

HL7 Italia

www.hl7italia.it

Implementation Guide
Clinical Document Architecture (CDA) Rel. 2

Referto di Radiologia (RAD)

(IT Realm)

Normativo

Versione 1.0

Giugno 2018

Questo documento¹

Titolo (dc:title):	CDA RAD HL7 Italia
Data (dc:date):	07/06/2018
Status/Versione (hl7italia:version):	v01.0 – Normativo
Sostituisce (dc:relation.replaces):	
Diritti di accesso (dc:right.accessRights)	Documento pubblico
Nome File (hl7it:fileName):	HL7IT-IG_CDA2_RAD-v1.0-S.docx
Approvato da (hl7it:isRatifiedBy):	Comitato Tecnico Strategico HL7 IT
Emesso da: (dc:publisher):	[HL7 Italia]

Partecipanti alla redazione:

	Nome	Organizzazione
Responsabile (hl7it:responsible):	Luca Augello	Lombardia Informatica
Autore (dc:creator):	Luca Augello	Lombardia Informatica
Contributore (dc:contributor):	Chiara Penello	Regione Lombardia
Contributore (dc:contributor):	Francesca Fecchio	Lombardia Informatica
Contributore (dc:contributor):	Luca Augello	Lombardia Informatica
Contributore (dc:contributor):	Luigi Pedduzza	Lombardia Informatica
Contributore (dc:contributor):	Lucia Brambilla	Lombardia Informatica
Contributore (dc:contributor):	Stefano Van Der Byl	AGID
Contributore (dc:contributor):	Marco Frassoni	APSS Trento
Contributore (dc:contributor):	Francesca Vanzo	Consorzio Arsenàl
Contributore (dc:contributor):	Roberta Borgo	CSI Piemonte
Contributore (dc:contributor):	Francesco Petruzza	CSI Piemonte
Contributore (dc:contributor):	Marco Barbieri	CSI Piemonte
Contributore (dc:contributor):	Marco Devanna	CUP2000
Contributore (dc:contributor):	Mara Zavalloni	CUP2000
Contributore (dc:contributor):	Stefano Terreni	INSIEL
Contributore (dc:contributor):	Claudio Cina	INVA
Contributore (dc:contributor):	Alessandra Bonelli	Laziocrea
Contributore (dc:contributor):	Roberto De Lorenzi	LiguriaDigitale
Contributore (dc:contributor):	Antonietta Cavallo	MEF

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

	Nome	Organizzazione
Contributore (dc:contributor):	Sara Guerrini	MEF
Contributore (dc:contributor):	Lidia Di Minco	Ministero della Salute
Contributore (dc:contributor):	Gandolfo Miserendino	Regione Emilia Romagna
Contributore (dc:contributor):	Emanuele Fabrizi	Regione Lazio
Contributore (dc:contributor):	Franca Tomassi	Regione Liguria
Contributore (dc:contributor):	Giancarlo Conti	Regione Marche
Contributore (dc:contributor):	Herbert Sarri	Regione Piemonte
Contributore (dc:contributor):	Alessandra Morelli	Regione Toscana
Contributore (dc:contributor):	Cecilia Chiarugi	Regione Toscana
Contributore (dc:contributor):	Milena Solfiti	Regione Umbria
Contributore (dc:contributor):	Stefano Fioraso	Regione Valle D'Aosta
Contributore (dc:contributor):	Giuseppe Zamegno	Regione Veneto
Contributore (dc:contributor):	Sergio Papiani	USL Centro Toscana

REGISTRO DELLE MODIFICHE

Versione	Stato	Data	Commenti
1.0	Ballot 01	12/01/2018	Prima emissione ballot
1.0	Ballot 02	30/04/2018	Seconda emissione ballot
1.0	Finale	07/06/2018	Normativo



INDICE:

	1. INTRODUZIONE	7
	1.1. SCOPO DEL DOCUMENTO	7
	1.2. CONTESTO DI RIFERIMENTO	7
5	1.3. A CHI È INDIRIZZATO IL DOCUMENTO	7
	1.4. CONTRIBUTI	7
	1.5. RIFERIMENTI	8
	2. SPECIFICHE CDA2.....	9
	2.1. USO DEI TEMPLATE	9
10	2.2. CONVENZIONI.....	9
	2.2.1. Requisiti di conformità	9
	2.2.2. Convenzioni utilizzate	9
	2.2.3. Esempi xml	10
	2.2.4. OID di test	11
15	2.3. HEADER CDA DEL DOCUMENTO DI RAD	11
	2.4. ROOT DEL DOCUMENTO: <CLINICALDOCUMENT>	11
	2.5. DOMINIO: <REALMCODE>	11
	2.6. IDENTIFICATIVO CDA2: <TYPEID>	12
	2.7. IDENTIFICATIVO DEL TEMPLATE HL7: <TEMPLATEID>	12
20	2.8. IDENTIFICATIVO DEL DOCUMENTO: <ID>.....	13
	2.9. CODICE DEL DOCUMENTO: <CODE>	14
	2.10. DATA DI CREAZIONE DEL DOCUMENTO: <EFFECTIVETIME>.....	16
	2.11. RISERVATEZZA DEL DOCUMENTO: <CONFIDENTIALITYCODE>.....	16
	2.12. LINGUA E DOMINIO: <LANGUAGECODE>	17
25	2.13. VERSIONE DEL DOCUMENTO: <SETID> E <VERSIONNUMBER>	18
	2.14. PAZIENTE DEL DOCUMENTO: <RECORDTARGET>.....	21
	2.14.1. Paziente soggetto del Referto: <patientRole>.....	22
	2.14.2. <patient>	27



	2.14.3.	<addr>.....	28
30	2.14.4.	<telecom>	29
	2.15.	AUTORE DEL DOCUMENTO: <AUTHOR>.....	32
	2.16.	TRASCrittORE DEL DOCUMENTO: <DATAENTERER>.....	33
	2.17.	CONSERVAZIONE DEL DOCUMENTO: <CUSTODIAN>	35
	2.17.1.	Organismo Custode	35
35	2.18.	FIRMATARIO DEL DOCUMENTO: <LEGALAUTHENTICATOR>	37
	2.19.	SOGGETTI PARTECIPANTI: <PARTICIPANT>	38
	2.19.1.	Tecnico di Radiologia.....	39
	2.19.2.	Medico Prescrittore	40
	2.20.	RICHIESTE E ORDINI: <INFULFILLMENTOF>.....	41
40	2.20.1.	Esempio di implementazione: Accession Number	41
	2.20.2.	Esempio di implementazione: Identificativo della prescrizione	42
	2.21.	IDENTIFICATIVI DEL DOCUMENTO: <DOCUMENTATIONOF>	43
	2.22.	VERSIONAMENTO E TRASFORMAZIONE DEL DOCUMENTO: <RELATEDDOCUMENT>	44
	2.23.	INCONTRO DI RIFERIMENTO: <COMPONENTOF>.....	45
45	2.23.1.	Tipologia della provenienza: <encompassingEncounter>/<code>.....	46
	2.23.2.	Identificativo dell'incontro.....	46
	2.23.3.	Azienda Sanitaria, presidio, struttura erogante e unità operativa: <healthCareFacility>	47
	3.	BODY CDA DEL DOCUMENTO RAD	51
50	3.1.	SEZIONE DICOM OBJECT CATALOG	54
	3.1.1.	Identificativo della tipologia della sezione: <code>	54
	3.1.2.	Titolo della sezione: <title>.....	55
	3.1.3.	Dettaglio di sezione: <entry>/<act>	55
	3.2.	SEZIONE QUESITO DIAGNOSTICO:	57
55	3.2.1.	Identificativo della tipologia della sezione: <code>	57
	3.2.2.	Titolo della sezione: <title>.....	57
	3.2.3.	Blocco narrativo: <text>	58
	3.2.4.	Dettaglio di sezione: <entry>.....	58
	3.3.	SEZIONE STORIA CLINICA	60
60	3.3.1.	Identificativo della tipologia della sezione: <code>	60
	3.3.2.	Titolo della sezione: <title>.....	61
	3.3.3.	Blocco narrativo: <text>	61

	3.3.4. Sezione Allergie	61
	3.4. SEZIONE PRECEDENTI ESAMI ESEGUITI	63
65	3.4.1. Identificativo della tipologia della sezione: <code>	63
	3.4.2. Titolo della sezione: <title>	64
	3.4.3. Blocco narrativo: <text>	64
	3.4.4. Dettaglio di sezione: <entry>	65
	3.5. SEZIONE ESAME ESEGUITO	68
70	3.5.1. Identificativo della tipologia della sezione: <code>	68
	3.5.2. Titolo della sezione: <title>	69
	3.5.3. Blocco narrativo: <text>	69
	3.5.4. Dettaglio di sezione: <entry>	69
	3.6. SEZIONE REFERTO	71
75	3.6.1. Identificativo della tipologia della sezione: <code>	71
	3.6.2. Titolo della sezione: <title>	72
	3.6.3. Blocco narrativo: <text>	72
	3.7. SEZIONE CONCLUSIONI	73
	3.7.1. Identificativo della tipologia della sezione: <code>	73
80	3.7.2. Titolo della sezione: <title>	73
	3.7.3. Blocco narrativo: <text>	74
	3.8. SEZIONE INFORMAZIONI AGGIUNTIVE	74
	3.8.1. Identificativo della tipologia della sezione: <code>	74
	3.8.2. Titolo della sezione: <title>	75
85	3.8.3. Blocco narrativo: <text>	75
	3.9. SEZIONE COMPLICANZE	76
	3.9.1. Identificativo della tipologia della sezione: <code>	76
	3.9.2. Titolo della sezione: <title>	77
	3.9.3. Blocco narrativo: <text>	77
90	3.10. SEZIONE SUGGERIMENTI PER IL MEDICO PRESCRITTORE	77
	3.10.1. Identificativo della tipologia della sezione: <code>	78
	3.10.2. Titolo della sezione: <title>	78
	3.10.3. Blocco narrativo: <text>	78

1. INTRODUZIONE

95 1.1. Scopo del Documento

L'obiettivo del presente documento è definire, secondo lo standard HL7 CDA Rel 2.0, una guida all'implementazione per il CDA per i Referti di Radiologia che sia valida nel contesto Italiano.

1.2. Contesto di Riferimento

100 Il documento in oggetto è la localizzazione Italiana delle specifiche per
l'implementazione del documento clinico Referti di Radiologia secondo lo
standard HL7 v.3, CDA Rel. 2. Tale documento intende fornire un supporto alla
creazione di un Header e di un Body CDA strutturato per la tipologia di
105 documento clinico in oggetto al fine di facilitare lo scambio di informazioni fra i
vari attori che concorrono ai percorsi di cura dei pazienti.

