliniche&lt;/title&gt;</code>	1..1
<b>...Parte narrativa...</b>	1..1
<b>...Parte codificata...</b>	1..1
<code>&lt;/section&gt;</code>	
<code>&lt;/component&gt;</code>	

### 2.5.8.2 Parte narrativa

La parte narrativa è costituita da una struttura `<text>` contenere una `<table>` nella quale sono riportati le osservazioni sui dati anamnestici. Ciascun osservazione è descritta in una "riga" della tabella.

La struttura prevista è la seguente:

Struttura CDA	Cardi nalità
<code>&lt;text&gt;</code>	1..1
<code>&lt;table&gt;</code>	1..1
<code>&lt;thead&gt;</code>	1..1
<code>&lt;tr&gt;</code>	1..1
<code>&lt;th&gt;Raccomandazione&lt;/th&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/tr&gt;</code>	
<code>&lt;/thead&gt;</code>	
<code>&lt;tbody&gt;</code>	1..1
<code>&lt;tr&gt;</code>	1..1
<code>&lt;td&gt;@desc_raccomandazione@&lt;/td&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/tr&gt;</code>	
<code>&lt;/tbody&gt;</code>	
<code>&lt;/table&gt;</code>	
<code>&lt;/text&gt;</code>	

### 2.5.8.3 Parte codificata



Per codificare in formato machine-readable le informazioni contenute nella parte narrativa viene utilizzata una struttura CDA2<sup>8</sup> `<entry><observation>`. Il tag `<entry>` contiene un attributo `typeCode="DRIV"` che indica che il blocco narrativo è derivato dalle informazioni codificate a livello machine-readable.

Le informazioni sul singolo dato **devono** essere codificate nella struttura CDA2 `<entry><observation><entryRelationship>`. All'interno del tag `<entryRelationship>` è presente una struttura `<observation>` utilizzata per codificare una singola osservazione contenuta nella tabella definita nella parte narrativa.

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;entry typeCode="DRIV"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="DEF"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code nullFlavor="NA"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	0..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="1" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.37" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Raccomandazioni cliniche"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;value xsi:type="ST"&gt;@desc_raccomandazione&lt;/value&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entry&gt;</code>	

Nella seguente tabella sono riportate le definizioni delle pseudo-variabili utilizzate:

Nome Variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
<code>@desc_Raccomandazione@</code>		Testo

<sup>8</sup> Per struttura CDA2 si intende una alberatura di tag xml-CDA2 sintatticamente e formalmente corretta, validabile secondo lo schema di riferimento.

## 2.5.9 Sezione Motivo Esenzione dal co-pagamento

La sezione riporta l'elenco delle esenzioni di cui beneficia il paziente. La sezione prevede il seguente campo:

- Esenzioni Assistito

### 2.5.9.1 Codice sezione

Il codice è "57827-8" secondo la codifica LOINC.

Esempio:

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;component&gt;</code>	0..1
<code>&lt;section ID="MOTIVO_DI_ESENZIONE_DAL_CO-PAGAMENTO"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="57827-8" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.10.1.4.2.17" codeSystemName="LOINC" displayName="Motivo di esenzione dal co-pagamento"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;title&gt; Motivo di esenzione dal co-pagamento &lt;/title&gt;</code>	1..1
<code>...Parte Narrativa ...</code>	1..1
<code>...Parte codificata</code>	1..1
<code>&lt;/section&gt;</code>	
<code>&lt;/component&gt;</code>	

### 2.5.9.2 Parte narrativa

La parte narrativa è costituita da una struttura `<text>` contenere una `<table>` nella quale sono riportate le esenzioni.

La struttura prevista è la seguente:

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;text&gt;</code>	1..1
<code>&lt;table&gt;</code>	1..1
<code>&lt;thead&gt;</code>	1..1
<code>&lt;tr&gt;</code>	1..1
<code>&lt;th&gt;Esenzioni Assistito&lt;/th&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/tr&gt;</code>	
<code>&lt;/thead&gt;</code>	

<tbody>	1..1
<tr>	1..N
<td>@desc_esenzione@</td>	1..1
</tr>	
</tbody>	
</table>	
</text>	

### 2.5.9.3 Parte codificata

Per codificare in formato machine-readable le informazioni contenute nella parte narrativa viene utilizzata una struttura CDA2<sup>9</sup> <entry><observation>. Il tag <entry> contiene un attributo **typeCode="DRIV"** che indica che il blocco narrativo è derivato dalle informazioni codificate a livello machine-readable.