Il Referto di Radiologia è un documento che riassume i risultati di tutte le indagini
afferenti alla specialità radiologica, attestando quanto effettuato per
l'inquadramento diagnostico e terapeutico.

110 Il Referto di Radiologia può essere indirizzato sia allo Specialista sia al Medico di
Medicina Generale. Può essere richiesto come accertamento diagnostico per un
paziente non ricoverato, ma anche come consulenza interna tra specialisti.

1.3. A chi è indirizzato il documento

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

115 I destinatari del documento sono gli analisti e gli sviluppatori con pieno possesso
della terminologia e metodologia dello standard HL7 V3 ed in particolare del
contenuto della specifica internazionale "HL7 Clinical Document Architecture,
Release 2.0" (vedi Rif. 1 Rif. 8).

1.4. Contributi

120 Al fine di accelerare il processo di predisposizione delle piattaforme FSE regionali,
nel dicembre 2013 è stato istituito un Tavolo Tecnico, coordinato dall'AgID e dal
Ministero della salute, nel quale sono stati coinvolti attivamente i rappresentanti
delle regioni, del Ministero dell'economia e delle finanze, il CNR e il CISIS, per
125 analizzare gli aspetti tecnici, normativi e procedurali e disegnare gli scenari di
riferimento nella progettazione dell'intervento.

Al fine di avviare l'interoperabilità dei Fascicoli Sanitari Elettronici, il Tavolo Tecnico
ha dato mandato ad alcune regioni di coordinare nove gruppi di lavoro per la
definizione dei contenuti informativi e delle specifiche CDA2 dei documenti ritenuti
strategici all'interoperabilità dei Fascicoli Sanitari Elettronici tra le regioni.

130 Il documento Referto di Radiologia rientra tra i documenti clinici oggetto del lavoro del Gruppo 1.

Prima di questo lavoro, per questo tipo di referti a livello di Realm Italiano non erano state definite specifiche CDA, pertanto il lavoro che ha portato allo sviluppo di quanto riportato nei seguenti paragrafi è stato consistente ed ha richiesto una
135 attenta analisi del contesto.

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

1.5. Riferimenti

- 140 Rif. 1. HL7 Clinical Document Architecture, Release 2- 4/21/2005.
Rif. 2. HL7 Version 3 Publishing Facilitator's Guide.
Rif. 3. HL7 OID, <http://www.hl7.org/oid/index.cfm>.
Rif. 4. HL7 Version 3 Standard: XML Implementation Technology Specification - Data Types, R1 4/8/2004.
- 145 Rif. 5. Identificazione OID HL7 Italia, Versione 2.0, 26/05/2009.
Rif. 6. Dominio AMPRPA Person Topic: Specifica di Localizzazione Italiana V 1.0.
Rif. 7. Dominio AMPRPA Patient Topic: Specifica di Localizzazione Italiana V 1.0.
Rif. 8. Linee Guida per la Localizzazione HL7 Header CDA Rel. 2 (IT Realm) V. 1.0.
Rif. 9. HL7 Standard for CDA® Release 2: Imaging Integration; Basic Imaging
150 Reports in CDA and DICOM, Release 1, March 2009
Rif. 10. DPCM-FSE Regolamento in materia di FSE DPCM 29.09.2015 n. 178" GU n.263 del 11/11/2015
Rif. 11. DPCM 29 settembre 2015 n. 178
Rif. 12. Legge di stabilità 2017 (del 11 dicembre 2016 n. 232)
- 155 Rif. 13. Nota Garante 21 febbraio 2017
Rif. 14. Link ambiente di lavoro HL7 italia

2.SPECIFICHE CDA2

160 2.1. Uso dei template

I template definiscono una serie di vincoli da applicarsi al modello standard del CDA; i template possono essere definiti a livelli diversi: a livello di documento, di section, od di clinical statement ed entry.

165 Ogni template deve essere identificato da un Instance Identifier (templated). Tipicamente il templated è un OID, che può avere o non una *extension* che ne definisce la versione..

L'assegnazione di un identificativo unico al template fornisce un meccanismo semplice per asserire la conformità di una implementazione all'insieme di vincoli definiti dal template stesso.

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

175 2.2. Convenzioni

2.2.1. Requisiti di conformità

I requisiti di conformità presenti in questa guida sono espressi come segue.

CONF-RAD-NNN: Requisito di conformità numero NNN

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

2.2.2. Convenzioni utilizzate

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

In particolare:

190 • **DEVE, OBBLIGATORIO, NECESSARIO (MUST, REQUIRED, SHALL)** significano che la definizione è un requisito assoluto, la specifica deve essere implementata, la consegna è inderogabile.

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

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

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

Per ciò che concerne i vincoli sui vocabolari il formalismo adottato è basato sulle ultime raccomandazioni del HL7 Vocabulary Committee. I vincoli sui Value set possono essere "STATIC," che significa che sono vincolati ad una specifica
210 versione del value set, o "DYNAMIC," che significa che sono vincolati alla più recente versione del value set. Si usa un formalismo semplificato quando il binding è riferito ad un singolo codice.

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

In linea generale, per tutto quanto non espressamente specificato nella guida,
220 sarà sempre possibile far riferimento ai documenti più generali come "HL7 Clinical Document Architecture, Release 2- 4/21/2005." e Linee Guida per la Localizzazione HL7 Header CDA Rel. 2 (IT Realm) V. 1.0.

2.2.3. Esempi xml

225 Gli esempi xml saranno riportati nel documento in `Consolas font 9`. Alcune porzioni degli xml di esempio potranno essere omesse per semplicità, in tal caso si utilizzerà la notazione seguente:

```
230 1. <ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3">  
2. ...  
3. </ClinicalDocument>
```

Nel testo, elementi di strutture XML sono formattati nello stesso stile (ad es.: `<typeId>`) usato per il testo nella box per le strutture XML.

Per quanto riguarda la descrizione del valore degli attributi degli elementi, è

235 utilizzata la notazione **[.]** o la notazione **[MNEMONIC]**, per indicare valori o parti di valori che sono variabili dipendenti dal contesto di utilizzo o generazione, ad esempio i riferimenti ad un'anagrafe regionale **[ANAG.REG.OPT]** dipende dalla regione in cui il CDA viene generato, oppure riferimenti ad istanze del documento che contengono il codice fiscale di un medico o di un paziente **[CF. MEDICO]** o **[CF. PAZIENTE]**.

240 Ad esempio, di seguito **[ANAG.REG.OPT]** è utilizzato per indicare una porzione del codice **OID** assegnato ad una regione e che identifica l'anagrafica regionale degli operatori a cui il codice riportato nell'attributo *extension* si riferisce:

```
1. <id root="2.16.840.1.113883.2.9.[ANAG.REG.OPT]" extension="[CODICE REGIONALE]"/>
```

2.2.4. OID di test

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

2.3. Header CDA del documento di RAD

250 Nell'header del CDA sono riportate le informazioni gestionali del documento, quali ad esempio la data ed ora di emissione, il paziente a cui si riferisce e il medico autore.

2.4. Root del documento: <ClinicalDocument>

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

```
1. <ClinicalDocument xsi:schemaLocation="urn:h17-org:v3 CDA.xsd"
2. xmlns="urn:h17-org:v3"
3. xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
```

260 2.5. Dominio: <realmCode>

Elemento **OBBLIGATORIO** che indica il dominio di appartenenza del documento.

Più precisamente, indica l'esistenza di una serie di restrizioni applicate per il dominio ITALIANO allo standard HL7-CDA Rel. 2.0.

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

265 codice XML corrispondente:

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

CONF-RAD-1: Il documento **DEVE** contenere un elemento *realMCode* con valore dell'attributo *code* uguale a "IT".

2.6. Identificativo CDA2: <typeId>

270 È un elemento **OBBLIGATORIO** che indica che il documento è strutturato secondo le specifiche HL7-CDA Rel 2.0.

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

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

Esempio di utilizzo:

275 `1. <typeId root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="POCD_HD000040"/>`

CONF-RAD-2: La componente *root* dell'elemento <ClinicalDocument>/<typeId> **DEVE** assumere il valore costante **2.16.840.1.113883.1.3**.

280 **CONF-RAD-3:** La componente *extension* dell'elemento <ClinicalDocument>/<typeId> **DEVE** assumere il valore costante **POCD_HD000040**

2.7. Identificativo del template HL7: <templateId>

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

L'elemento <templateId> (di tipo HL7 Instance Identifier) è composto da un attributo *root* che riporta un codice OID, un attributo *extension* che riporta un codice specifico.

290 I template possono essere utilizzati per individuare, in relazione alla tipologia di documento espresso dall'elemento <code>, un insieme di restrizioni/linee guida da applicare all'intero documento o ad una specifica sezione dello stesso.

295 Nel caso specifico, dal momento che l'elemento <code> indica il codice relativo al documento di "Referto di Radiologia", l'elemento <templateId> identificherà la specifica versione del template che dovrebbe essere utilizzata dal *document*

consumer per la validazione del documento corrente.

L'elemento `<templateId>` può, in questo contesto, permettere la progressiva evoluzione dei modelli di documento CDA utilizzati.

300

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.10.1.7.1	Radice del template Referto di Radiologia nel contesto italiano.
extension	ST	Versione del Template.	Identificativo del template descritto nel presente documento.

Esempio di utilizzo:

```
<templateId root= "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.7.1" extension="1.0"/>
```

Cambiando la versione del *template* viene modificata la cifra dell'attributo *extension* e non dell'attributo *root*.

305

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

CONF-RAD-4: Il documento **DEVE** contenere almeno un elemento `templateId` con valore dell'attributo *root* valorizzato con "2.16.840.1.113883.2.9.10.1.7.1".

310

2.8. Identificativo del documento: `<id>`

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

L'identificativo del documento non è il numero del referto di radiologia.

315

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

320

Ogni singola istanza di documento CDA **DEVE** essere dotata di un IDENTIFICATIVO UNIVERSALMENTE UNIVOCO, che andrà specificato nell'elemento `<id>` del documento.

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

325

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID DOMINIO IDENTIFICAZIONE DOCUMENTI]	Identificativo univoco del dominio di identificazione. Tale OID – riconosciuto pubblicamente – è usato per garantire l'univocità dell'identificativo a livello globale.
extension	ST	[IUD]	Identificativo dell'istanza CDA del documento. Tale identificativo è unico all'interno del dominio di identificazione. È tipicamente originato dal sistema che genera il documento, secondo regole condivise all'interno dello spazio di identificazione, in maniera tale da assicurare l'univocità di tale attributo all'interno del medesimo dominio.
assigningAuthorityName	ST	[NOME AUTORITA' DI COMPETENZA]	Nome dell'organizzazione responsabile per il dominio di identificazione dei documenti.

Esempio di utilizzo:

```

330 1. <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.30967"
2. extension="HMS.RAD.20171018.123456"
3. assigningAuthorityName="A.O. OSP.NIGUARDA CA'GRANDA - MILANO"/>
  
```

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

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

340 **CONF-RAD-7:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<id>` **DOVREBBE** riportare l'attributo `assigningAuthorityName` valorizzato con il nome dell'organizzazione responsabile per il dominio di identificazione dei documenti.

2.9. Codice del documento: `<code>`

345 Elemento **OBBLIGATORIO** che indica la tipologia di documento.

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

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

Nel seguito si farà esplicito riferimento al sistema di codifica LOINC. In particolare, si dovrà utilizzare il codice LOINC "68604-8 – Referto Radiologico" per identificare il documento clinico strutturato Referto di Radiologia (RAD).

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del sistema di codifica dei codici di documento LOINC.
code	CS	"68604-8"	Codice relativo alla tipologia di documento trattata (Referto di Radiologia).
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario.
codeSystemVersion	ST	[Versione Loinc]	Versione del vocabolario.
displayName	ST	" Referto Radiologico "	Nome o titolo descrittivo del codice con cui è visualizzato dal sistema all'utente.

Esempio di utilizzo:

```

355 1. <code code="68604-8"
      2. codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      3. codeSystemName="LOINC"
      4. codeSystemVersion="2.19"
      5. displayName="Referto Radiologico"/>
  
```

360

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

CONF-RAD-9: L'elemento `<ClinicalDocument>/<code>` **DEVE** riportare l'attributo **code** valorizzato con "68604-8"

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

CONF-RAD-11: L'elemento `<ClinicalDocument>/<code>` **DEVE** riportare l'attributo `codeSystemName` valorizzato con "**LOINC**".

370 **CONF-RAD-12:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<code>` **DOVREBBE** riportare l'attributo `codeSystemVersion` valorizzato con la versione di LOINC usata.

CONF-RAD-13: L'elemento `<ClinicalDocument>/<code>` **DEVE** riportare l'attributo `displayName` valorizzato rispettivamente con "Referto Radiologico".

2.10. Data di creazione del documento: *<effectiveTime>*

375 Elemento **OBBLIGATORIO** che indica la data di creazione del documento CDA. L'elemento *<effectiveTime>* rappresenta un istante temporale (datatype Time Stamp (TS)). Nel caso del Referto di Radiologia, l'elemento **DEVE** essere valorizzato tramite un tipo Time Stamp (TS) come presentato di seguito:

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

Esempio di utilizzo:

380 | 1. `<effectiveTime value="20050729183023+0100"/>`

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

CONF-RAD-15: L'elemento *<ClinicalDocument>/<effectiveTime>* **DEVE** riportare l'attributo *value* valorizzato nel formato [YYYYMMDDHHMMSS+ | -ZZZZ] ed una lunghezza uguale a **19**.

385

2.11. Riservatezza del documento: *<confidentialityCode>*

Elemento **OBBLIGATORIO** che specifica il livello di riservatezza del documento.

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

Codice	Definizione
N (normal)	Regole normali di confidenzialità (secondo le buone e corrette pratiche mediche). Ad esempio: Il paziente o suoi tutori/delegati possono sempre accedere al documento, o solo gli operatori autorizzati per scopi medici o sanitari, all'interno di un mandato assistenziale o di un consenso specifico, possono accedere al documento.

Codice	Definizione
R (restricted)	Accesso ristretto soltanto al personale medico o sanitario che ha un mandato di cura attivo in relazione al documento (es. un referto di una indagine richiesta per un percorso diagnostico può essere visualizzato dal medico richiedente o curante)
V (very restricted)	Accesso molto ristretto, come dichiarato dal Referente Privacy dell'erogatore del servizio sanitario. Questa voce è in corso di definizione, si può interpretare come accessibile solo al paziente e suoi tutori/delegati e dal medico autore del referto.

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

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

Esempio di utilizzo:

395

```

1. <confidentialityCode code="N"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25"
3.   codeSystemName="Confidentiality"/>
  
```

400

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

CONF-RAD-17: L'elemento `<ClinicalDocument>/<confidentialityCode>` **DEVE** riportare l'attributo `code` valorizzato con uno dei valori "N" or "R" or "V", l'attributo `codeSystem` valorizzato con "2.16.840.1.113883.5.25", l'attributo `codeSystemName` valorizzato con "**Confidentiality**".

405

2.12. Lingua e dominio: `<LanguageCode>`

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

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

410

Nel caso del Referto di Radiologia, l'elemento **DEVE** essere così valorizzato:

Composizione di `<languageCode>`:

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

Esempio di utilizzo:

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

415

CONF-RAD-18: Il documento **DEVE** contenere uno e non più di un elemento `<ClinicalDocument>/<LanguageCode>`.

CONF-RAD-19: L'elemento `<ClinicalDocument>/<LanguageCode>` **DEVE** riportare l'attributo `code` valorizzato con "it-IT".

2.13. Versione del documento: `<setId>` e `<versionNumber>`

420 Elementi **OBBLIGATORI**³ che consentono di gestire le revisioni del documento, o di suoi eventuali addendum integrativi.

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

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

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

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

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

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

³ `<setId>` e `<versionNumber>` sono, secondo lo standard CDA, elementi opzionali, o meglio, condizionalmente obbligatori.

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID DOMINIO IDENTIFICAZIONE DOCUMENTI]	Identificativo univoco del dominio di identificazione dei documenti. Tale identificativo - riconosciuto pubblicamente - garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale.
extension	ST	[IURD]	Identificativo dell'insieme di istanze che definiscono le diverse versioni di questo documento. Tale identificativo è unico all'interno del dominio di identificazione. È tipicamente originato dal sistema che genera il documento, secondo regole condivise all'interno dello spazio di identificazione, in maniera tale da assicurare l'univocità di tale attributo all'interno del medesimo dominio.
assigningAuthorityName	ST	[NOME AUTORITA' DI COMPETENZA]	Nome dell'organizzazione responsabile per il dominio di identificazione dei documenti.

<versionNumber> è composto dagli attributi seguenti:

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

Esempio di utilizzo:

445

```

1. <setId root="2.16.840.1.113883.2.9.2.99.4.4"
2.     extension="204.1234.20070327120000.DW322"
3.     assigningAuthorityName="[NOME STRUTTURA]"/>
4. <versionNumber value="1"/>
  
```

- 450 **CONF-RAD-20:** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento
<ClinicalDocument>/<setId>.
- CONF-RAD-21:** L'elemento <ClinicalDocument>/<setId> **DEVE** riportare:
- 455 a) l'attributo *root* valorizzato con un identificativo – riconosciuto pubblicamente – che garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale;
- b) l'attributo *extension* valorizzato con un identificativo unico all'interno del dominio di identificazione.
- CONF-RAD-22:** L'elemento <ClinicalDocument>/<setId> **DOVREBBE** riportare l'attributo *assigningAuthorityName* valorizzato con il nome dell'organizzazione responsabile per il dominio di identificazione dei documenti.
- 460 **CONF-RAD-23:** Se l'elemento <ClinicalDocument>/<relatedDocument> manca, l'elemento <ClinicalDocument>/<setId> **DEVE** riportare l'attributo *root* valorizzato come <ClinicalDocument>/<id>[@root], l'attributo *extension* valorizzato come <ClinicalDocument>/<id>[@extension], l'attributo *assigningAuthorityName* valorizzato come <ClinicalDocument>/<id>[@assigningAuthorityName].
- 465 **CONF-RAD-24:** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento <ClinicalDocument>/<versionNumber> valorizzato con un intero positivo a partire dal numero **1**. La progressione delle versioni incrementerà il numero di versione di 1 (sequenza delle versioni densa).
- 470

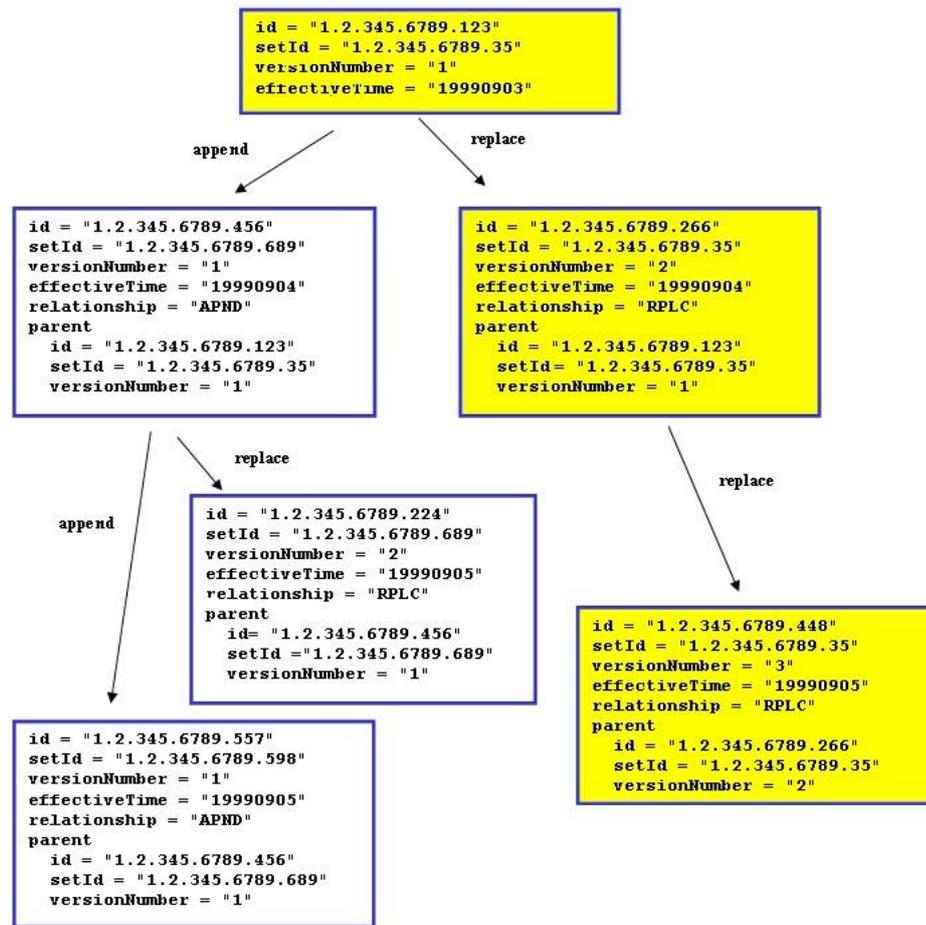


Figura 1: Schema di Versionamento del documento usando le funzioni Replace e Append

2.14. Paziente del documento: <recordTarget>

475 Elemento **OBLIGATORIO** che identifica il soggetto della prestazione, ovvero il paziente a cui il Referto si riferisce.