Le informazioni sul singolo dato **devono** essere codificate nella struttura CDA2 <entry><observation><entryRelationship>. All'interno del tag <entryRelationship> è presente una struttura <observation> utilizzata per codificare una singola osservazione contenuta nella tabella definita nella parte narrativa.

Struttura CDA	Cardinalità
<entry typeCode="DRIV">	1..1
<observation classCode="OBS" moodCode="DEF">	1..1
<code nullFlavor="NA"/>	1..1
<entryRelationship typeCode="COMP">	0..N
<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">	1..1
<code code="@cod_esenzione@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.6.22" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_esenzione@">	1..1
</observation>	
</entryRelationship>	

<sup>9</sup> Per struttura CDA2 si intende una albero di tag xml-CDA2 sintatticamente e formalmente corretta, validabile secondo lo schema di riferimento.

<code>&lt;/observation&gt;</code>
<code>&lt;/entry&gt;</code>

Nella seguente tabella sono riportate le definizioni delle pseudo-variabili utilizzate:

Nome Variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
@cod_esenzione@	Codifica SIST-FSE	Campo cd_esenzione della tabella CODICI_ESENZIONI_RD
@desc_esenzione@	Codifica SIST-FSE	Campo ds_esenzione della tabella CODICI_ESENZIONI_RD

## 2.5.10 Sezione Reti di Patologia

La sezione prevede il seguente campo:

- Rete di Patologia

### 2.5.10.1 Codice sezione

Il codice è “6” “Reti di Patologia” secondo la codifica SIST-FSE.

Esempio:

Strutturato CDA	Cardinalità
<code>&lt;component&gt;</code>	0..1
<code>&lt;section ID="RETI_DI_PATOLOGIA"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="6" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.1" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Reti di Patologia"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;title&gt;Reti di Patologia &lt;/title&gt;</code>	1..1
<b>...Parte Narrativa ...</b>	1..1
<b>...Parte codificata</b>	1..1
<code>&lt;/section&gt;</code>	
<code>&lt;/component&gt;</code>	

### 2.5.10.2 Parte narrativa

La parte narrativa è costituita da una struttura `<text>` contenere una `<table>` nella quale sono riportate le esenzioni.

## Struttura CDA

Card.

La struttura prevista è la seguente:

<text>	1..1
<table>	1..1
<thead>	1..1
<tr>	1..1
<th>Reti di Patologia</th>	1..1
</tr>	
</thead>	
<tbody>	1..1
<tr>	1..N
<td>@desc_rete_di_patologia@</td>	1..1
</tr>	
</tbody>	
</table>	
</text>	

### 2.5.10.3 Parte codificata

Per codificare in formato machine-readable le informazioni contenute nella parte narrativa viene utilizzata una struttura CDA2<sup>10</sup> <entry><observation>. Il tag <entry> contiene un attributo typeCode="DRIV" che indica che il blocco narrativo è derivato dalle informazioni codificate a livello machine-readable.

Le informazioni sul singolo dato **devono** essere codificate nella struttura CDA2 <entry><observation><entryRelationship>. All'interno del tag <entryRelationship> è presente una struttura <observation> utilizzata per codificare una singola osservazione contenuta nella tabella definita nella parte narrativa.

Struttura CDA	Cardinalità
<entry typeCode="DRIV">	0..1

<sup>10</sup> Per struttura CDA2 si intende una alberatura di tag xml-CDA2 sintatticamente e formalmente corretta, validabile secondo lo schema di riferimento.

<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="DEF"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code nullFlavor="NA"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	1..N
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="@cod_rete_di_patologia@" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.27" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="@desc_rete_di_patologia@"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entry&gt;</code>	

Nella seguente tabella sono riportate le definizioni delle pseudo-variabili utilizzate:

Nome Variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
<code>@cod_rete_di_patologia@</code>	Codifica SIST-FSE	Campo code del dizionario Reti di patologia
<code>@desc_rete_di_patologia@</code>	Codifica SIST-FSE	Campo value del dizionario Reti di patologia

## 2.5.11 Sezione Intestazione Programmazione Clinico Assistenziale

La sezione prevede il seguente campo:

- Descrizione programmazione

### 2.5.11.1 Codice sezione

Il codice è “7” “Intestazione Programmazione Clinico Assistenziale” secondo la codifica SIST-FSE.