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

480 Per il Referto di Radiologia l'elemento deve pertanto essere strutturato come mostrato di seguito.

```

485 1. <recordTarget>
2.     <patientRole>
3.         <patient>
4.         ...
5.     </patient>
6. </patientRole>
7. </recordTarget>
  
```

490

CONF-RAD-25: Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento `<ClinicalDocument>/<recordTarget>`

2.14.1. Paziente soggetto del Referto: `<patientRole>`

495

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

CONF-RAD-26: `<ClinicalDocument>/<recordTarget>` **DEVE** contenere uno ed un solo elemento `patientRole`.

500

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

- Cittadino italiano o straniero residente (iscritto SSN);
- Soggetti assicurati da istituzioni estere;
- Europei Non Iscritti (ENI) al SSN;
- Stranieri Temporaneamente Presenti (STP).

505

2.14.1.1. Cittadino italiano o straniero residente (iscritto SSN)

510

`<patientRole>` **DEVE** riportare un elemento di tipo `<id>` contenente il Codice Fiscale (**OBBLIGATORIO**) e un ulteriore elemento `<id>` (**OBBLIGATORIO**) contenente il numero di identificazione dell'assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini (come indicato tra le premesse il null flavour è ammesso ove l'informazione non sia disponibile).

Primo `<id>`:

Codice Fiscale del paziente:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"	OID del Ministero dell'Economia e delle Finanze.
Extension	ST	[CODICE FISCALE]	Codice fiscale del paziente.
assigningAuthorityName	ST	"Ministero Economia e Finanze"	Ministero dell'Economia e delle Finanze.

515

Secondo `<id>`:

Numero di identificazione dell'assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini associate al referto.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID DELLO SPAZIO DI IDENTIFICAZIONE USATO NELL'AZIENZA CHE CUSTODISCE IL PACS]	OID dello spazio di identificazione usato nell'Azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini.
extension	ST	[NUMERO IDENTIFICATIVO PERSONALE]	Il numero di identificazione dell'assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini.
assigningAuthorityName	ST	[NOME DELLO SPAZIO DI IDENTIFICAZIONE USATO NELL'AZIENZA CUSTODE DEL PACS]	Nome dello spazio di identificazione usato nell'Azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini.

Esempio di utilizzo:

```

520 1. <recordTarget>
2.     <patientRole>
3.         <id     root="2.16.840.1.113883.2.9.2.4.3.2"
4.             extension="XYILNI99M22G999T"
5.             assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
6.
525 7.         <id     root="[OID DELLO SPAZIO DI IDENTIFICAZIONE USATO NELL'AZIENZA CHE
8.             CUSTODISCE CUSTODE DEL PACS]"
9.             extension="[NUMERO IDENTIFICATIVO PERSONALE]"
10.            assigningAuthorityName="[NOME DELLO SPAZIO DI IDENTIFICAZIONE USATO
530 11.            NELL'AZIENZA CUSTODE DEL PACS]"/>
12.         <patient>
13.             ...
14.         </patient>
15.     </patientRole>
16. </recordTarget>

```

2.14.1.2. Soggetti assicurati da istituzioni estere

<patientRole> **DEVE** riportare tre elementi di tipo <id> contenenti:

- Il numero di identificazione della Tessera TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia).
- Il numero di identificazione Personale TEAM;
- il numero di identificazione dell'assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini.

Primo <id>:

545 Numero della tessera TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia) per i soggetti assicurati da istituzioni estere.

Attributo	Tipo	Valore	Note
Root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.7"	HL7 OID numero di tessera TEAM estera.
Extension	ST	[STATO ESTERO] + "." + [NUMERO SERIALE]	Sigla di identificazione dello stato che rilascia la tessera secondo il codice ISO 3166-1 a 3 caratteri (ad es. FRA) + "." + numero seriale carta.
assigningAuthorityName	ST	[ISTITUZIONE ESTERA]	Nome Ente che gestisce gli identificativi.

Secondo <id>:

Numero di Identificazione Personale TEAM per i soggetti assicurati da istituzioni estere.

Attributo	Tipo	Valore	Note
Root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.3"	HL7 OID per l'identificazione personale TEAM per gli Stati esteri
Extension	ST	[STATO ESTERO] + "." + [NUMERO IDENTIFICAZIONE PERSONALE]	Sigla di identificazione dello Stato che rilascia la tessera secondo il codice ISO 3166-1 a 3 caratteri (ad es. "FRA") + "." + numero di identificazione personale.
assigningAuthorityName	ST	[ISTITUZIONE ESTERA]	Nome dell'Ente che gestisce gli identificativi.

Terzo <id>:

550 Numero di identificazione dell'assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini associate al referto.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID DELL'AZIENDA CUSTODE DEL PACS]	OID dell'azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini.
extension	ST	[NUMERO PERSONALE IDENTIFICATIVO]	Il numero di identificazione dell'assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
assigningAuthorityName	ST	[NOME AZIENDA CUSTODE DEL PACS]	Nome dell'azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini.

Esempio di utilizzo:

```

555 1. <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.7"
2. extension="NLD.096074309.8052807007000000001"
3. assigningAuthorityName="AGIS-7007"/>
4.
560 5. <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.3"
6. extension="NLD.4637465980125364"
7. assigningAuthorityName="AGIS-7007"/>
8.
9. <id root="[OID DELL'AZIENDA CUSTODE DEL PACS]"
10. extension="[NUMERO IDENTIFICATIVO PERSONALE]"
11. assigningAuthorityName="[NOME AZIENDA CUSTODE DEL PACS]"/>
  
```

565 2.14.1.3. Europei Non Iscritti (ENI) al SSN

I cittadini comunitari privi dei requisiti per l'iscrizione al SSN e non in possesso di TEAM o titolo equipollente accedono alle prestazioni sanitarie indifferibili ed urgenti. L'identificazione del paziente avviene attraverso un codice ENI (Europeo Non Iscritto) assegnato dalla ASL, della lunghezza di 16 caratteri e da trascriversi nell'attributo *extension*.

<patientRole> **DEVE** riportare un elemento di tipo <id> contenente il codice identificativo ENI (**OBBLIGATORIO**) e un ulteriore elemento <id> (**OBBLIGATORIO**) contenente il numero di identificazione dell'assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini.

575 **Primo <id>**:

Codice identificativo ENI.

Attributo	Tipo	Valore	Note
root	OID	[OID ROOT ENI REGIONALI]	OID dello schema di identificazione regionale delle persone. Il codice ENI può essere assegnato dalla ASL.
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO ENI ASSEGNATO]	Valore cifrato secondo le specifiche MEF. Codice ENI di 16 caratteri assegnato al cittadino europeo non iscritto al SSN e non provvisto di TEAM. DEVE iniziare con la stringa "ENI".
assigningAuthorityName	ST	[NOME_REGIONE/ASL]	Nome Regione, Nome ASL.

Secondo <id>:

Numero di identificazione nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini associate al referto.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID DELL'AZIENDA CUSTODE DEL PACS]	OID dell'azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini.
extension	ST	[NUMERO IDENTIFICATIVO PERSONALE]	Il numero di identificazione dell'assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini.
assigningAuthorityName	ST	[NOME AZIENDA CUSTODE DEL PACS]	Nome dell'azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini.

580 Esempio di utilizzo:

```

1. <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.170105.4.1"
2. extension="ENI5412369875149"
3. assigningAuthorityName="ASL 3 Genovese"/>
4.
585 5. <id root="[OID DELL'AZIENDA CUSTODE DEL PACS]"
6. extension="[NUMERO IDENTIFICATIVO PERSONALE]"
7. assigningAuthorityName="[NOME AZIENDA CUSTODE DEL PACS]"/>

```

2.14.1.4. Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)

590 <patientRole> **DEVE** riportare un elemento di tipo <id> contenente il codice identificativo STP (**OBBLIGATORIO**) e un ulteriore elemento <id> (**OBBLIGATORIO**) contenente il numero di identificazione dell'assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini.

595 Primo <id>:

Codice identificativo STP.

Attributo	Tipo	Valore	Note
Root	OID	[OID ROOT STP REGIONALI]	OID dello schema di identificazione regionale delle persone.
Extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO STP ASSEGNATO]	Codice STP di 16 caratteri assegnato allo straniero temporaneamente presente. DEVE iniziare con la stringa "STP". Il codice STP può essere assegnato anche dalla ASL.

Attributo	Tipo	Valore	Note
assigningAuthorityName	ST	[NOME_REGIONE/ASL]	Nome Regione, Nome ASL.

Secondo <id>:

Numero di identificazione nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini associate al referto.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID DELL'AZIENDA CUSTODE DEL PACS]	OID dell'azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini.
extension	ST	[NUMERO IDENTIFICATIVO PERSONALE]	Il numero di identificazione dell'assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini.
assigningAuthorityName	ST	[NOME AZIENDA CUSTODE DEL PACS]	Nome dell'azienda che custodisce il PACS nel quale sono contenute le immagini.

600 Esempio di utilizzo:

```

1. <id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.170105.4.1"
2.   extension="STP1701051234567"
3.   assigningAuthorityName="ASL 3 Genovese"/>
4.
605 5. <id root="[OID DELL'AZIENDA CUSTODE DEL PACS]"
6.   extension="[NUMERO IDENTIFICATIVO PERSONALE]"
7.   assigningAuthorityName="[NOME AZIENDA CUSTODE DEL PACS]"/>

```

2.14.2. <patient>

610 L'elemento <patient> contiene i dettagli anagrafici relativi al paziente.

Riporta alcuni sotto-elementi **OBBLIGATORI** con l'indicazione dei dati anagrafici, eventualmente valorizzati con un NullFlavor, quali:

- il nominativo del paziente, attraverso l'elemento <name> (ed i sotto-elementi <family> e <given>),
- il sesso, attraverso l'elemento <administrativeGenderCode>, e
- la data di nascita in <birthTime>.

615 È inoltre **FACOLTATIVO** inserire il luogo di nascita (comune) nell'elemento <birthplace>/<addr>/<city> .

Esempio di utilizzo:

```

620 1. <recordTarget>
        <patientRole>
9.     <id      root="2.16.840.1.113883.2.9.2.90.4.1"
10.         extension="STP.12383741345"
11.         assigningAuthorityName="Regione Lombardia"/>
625 6.     <id      root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
7.         extension="XYILNI99M22G999T"
8.         assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
9.     <patient>
10.        <name>
11.            <family>Guido</family>
12.            <given>Rossi</given>
13.        </name>
14.        <administrativeGenderCode code="M"
15.            codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"/>
635 16.        <birthTime value="20080329"/>
17.        <birthplace>
18.            <place>
19.                <addr>
20.                    <city>Cirie'</city>
21.                    <censusTract>001086</censusTract>
640 22.                </addr>
23.            </place>
24.        </birthplace>
25.    </patient>
645 26. </patientRole>
27. </recordTarget>
  
```

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

Per ulteriori dettagli sui dati anagrafici fare riferimento alla specifica di HL7 Italia sull'Header, "Person Topic".

2.14.3. <addr>

L'elemento `<addr>`, OPZIONALE, è utilizzato per codificare l'indirizzo del Paziente. Possono esistere più occorrenze dell'elemento per specificare i dati di residenza ed i dati di domicilio.

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

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

Di seguito esempi di utilizzo dell'elemento `<addr>`:

1. specifica di entrambi gli indirizzi:

```

665 1. <patientRole classCode="PAT">
2.   <id ... />
3.   <addr use="H">
4.     ...
5.   </addr>
6.   <addr use="HP">
670 7.     ...
8.   </addr>
9.   ...
10. </patientRole>
  
```

2. specifica del solo indirizzo di domicilio:

```

675 1. <patientRole classCode="PAT">
2.   <id ... />
3.   <addr use="H">
680 4.     ...
5.   </addr>
6.   ...
7. </patientRole>
  
```

La struttura dell'elemento `<addr>` può prevedere:

- 685 • un elemento `<country>` identifica il codice ISO dello stato di residenza o domicilio;
- un elemento `<county>` identifica la sigla della provincia di residenza o domicilio.
- 690 • un elemento `<city>` identifica la descrizione del comune di residenza o domicilio;
- un elemento `<censusTract>` identifica il codice ISTAT del comune di residenza o domicilio;
- un elemento `<postalCode>` identifica il CAP di residenza o domicilio;
- un elemento `<streetAddressLine>` identifica l'indirizzo di residenza o domicilio;

695 **2.14.4. <telecom>**

L'elemento `<telecom>`, OPZIONALE, è utilizzato per codificare un numero telefonico (fisso e/o mobile) e/o un indirizzo di posta elettronica (E-mail e/o PEC).

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

- 700 In modo analogo all'elemento `addr`, i numeri di telefono, codificati con l'elemento `<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
use	<ul style="list-style-type: none"> • HP Telefono Casa • WP Telefono Ufficio • MC Cellulare 	Viene usato per specificare il tipo di recapito.
value	<ul style="list-style-type: none"> • Universal Resource Locator URL 	Testo. DEVE essere specificato almeno un URL (ad esempio " tel: " oppure " mailto: ")

705 Esempio:

```

1. <telecom use="HP" value="tel:+1-999-999-9999"/>
2. <telecom use="WP" value="tel:+1-888-888-8888"/>
3. <telecom use="MC" value="tel:+1-777-777-7777"/>
4. <telecom value="mailto:user@hostname"/>

```

710

CONF-RAD-27: `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>` **DEVE** contenere un elemento *patient* con valorizzato almeno due elementi `<id>` per l'identificazione del paziente, di cui uno contenente il numero di identificazione dell'assistito nel sistema PACS in cui sono custodite le immagini.

715

CONF-RAD-28: **SE** il paziente soggetto del referto è un "Cittadino Italiano o Straniero Residente", iscritto quindi al SSN, l'elemento `<id>` per l'identificazione **DEVE** contenere il Codice Fiscale dell'assistito (`@extension`) rilasciato dal "Ministero Economia e Finanza" (`@root = "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"`)

720

CONF-RAD-29: **SE** il paziente soggetto del referto è un "Soggetto assicurato da un'istituzione estera", gli elementi `<id>` per l'identificazione **DEVONO** contenere il numero di identificazione della Tessera TEAM e il numero di identificazione Personale TEAM.

725

CONF-RAD-30: **SE** il paziente soggetto del referto è un "Europeo Non Iscritto al SSN", l'elemento `<id>` per l'identificazione **DEVE** contenere il codice identificativo ENI

730

CONF-RAD-31: **SE** il paziente soggetto del referto è uno "Straniero Temporaneamente Presente", l'elemento `<id>` per l'identificazione **DEVE** contenere il codice identificativo STP

735

CONF-RAD-32: `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>` **DEVE** contenere un elemento *name*.

CONF-RAD-33: **SE** l'elemento `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<name>` non è valorizzato con **nullFlavor**, **ALLORA** gli elementi *family* e *given* **DEVONO** essere presenti.

- 740 **CONF-RAD-34: SE** `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<name>` ha un attributo **nullFlavor**, **ALLORA** gli elementi *family* e *given* **NON DEVONO** essere presenti. l'elemento
- CONF-RAD-35: SE** `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<birthPlace>` **DEVE** contenere un elemento *place*. presente, l'elemento
- 745 **CONF-RAD-36:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<birthPlace>/<place>` **PUO'** contenere un elemento *addr*.
- 750 **CONF-RAD-37: SE** il paziente è nato in italia **ED** è presente l'elemento `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<birthPlace>` (luogo di nascita) **ALLORA** tale elemento **DEVE** includere l'elemento *censusTrac*, per il codice del comune di nascita, **O** l'elemento *city*, per il nome del comune di nascita.
- 755 **CONF-RAD-38: SE** il paziente è nato all'estero **ED** è presente l'elemento `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<birthPlace>` (luogo di nascita) **ALLORA** tale elemento **DEVE** includere l'elemento *country*, codice nazione di nascita.
- 760 **CONF-RAD-39:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<birthPlace>/<place>/<addr>/<censusTract>`, SE presente, **DEVE** riportare il codice **ISTAT** del comune valido nella data di nascita (rif. <http://www.istat.it/strumenti/definizioni/>).
- 765 **CONF-RAD-40: SE** `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<birthPlace>/<place>/<addr>/<country>` **DEVE** essere valorizzato con il codice della nazione di nascita, in base alla codifica per le nazioni ISO-3166-1 a 2 caratteri oppure a 3 caratteri ove la codifica a 2 caratteri non è applicabile. presente, l'elemento
- 770 **CONF-RAD-41:** l'elemento `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>` **DEVE** contenere un elemento `<administrativeGenderCode>` che riporta un attributo `@code` valorizzato con "M" or "F", "UN" e `@codeSystem` valorizzato a "2.16.840.1.113883.5.1"
- 775 **CONF-RAD-42:** `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>/<patient>/<birthTime>` **DEVE** essere valorizzato con la data di nascita del paziente, valorizzata al minimo come **YYYYMMDD**
- CONF-RAD-43:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>` **PUO'** contenere l'elemento *addr* per riportare l'indirizzo del paziente.
- CONF-RAD-44:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<recordTarget>/<patientRole>` **PUO'** contenere l'elemento *telecom* per riportare il recapito del paziente.

780 2.15. Autore del documento: <author>

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

Nel caso del Referto di Radiologia almeno un autore è rappresentato dal Medico Refertante responsabile del documento, coincidente generalmente anche con il Firmatario del documento: <legalAuthenticator>. In tal senso la valorizzazione di
 785 altri autori che hanno contribuito a redigere il documento oltre al firmatario è da considerarsi facoltativa.

L'elemento **DEVE** essere identificato da un elemento <id>, contenente il codice fiscale dell'autore.

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

La sezione **DEVE** contenere un elemento <assignedPerson>/<name> che riporti i dati
 795 relativi al nome e al cognome del soggetto in esame all'interno delle sezioni opportune. Inoltre, può **OPZIONALMENTE** contenere sezioni dedicate alla memorizzazione di indirizzo, recapiti telefonici, ecc. (sezioni <addr>, <telecom>, ...).

Composizione di <id>:

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

Composizione di <time>:

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

800 Esempio di utilizzo:

```

1. <author>
2.     <time value="20000407130000+0100"/>
3.     <assignedAuthor>
4.         <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
805         extension="PNCPLL99M22G999T"/>
6.         <assignedPerson>
7.             <name>
8.                 <given>Dr. Pinco</given>
9.                 <family>Palla</family>
810             </name>
11.         </assignedPerson>
12.     </assignedAuthor>
13. </author>
  
```

815 **CONF-RAD-45:** Il documento **DEVE** contenere un elemento `<ClinicalDocument>/<author>` avente le seguenti caratteristiche:

- a) `<ClinicalDocument>/<author>` **DEVE** contenere un elemento `<time>`.
- b) `<ClinicalDocument>/<author>` **DEVE** contenere un elemento `<assignedAuthor>`.
- 820 c) `<ClinicalDocument>/<author>/<assignedAuthor>` **DEVE** contenere almeno un elemento id.
- d) `<ClinicalDocument>/<author>/<assignedAuthor>` **DEVE** contenere un elemento id con valore dell'attributo `root` uguale a "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2".
- 825 e) L'attributo `extension` dell'elemento `<ClinicalDocument>/<author>/<assignedAuthor>/<id>` **DEVE** essere valorizzato con un codice fiscale e **DEVE** essere composto da una stringa lunga 16 caratteri.
- 830 f) `<ClinicalDocument>/<author>/<assignedAuthor>` **DEVE** contenere un elemento `<assignedPerson>/<name>`, tale elemento **DEVE** contenere gli elementi `given` e `family` valorizzati con nome e cognome dell'autore.

2.16. Trascrittore del documento: <dataEnterer>

835 Elemento OPZIONALE che identifica una persona coinvolta nel processo di elaborazione dati.

Se i dati registrati del Referto di Radiologia in formato elettronico vengono digitati da una persona diversa dell'autore è opportuno registrare questa informazione e occorre dunque indicare il trascrittore in questo campo.