Esempio:

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;component&gt;</code>	1..1

<code>&lt;section ID="INTESTAZIONE_PROGRAMMAZIONE_CLINICO_ASSISTENZIALE"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="7" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.1" codeSystemName="SIST-FSE" displayName="Intestazione Programmazione Clinico Assistenziale"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;title&gt;Intestazione Programmazione Clinico Assistenziale&lt;/title&gt;</code>	1..1
<b>...Parte Narrativa ...</b>	1..1
<b>...Parte codificata</b>	1..1
<code>&lt;/section&gt;</code>	
<code>&lt;/component&gt;</code>	

### 2.5.11.2 Parte narrativa

La parte narrativa è costituita da una struttura `<text>` contenere una `<table>` nella quale sono riportate le esenzioni.

La struttura prevista è la seguente:

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;text&gt;</code>	1..1
<code>&lt;table&gt;</code>	1..1
<code>&lt;thead&gt;</code>	1..1
<code>&lt;tr&gt;</code>	1..1
<code>&lt;th&gt;Descrizione Programmazione&lt;/th&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/tr&gt;</code>	
<code>&lt;/thead&gt;</code>	
<code>&lt;tbody&gt;</code>	1..1
<code>&lt;tr&gt;</code>	1..1
<code>&lt;td&gt;@desc_programmazione@&lt;/td&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/tr&gt;</code>	
<code>&lt;/tbody&gt;</code>	
<code>&lt;/table&gt;</code>	
<code>&lt;/text&gt;</code>	

### 2.5.11.3 Parte codificata

Per codificare in formato machine-readable le informazioni contenute nella parte narrativa viene utilizzata una struttura CDA2<sup>11</sup> `<entry><observation>`. Il tag `<entry>` contiene un attributo `typeCode="DRIV"` che indica che il blocco narrativo è derivato dalle informazioni codificate a livello machine-readable.

Le informazioni sul singolo dato **devono** essere codificate nella struttura CDA2 `<entry><observation><entryRelationship>`. All'interno del tag `<entryRelationship>` è presente una struttura `<observation>` utilizzata per codificare una singola osservazione contenuta nella tabella definita nella parte narrativa.

Struttura CDA	Cardinalità
<code>&lt;entry typeCode="DRIV"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="DEF"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code nullFlavor="NA"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;entryRelationship typeCode="COMP"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;observation classCode="OBS" moodCode="EVN"&gt;</code>	1..1
<code>&lt;code code="1"</code> <code>codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.2.160.3.1.3.13.6.11" codeSystemName="SIST-FSE"</code> <code>displayName="Descrizione Programmazione"/&gt;</code>	1..1
<code>&lt;value xsi:type="ST"&gt;@desc_programmazione@&lt;/value&gt;</code>	1..1
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entryRelationship&gt;</code>	
<code>&lt;/observation&gt;</code>	
<code>&lt;/entry&gt;</code>	

Nella seguente tabella sono riportate le definizioni delle pseudo-variabili utilizzate:

Nome Variabile	Definizione	Dominio/Vincoli
<code>@desc_programmazione@</code>	Descrizione della programmazione	Testo: Contenuto narrativo della programmazione costruito automaticamente dal sistema informatico elencando tutte le

<sup>11</sup> Per struttura CDA2 si intende una alberatura di tag xml-CDA2 sintatticamente e formalmente corretta, validabile secondo lo schema di riferimento.





informazioni inserite nei campi strutturati. In fondo al documento viene automaticamente aggiunta la seguente frase standard, che indica l'avvenuta firma del Patto di Cura da parte dell'assistito, condizione necessaria per l'arruolamento: "Il medico firmatario dichiara di avere informato il cittadino in relazione ai contenuti del progetto di presa in carico, di avere raccolto il Patto di Cura da lui sottoscritto e di conservarlo presso la propria struttura"

### 3. Metadati Specifici

In questo capitolo sono riportati alcuni campi specifici del DCE in esame che sono stati promossi a metadati specifici necessari per gestire il DCE stesso a valle della sua archiviazione e pubblicazione.