840 Il trascrittore potrebbe essere una persona della struttura opportunamente formata e autorizzata al trattamento informatico dei dati, ad esempio un Medico Specializzando,

Il trascrittore **DEVE** essere identificato da un elemento `<id>`.

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

850 La sezione può OPZIONALMENTE contenere un elemento `<assignedPerson>/<name>` per riportare i dati relativi al nome del soggetto in esame all'interno delle sezioni opportune, così come sezioni dedicate alla memorizzazione di indirizzo, recapiti telefonici, ecc. (sezioni `<addr>`, `<telecom>`, ...).

Composizione `<id>`:

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

Composizione di `<time>`:

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

855 Esempio di utilizzo:

```

1. <dataEnterer>
2.   <time value="20140329173500+0100"/>
3.   <assignedEntity>
4.     <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="PNCPLL75B61Z100Z"/>
860   <assignedPerson>
6.     <name>
7.       <given>Pinco</given>
8.       <family>Palla</family>
865     <suffix>Segretaria</suffix>
10.    </name>
11.  </assignedPerson>
12. </assignedEntity>
13. </dataEnterer>
  
```

- 870 **CONF-RAD-46:** Il documento **PUO'** contenere un elemento
 <ClinicalDocument>/<dataEnterer>.
- CONF-RAD-47:** <ClinicalDocument>/<dataEnterer> **DEVE** contenere un
 elemento <time>.
- 875 **CONF-RAD-48:** <ClinicalDocument>/<dataEnterer> **DEVE** contenere un
 elemento <assignedEntity>.
- CONF-RAD-49:** <ClinicalDocument>/<dataEnterer>/<assignedEntity> **DEVE**
 contenere almeno uno elemento id.
- CONF-RAD-50:** <ClinicalDocument>/<dataEnterer>/<assignedEntity> **DEVE**
 contenere un elemento <id> con valore dell'attributo *root* uguale a
 880 "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2".
- CONF-RAD-51:** L'attributo *extension* dell'elemento
 <ClinicalDocument>/<dataEnterer>/<assignedEntity>/<id> **DEVE** essere
 valorizzato con un codice fiscale e **DEVE** essere composto da una stringa
 lunga 16 caratteri.

885

2.17. Conservazione del documento: <custodian>

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

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

Pertanto, l'elemento deve essere strutturato come segue.

895

1. <custodian>
2. <assignedCustodian>
3. <representedCustodianOrganization>
- 4.
5. </representedCustodianOrganization>
6. </assignedCustodian>
7. </custodian>

900

CONF-RAD-52: Il documento **DEVE** contenere un elemento
 <ClinicalDocument>/<custodian>.

905

2.17.1. Organismo Custode

L'elemento <representedCustodianOrganization> **DEVE** contenere al suo interno un
 elemento <id> che riporta l'identificativo della struttura che ha la responsabilità
 della conservazione del documento. La descrizione degli attributi dell'elemento
 910 <id> è mostrata di seguito.

Composizione di <id>:

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

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

Esempio di utilizzo:

```

920 1. <custodian>
      2.   <assignedCustodian>
          3.     <representedCustodianOrganization>
              4.       <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2" extension="130106"/>
                  5.         <name>SSN-MIN-SALUTE</name>
              6.     </representedCustodianOrganization>
          7.   </assignedCustodian>
      8. </custodian>
  
```

925

CONF-RAD-53: L'elemento `<ClinicalDocument>/<custodian>` **DEVE** contenere un elemento `<assignedCustodian>`.

CONF-RAD-54: L'elemento `<ClinicalDocument>/<custodian>/<assignedCustodian>` **DEVE** contenere un elemento `<representedCustodianOrganization>`.

930 **CONF-RAD-55:** `<ClinicalDocument>/<custodian>/<assignedCustodian>/<representedCustodianOrganization>` **DEVE** contenere uno e non più di un elemento `<id>` con valore dell'attributo *root* uguale all' OID del dominio di identificazione delle organizzazioni.

935 **CONF-RAD-56:** L'attributo *extension* dell'elemento `<ClinicalDocument>/<custodian>/<assignedCustodian>/<representedCustodianOrganization>/<id>` **DEVE** essere presente e valorizzato con l'identificativo della struttura.

940

2.18. Firmatario del documento: <legalAuthenticator>

Elemento **OBBLIGATORIO** che riporta il firmatario del documento.

945 L'elemento <legalAuthenticator> **DEVE** contenere un elemento <time> con l'indicazione dell'ora in cui il documento è stato firmato, un elemento <signatureCode> per indicare che il documento è firmato, ed un elemento <assignedEntity>, destinato ad accogliere l'elemento <id> del medico responsabile del documento e il suo nome e cognome (valorizzando le sezioni opportune interne a <assignedPerson>/<name>).

950 La sezione PUÒ contenere sezioni dedicate alla memorizzazione di indirizzo, recapiti telefonici, ecc. (sezioni <addr>, <telecom>, ...).

Composizione di <assignedEntity>/<id>:

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

Composizione di <time>:

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

Composizione di <signatureCode>:

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

955 Esempio di utilizzo:

```

1. <legalAuthenticator>
2.     <time value="20140329173712+0100"/>
3.     <signatureCode code="S"/>
4.     <assignedEntity>
960     <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="PNCPLL99M22G999T"/>
6.     <assignedPerson>
7.         <name>
8.             <prefix>Professore</prefix>
9.             <given>Pinco</given>
965     <family>Pluto</family>
11.        </name>
12.    </assignedPerson>
13. </assignedEntity>
14. </legalAuthenticator>
  
```

970

CONF-RAD-57: Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento `<ClinicalDocument>/<LegalAuthenticator>`.

CONF-RAD-58: `<ClinicalDocument>/<LegalAuthenticator>` **DEVE** contenere un elemento `time`.

975 **CONF-RAD-59:** L'elemento `<ClinicalDocument>/<LegalAuthenticator>/<time>` **DEVE** riportare l'attributo `value` valorizzato nel formato `[YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz]` e la sua lunghezza **DEVE** essere uguale a 14 caratteri.

980 **CONF-RAD-60:** `<ClinicalDocument>/<LegalAuthenticator>` **DEVE** contenere un elemento `signatureCode` che riporta un attributo `code` valorizzato con "S".

CONF-RAD-61: `<ClinicalDocument>/<LegalAuthenticator>` **DEVE** contenere un elemento `assignedEntity`.

985 **CONF-RAD-62:** `<ClinicalDocument>/<LegalAuthenticator>/<assignedEntity>` **DEVE** contenere un elemento `id` con valore dell'attributo `root` uguale a "2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2".

CONF-RAD-63: L'attributo `extension` dell'elemento `<ClinicalDocument>/<LegalAuthenticator>/<assignedEntity>/<id>` **DEVE** essere valorizzato con un codice fiscale e **DEVE** essere composto da una stringa lunga 16 caratteri.

990 **CONF-RAD-64:** `<ClinicalDocument>/<LegalAuthenticator>/<assignedEntity>` **DEVE** contenere un elemento `assignedPerson>/<name>`, tale elemento **DEVE** contenere gli elementi `given` e `family` valorizzati con nome e cognome del firmatario.

995 2.19. Soggetti partecipanti: <participant>

Elemento OPZIONALE che rappresenta tutti coloro che partecipano all'atto descritto dal documento, e che non sono stati già preventivamente inclusi negli elementi precedenti (autore, custode, validatore, firmatario).

1000 L'identificazione dei partecipanti **DEVE** essere riportata all'interno dell'elemento `<associatedEntity>/<id>`.

L'elemento può OPZIONALMENTE contenere un elemento `<associatedEntity>/<associatedPerson>/<name>` per riportare i dati relativi al nome del soggetto partecipante.

Composizione di `<id>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID DOMINIO DI IDENTIFICAZIONE]	OID dominio di identificazione
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice identificativo della persona o dell'organizzazione all'interno del dominio.

1005 Esempio di utilizzo:

```

1. <participant typeCode="SPRF">
2.   <associatedEntity classCode="PROV">
3.     <id extension="ABCDGF76R29L123T" root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"/>
4.     <associatedPerson>
5.       <name>
6.         <given>Marco</given>
7.         <family>Bianchi</family>
8.         <prefix>Dott.</ prefix>
9.       </name>
10.    </associatedPerson>
11.  </associatedEntity>
12. </participant>
  
```

1020 Nel caso del Referto di Radiologia la sezione PUÒ essere utilizzata per inserire i dati relativi al **Tecnico di Radiologia** o al **Medico Prescrittore**.

2.19.1. Tecnico di Radiologia

I dati del tecnico di radiologia sono riportati nell'elemento **participant** che **DEVE** avere i seguenti attributi così valorizzati:

- `<participant>/@typeCode` popolato con la stringa *SPRF* (secondary performer);
- `<participant>/<associatedEntity>/@classCode` popolato con la stringa **PROV** (healthcare provider).

L'elemento **DEVE** inoltre contenere l'elemento `<participant>/<associatedEntity>/<code>` valorizzato come segue:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"3211"	Codice ISCO-08.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.6.2.7"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"ISCO-08"	Nome del vocabolario utilizzato: ISCO-08.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
displayName	ST	Tecnici di imaging medicale apparecchiature terapeutiche	Descrizione ISCO-08.

I dati del tecnico di radiologia devono essere esplicitati come indicato di seguito:

- 1030
- il codice fiscale **DEVE** essere riportato nell'elemento `<associatedEntity>/<id>`;
 - il nome **PUÒ** essere riportato nell'elemento `<associatedEntity>/<associatedPerson>/<name>`.

2.19.2. Medico Prescrittore

I dati del prescrittore che ha richiesto la prestazione radiologica sono riportati nell'elemento **participant** che **DEVE** avere i seguenti attributi così valorizzati:

- 1035
- `<participant>/@typeCode` popolato con la stringa *REF* (referrer);
 - `<participant>/<associatedEntity>/@classCode` popolato con la stringa **PROV** (healthcare provider).

In particolare:

- 1040
- il codice fiscale **DEVE** essere riportato nell'elemento `<associatedEntity>/<id>`;
 - il nome **PUÒ** essere riportato nell'elemento `<associatedEntity>/<associatedPerson>/<name>`.

L'informazione sulla prescrizione è contenuta nell'elemento `<inFulfillmentOf>`.

CONF-RAD-65: Il documento **PUO'** contenere uno o più elementi `<ClinicalDocument>/<participant>`.

1045

CONF-RAD-66: `<ClinicalDocument>/<participant>` **DEVE** contenere un elemento `<associatedEntity>`.

CONF-RAD-67: `<associatedEntity>` **DEVE** contenere almeno un elemento `<id>`.

CONF-RAD-68: `<associatedEntity>` **PUO'** contenere un elemento `<associatedPerson>`.

1050

CONF-RAD-69: `<associatedPerson>` **DEVE** contenere un elemento *name*, che contiene gli elementi necessari per mappare il nome del partecipante al documento.

1055

CONF-RAD-70: In caso si stia descrivendo un **tecnico di radiologia** l'attributo `<participant>/@typeCode` **DEVE** essere valorizzato con la stringa **"SPRF"** e l'attributo `<participant>/<associatedEntity>/@classCode` con la stringa **"PROV"**.

CONF-RAD-71: In caso si stia descrivendo un **medico prescrittore** l'attributo `<participant>/@typeCode` **DEVE** essere valorizzato con la stringa **"REF"** e l'attributo `<participant>/<associatedEntity>/@classCode` con la stringa **"PROV"**.

1060

2.20. Richieste e ordini: `<inFulfillmentOf>`

Elemento **OBBLIGATORIO** che identifica la richiesta che ha determinato la produzione del documento di Referto di Radiologia od ogni altro tipo di ordine ad esso relativo (e.g. numero di ordine assegnato dal sistema informativo di radiologia od ospedaliero). Ciascun documento **DEVE** presentare una o più occorrenze dell'elemento `<inFulfillmentOf>/<order>`, le quali **POSSONO** descrivere un differente tipo di ordine, identificato dall'elemento `<id>`.

1065

Esempi di ordini che possono essere descritti sono:

1070

- l'accession number (**OBBLIGATORIO**);
- identificativo della prescrizione (CONSIGLIATO);
- identificativo CUP;
- Identificativo dell'ordine interno;
- l'ordine assegnato a livello di sistema informativo ospedaliero o dipartimentale (HIS, RIS , ... eccetera), che può corrispondere agli elementi order placer and order filler numbers dei messaggi HL7 V2;

1075

- il Requested Procedure ID definiti dallo standard DICOM.

2.20.1. Esempio di implementazione: Accession Number

L'elemento `<inFulfillmentOf>` **DEVE** essere utilizzato per documentare l'identificativo assegnato dal RIS per l'ordine per questo studio (accession number).

1080 Esempio di utilizzo:

```

1. <inFulfillmentOf>
2.   <order>
3.     <id extension="[Accession_Number]" root="[OID_Accession_Number]"/>
4.   </order>
5. </inFulfillmentOf>
  
```

1085

2.20.2. Esempio di implementazione: Identificativo della prescrizione

L'elemento `<inFulfillmentOf>` **DEVE** essere utilizzato nei casi in cui sia presente una ricetta.

1090 Nel caso in cui l'elemento `<inFulfillmentOf>/<order>` si riferisca ad una prescrizione, allora l'elemento `<id>` descrive l'identificativo della stessa.

Nel caso di ricetta elettronica l'identificativo, elemento `<id>`, è valorizzato con il codice NRE della prescrizione.

Esempio di utilizzo con le ricette elettroniche:

```

1095 1. <inFulfillmentOf>
2.   <order classCode="ACT" moodCode="RQO">
3.     <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.8"
4.       extension="[NRE]"
5.       assigningAuthorityName="Ministero delle Finanze"/>
6.   </order>
1100 7. </inFulfillmentOf>
  
```

1100

Nel caso di ricetta cartacea l'identificativo è valorizzato con il codice della ricetta determinato dalla concatenazione degli elementi BAR1 e BAR2.

Esempio di utilizzo con le ricette rosse cartacee:

```

1105 1. <inFulfillmentOf>
2.   <order classCode="ACT" moodCode="RQO">
3.     <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.4"
4.       extension="[CONCATENAZIONE BAR1 BAR2]"
5.       assigningAuthorityName="Ministero delle Finanze"/>
6.   </order>
1110 7. </inFulfillmentOf>
  
```

1110

- 1115 **CONF-RAD-72:** Il documento **DEVE** contenere almeno un elemento `<ClinicalDocument>/<inFulfillmentOf>`.
- CONF-RAD-73:** `<ClinicalDocument>/<inFulfillmentOf>` **DEVE** contenere un elemento `<order>` riportante, all'interno dell'elemento `<id>`, l'identificativo dell'accession number.
- 1120 **CONF-RAD-74:** `<ClinicalDocument>/<inFulfillmentOf>` **DOVREBBE** contenere un elemento `<order>` riportante, all'interno dell'elemento `<id>`, l'identificativo della prescrizione.
- CONF-RAD-75:** `<ClinicalDocument>/<inFulfillmentOf>` **PUÒ** contenere un elemento `<order>` riportante, all'interno dell'elemento `<id>`, l'identificativo CUP.
- 1125 **CONF-RAD-76:** `<ClinicalDocument>/<inFulfillmentOf>` **PUÒ** contenere un elemento `<order>` riportante, all'interno dell'elemento `<id>`, l'identificativo dell'ordine.

2.21. Identificativi del documento: `<documentationOf>`

1130 Elemento OPZIONALE che indica l'atto che viene documentato nel documento clinico.

Se presente, l'elemento `<documentationOf>` **PUÒ** descrivere, tramite l'elemento `<serviceEvent>/<code>`, la tipologia di accesso che ha determinato la prestazione (programmato / ad accesso diretto).

1135 Si osserva che per quanto riguarda la valorizzazione dell'elemento `<serviceEvent>/<code>`, non essendo disponibili nel vocabolario ActCode di HL7 org i valori appropriati, il vocabolario in questione è stato esteso con i seguenti valori:

- **OID vocabolario esteso:** 2.16.840.1.113883.2.9.5.1.4,
- **Descrizione vocabolario esteso:** Estensione Vocabolario ActCode,
- **Valori aggiunti al vocabolario:**

Codice (code)	DisplayName	Descrizione
PROG	Accesso Programmato	Servizio con Accesso Programmato
DIR	Accesso Diretto	Servizio con Accesso Diretto
RAD_PROG	Accesso Programmato (Radiologia)	Servizio Radiologico con Accesso Programmato (Radiologia)
RAD_DIR	Accesso Diretto (Radiologia)	Servizio Radiologico con Accesso Diretto

1140 Esempio di utilizzo:

1145

```

1. <documentationOf>
2.   <serviceEvent>
3.     <code code="RAD_PROG" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.5.1.4"/>
4.   </serviceEvent>
5. </documentationOf>
  
```

2.22. Versionamento e trasformazione del documento: <relatedDocument>

1150 Elemento OPZIONALE utilizzato per gestire la versione del documento corrente. Tale elemento è non necessario alla prima generazione di un documento CDA, ma **OBBLIGATORIO** per tutte le trasformazioni successive (Replace o Append).

Nel caso in cui il documento attuale ne sostituisca uno preesistente, la relazione di subentro può essere facilmente individuata specificando l'attributo *typeCode* opportuno (come previsto dallo standard HL7) e l'id del documento padre.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
typeCode	ST	"RPLC"	Replace.
typeCode	ST	"APND"	Append.

1155 Esempio di utilizzo:

1160

```

1. <relatedDocument typeCode="RPLC">
2.     <parentDocument>
3.         <id     root="2.16.840.1.113883.2.9.2.100204.4.4.99"
4.             extension="204.1234.20070327120000.DW322"/>
5.     </parentDocument>
6. </relatedDocument>

```

Nel caso in cui si voglia indicare il corrispondente identificativo del documento all'interno del sistema RIS, questo può essere fatto valorizzando l'attributo *typeCode* come "XFRM".

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
typeCode	ST	"XFRM"	Transformation.

1165 Esempio di utilizzo:

1170

```

1. <relatedDocument typeCode="XFRM">
2.     <parentDocument>
3.         <id     root="[OID IDENTIFICATIVI REFERTI RIS]"
4.             extension="[IDENTIFICATIVO REFERTO RIS]"/>
5.     </parentDocument>
6. </relatedDocument>

```

- 1175 **CONF-RAD-77:** Il documento **PUO'** contenere al massimo due elementi `<ClinicalDocument>/<relatedDocument>`.
- 1180 **CONF-RAD-78:** In caso di integrativo o sostitutivo, il documento **DEVE** contenere un elemento `<ClinicalDocument>/<relatedDocument>` con l'attributo `typeCode` valorizzato con "**RPLC**", o con "APND".
- 1185 **CONF-RAD-79:** Il documento **PUÒ** contenere un elemento `<ClinicalDocument>/<relatedDocument>` con l'attributo `typeCode` valorizzato con "**XFRM**".
- 1190 **CONF-RAD-80:** `<ClinicalDocument>/<relatedDocument>` **DEVE** contenere un elemento `<parentDocument>`.
- CONF-RAD-81:** In caso di integrativo o sostitutivo, l'elemento `<parentDocument>` **DEVE** contenere un elemento `<id>` con valore degli attributi `root` e `extension` pari ai codici del documento di cui si fa il replace o l'append.
- CONF-RAD-82:** Nel caso di utilizzo dell'attributo XFRM per esplicitare la corrispondenza con il documento all'interno del sistema RIS, l'elemento `<parentDocument>` **DEVE** contenere un elemento `<id>` con valore degli attributi `root` e `extension` contenenti i riferimenti del documento nel sistema RIS.

2.23. Incontro di riferimento: `<componentOf>`

Elemento **OBBLIGATORIO** che descrive l'incontro tra assistito e la struttura sanitaria durante il quale l'atto documentato è avvenuto.

- 1195 **CONF-RAD-83:** Il documento **DEVE** contenere un elemento `<ClinicalDocument>/<componentOf>/<encompassingEncounter>`
- CONF-RAD-84:** L'elemento `<encompassingEncounter>` **DEVE** contenere un elemento `<effectiveTime>`, il quale riporta la data/ora in cui è avvenuto l'incontro.

1200 Su questo elemento vengono riportati i seguenti dati relativi alla struttura sanitaria all'interno della quale viene prodotto il referto:

- azienda sanitaria (**OBBLIGATORIO**);
- presidio (se ricovero) (OPZIONALE);
- unità operativa (OPZIONALE);
- struttura erogante (se accesso ambulatoriale) (OPZIONALE)
- 1205 • tipologia della provenienza (OPZIONALE);
- identificativo del ricovero (**CONDIZIONALE**) nel caso in cui l'atto venga prodotto contestualmente a un ricovero;
- identificativo dell'accesso ambulatoriale (OPZIONALE).

1210 **2.23.1. Tipologia della provenienza: <encompassingEncounter>/<code>**

Elemento utilizzato per definire la provenienza dell'assistito.