La struttura prevista per la gestione degli attributi specifici nei messaggi SOAP dei servizi coinvolti è la seguente

```
<attributiSpecificiTemplate>
```

```
  <attributo>
```

```
    <nome>attributo1</nome>
```

```
    <valore>valore attributo 1</valore>
```

```
  </attributo>
```

```
  .....
```

```
  <attributo>
```

```
    <nome>attributo n</nome>
```

```
    <valore>valore attributo n</valore>
```

```
  </attributo>
```

```
</attributiSpecificiTemplate>
```

Di seguito sono descritti gli attributi specifici obbligatori o opzionali previsti per il DCE e i controlli che dovranno essere effettuati sul formato del singolo attributo specifico che i servizi di archiviazione e pubblicazione dovranno applicare in fase di archiviazione o pubblicazione di un DCE appartenente a tale modello (rif. Documento [5])

Template Attributi Specifici	Cardinalità
<attributiSpecificiPCP>	1..1
<attributo>	1..1
<name>dataInizioPianificazione</name>	1..1
<value>@dt_inizio_pianificazione@</value>	1..1
</attributo>	
<attributo>	0..1
<name>dataChiusuraPCP</name>	0..1



<value>@dataChiusuraPCP@</value>	0..1
</attributo>	
<attributo>	1..1
<name>dataFinePianificazione</name>	1..1
<value>@dt_fine_pianificazione@</value>	1..1
</attributo>	
<attributo>	
<name>motivazioneChiusura</name>	
<value>@motivazioneChiusura@</value>	
</attributo>	
<attributo>	0..1
<name>dataAggiornamentoPCP</name>	0..1
<value>@dataAggiornamentoPCP@</value>	0..1
</attributo>	
<attributo>	0..1
<name>uriPadre</name>	0..1
<value>@uriPadre@</value>	0..1
</attributo>	
<attributo>	1..1
<nome>contatorePCP</nome>	1..1
<valore>@contatorePCP@</valore>	1..1
</attributo>	
<attributo>	1..1
<nome>ambitoDiCura</nome>	1..1
<valore>@ambitoDiCura@</valore>	1..1
</attributo>	

</attributiSpecificiPCP >

Nome Variabile	Definizione	Dominio/VIncoli
<b>dataInizioPianificazione</b>	Descrizione fissa	Descrizione Obbligatoria
<b>@dt_inizio_pianificazione@</b>	Data	Valore Obbligatorio  Deve essere espressa nel formato YYYYMMDD
<b>dataChiusuraPCP</b>	Descrizione fissa	Descrizione Obbligatoria
<b>@dataChiusuraPCP</b>	Data	Deve essere espressa nel formato YYYYMMDD
<b>dataFinePianificazione</b>	Descrizione fissa	Descrizione Obbligatoria
<b>@dt_fine_pianificazione@</b>	Data	Deve essere espressa nel formato YYYYMMDD
<b>dataAggiornamentoPCP</b>	Descrizione fissa	Descrizione Obbligatoria
<b>@dataAggiornamentoPCP@</b>	Data	Deve essere espressa nel formato YYYYMMDD
<b>motivazioneChiusura</b>	Descrizione fissa	Descrizione obbligatoria
<b>@motivazioneChiusura@</b>	Motivazione della chiusura della programmazione.	Testo. Valori codificati nel dominio SIST.
<b>uriPadre</b>	Descrizione fissa	Descrizione obbligatoria
<b>@uriPadre@</b>	URI	Uri del documento padre  Viene valorizzato in caso di sostituzione, aggiornamento e chiusura PCP
<b>contatorePCP</b>	Descrizione fissa	Descrizione obbligatoria
<b>@contatorePCP@</b>	Id interno del PCP	Da valorizzare con la concatenazione dei seguenti dati (separatore "."): <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;ID STRUTTURA&gt; E' il campo (o una serie di campi separati dal carattere ".") che identifica la struttura finale che assegna l'&lt;ID</li> </ul>

## OPERATORE&gt;.

- <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 del'ID (5 caratteri alfanumerici).

ambitodiCura	Descrizione Fissa	Descrizione obbligatoria
@ambitodicura@	Testo	Da valorizzare con il valore presente in credenziale operatore