Per la sua valorizzazione sono consentiti i seguenti valori, estratti dal vocabolario HL7 ActEncounterCode [OID dizionario 2.16.840.1.113883.1.11.13955]:

- AMB (ambulatory) – in caso di ingresso ambulatoriale;
- 1215 • EMER (emergency) – in caso di ingresso tramite pronto soccorso;
- IMP (inpatient encounter) – in caso di ricovero;

CONF-RAD-85: L'elemento *encompassingEncounter* **PUÒ** contenere un elemento *code*, il quale riporta la tipologia della provenienza dell'assistito.

1220 **2.23.2. Identificativo dell'incontro**

Elemento utilizzato per definire, se presente, l'identificativo dell'incontro. **PUÒ** essere utilizzato per veicolare le informazioni relative a:

- identificativo del ricovero (**CONDIZIONALE**) nel caso in cui l'atto venga prodotto contestualmente ad un ricovero;
- 1225 • identificativo dell'accesso ambulatoriale, nel caso in cui l'atto venga prodotto contestualmente ad un accesso ambulatoriale (OPZIONALE).

2.23.2.1. Identificativo del ricovero

Quando un referto è redatto nel contesto di un ricovero, l'elemento <id> rappresenta il suo identificativo, cioè il numero nosologico corrispondente al ricovero. Questo è un elemento **CONDIZIONALE**.

1230 Tale elemento, collegato all'elemento <inFulfillmentOf>, **DEVE** essere valorizzato in caso la produzione del documento sia avvenuta contestualmente a un ricovero.

Se tale identificativo non è noto o applicabile all'atto della stesura del documento, è POSSIBILE utilizzare un ID interno univoco all'interno della struttura stessa.

1235 Esempio di utilizzo:

```

1. </componentOf>
2. <encompassingEncounter>
3.   <id      root="2.16.840.1.113883.2.9.2.[RAMO:AZIENDALE.NOSOLOGICI].4.6"
4.     extension="NUMERO _NOSOLOGICO"
5.     assigningAuthorityName="Azienda" displayable="true"/>
6.   ...
7. </encompassingEncounter>
8. </componentOf>
  
```

1245 Il *root* è variabile a seconda della struttura che ha definito il numero nosologico, ad Esempio:

```

1250 1. </componentOf>
      2.     <encompassingEncounter>
      3.         <id     root="2.16.840.1.113883.2.9.2.30.4.6"
      4.             extension="2014000123"
      5.             assigningAuthorityName="A.O. OSP.NIGUARDA CA'GRANDA - MILANO" />
      6.         ...
      7.     </encompassingEncounter>
      8. </componentOf>
  
```

1255

2.23.2.2. Identificativo dell'accesso ambulatoriale

Quando un referto è redatto a seguito di un accesso ambulatoriale, l'elemento `<id>` rappresenta il suo identificativo, cioè il numero di accesso. Questo è un elemento OPZIONALE.

1260 Tale elemento, collegato all'elemento `<inFulfillmentOf>`, **PUÒ** essere valorizzato in caso la produzione del documento sia avvenuta contestualmente a un accesso ambulatoriale.

Esempio di utilizzo:

```

1265 1. </componentOf>
      2.     <encompassingEncounter>
      3.         <id     root="[OID_AZIENDA_IDENTIFICATIVO_ACCESSE_AMBULATORIALE]"
      4.             extension="NUMERO _ACCESSE"
      5.             assigningAuthorityName="Azienda" displayable="true"/>
      6.         ...
      7.     </encompassingEncounter>
      8. </componentOf>
  
```

1270

Il *root* è variabile a seconda della struttura.

CONF-RAD-86: L'elemento `<componentOf>/<encompassingEncounter>/<id>` è un elemento **CONDIZIONALE**.

1275 a) **DEVE** essere presente ed essere valorizzato con il numero di nosologico corrispondente al ricovero, in tutti quei casi in cui la produzione del documento sia avvenuta contestualmente a un ricovero;

1280 b) **PUÒ** essere presente e contenere l'identificativo dell'accesso ambulatoriale, in tutti quei casi in cui la produzione del documento sia avvenuta contestualmente ad un accesso ambulatoriale.

2.23.3. Azienda Sanitaria, presidio, struttura erogante e unità operativa: `<healthCareFacility>`

1285 È l'Elemento **OBBLIGATORIO** che specifica il luogo in cui si è svolto l'incontro tra il paziente e la struttura sanitaria.

È logicamente organizzato come segue:

- azienda sanitaria;
- presidio di ricovero o struttura erogante
- unità operativa;

1290

Tecnicamente **DEVE** essere implementato tramite l'elemento:

`<componentOf>/<encompassingEncounter>/<Location>/<healthCareFacility>`.

L'identificativo dell'Azienda Sanitaria in cui è avvenuto l'incontro **DEVE** essere riportato in:

1295

`<healthCareFacility>/<serviceProviderOrganization>/<asOrganizationPartOf>/<id>`

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1	Elenco delle Aziende Sanitarie.
Extension	ST	[CODICE AZIENDA SANITARIA]	Codice che rappresenta l'Azienda Sanitaria a cui appartiene il Presidio ambulatoriale o di ricovero presso cui l'esame è stato eseguito.

L'identificativo del presidio di ricovero **PUÒ** essere riportato nell'elemento:
`<healthCareFacility>/<serviceProviderOrganization>/<id>`

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2	Elenco dei presidi Ospedalieri a cui fa capo l'unità operativa nella quale viene eseguita la prestazione
Extension	ST	[CODICE PRESIDIO] o [CODICE PRESIDIO. STABILIMENTO]	Codici HSP11 e HSP11bis che rappresentano il presidio e lo stabilimento (subcodice struttura interna)

In alternativa, nell'elemento `<healthCareFacility>/<serviceProviderOrganization>/<id>` **PUÒ** essere riportato l'identificativo della struttura sanitaria erogante, secondo il modello STS 11.

1300

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.3	Elenco delle strutture sanitarie a cui fa capo l'ambulatorio nel quale viene eseguita la prestazione

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Extension	ST	[CODICE STRUTTURA EROGANTE]	Codice STS 11 che rappresenta la struttura erogante, nella quale viene eseguita la prestazione ambulatoriale.

Il nome del presidio o della struttura sanitaria erogante **PUÒ** essere riportato nell'elemento:

`<healthCareFacility>/<serviceProviderOrganization>/<name>`

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Name	ST		Nome del Presidio o della Struttura erogante

1305 L'identificativo di reparto (Unità Operativa), del Pronto Soccorso, o dell'Ambulatorio **PUÒ** essere riportato nell'elemento: `<healthCareFacility>/<id>`.

In caso di ricovero in reparto l'id **DEVE** essere valorizzato come segue:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6	Elenco dei Reparti (Struttura ospedaliera) cui l'unità operativa nella quale viene eseguita la prestazione fa capo
extension	ST	[CODICE UNITA' OPERATIVA]	Codice Struttura + Sub Codice Struttura Interna + Codice Disciplina che rappresenta l'unità operativa interna a quel particolare dominio + opzionalmente il Codice

Il Nome del reparto (Unità Operativa), del Pronto Soccorso, o dell'Ambulatorio **PUÒ** essere riportato nell'elemento: `<healthCareFacility>/<Location>/<name>`

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Name	ST		Nome del Reparto (Unità Operativa), PS, Ambulatorio

Esempio:

```

1310 1. <location>
      2.   <healthCareFacility>
      3.     <id   root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6" extension="[CODICE UNITA' OPERATIVA]"/>
      4.     <location>
      5.       <name>Cardiologia Terapia Intensiva</name>
1315 6.     </location>
      7.     <serviceProviderOrganization>
      8.       <id   root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.2"
      9.         extension="[CODICE PRESIDIO]"
10.        assigningAuthorityName="Ministero della Salute"/>
1320 11.      <asOrganizationPartOf>
12.        <id   root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1"
13.        extension="[CODICE AZIENDA SANITARIA]"/>
14.      </asOrganizationPartOf>
15.    </serviceProviderOrganization>
1325 16.  </healthCareFacility>
      17. </location>
  
```

1330 **CONF-RAD-87:** l'elemento `<encompassingEncounter>` **DEVE** includere l'elemento `<Location>`, il quale a sua volta DEVE includere l'elemento `<healthCareFacility>`.

CONF-RAD-88: l'elemento `<encompassingEncounter>/<Location>/<healthCareFacility>` **PUÒ** includere l'elemento `id` valorizzato con l'identificativo dell'Unità Operativa.

1335 **CONF-RAD-89:** L'elemento `<encompassingEncounter>/<Location>/<healthCareFacility>` **PUÒ** includere l'elemento `Location/name` valorizzato con il nome dell'Unità Operativa o dell'ambulatorio.

1340 **CONF-RAD-90:** L'elemento `<encompassingEncounter>/<Location>/<healthCareFacility>` **DEVE** includere l'elemento `serviceProviderOrganization`.

CONF-RAD-91: L'elemento `<serviceProviderOrganization>` **PUÒ** includere l'elemento `id` valorizzato con l'identificativo della Struttura Sanitaria erogante o del Presidio ove l'esame è stato eseguito.

1345 **CONF-RAD-92:** L'elemento `<serviceProviderOrganization>` **PUÒ** includere l'elemento `name` valorizzato con il nome della Struttura Sanitaria erogante o del Presidio ove l'esame è stato eseguito

CONF-RAD-93: L'elemento `<serviceProviderOrganization>` **DEVE** includere l'elemento `<asOrganizationPartOf>/<id>` valorizzato con l'identificativo dell'Azienda Sanitaria.

1350 3.Body CDA del documento RAD

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

Nel seguito del documento sarà dettagliato il BODY strutturato del documento di referto di radiologia.

1355 Dato che lo standard HL7 prevede che il dettaglio di un documento CDA strutturato possa raggiungere differenti livelli di specializzazione (non-strutturato; strutturato testuale; strutturato testuale con entry), si fornirà una linea guida che si focalizzi al massimo livello di dettaglio disponibile.

1360 **CONF-RAD-94:** Il documento **DEVE** contenere uno ed un solo elemento <component>/<structuredBody>

Un referto di radiologia è organizzato in una serie di sezioni autoconsistenti, definiti dall'elemento <section>.

Di seguito si elencano le sezioni previste, indicandone la codifica LOINC associata e l'obbligatorietà. L'ordine delle sezioni è da intendersi come indicativo e non imposto.

1365

Sezioni	Codici LOINC	Descrizioni LOINC ShortName	Obbligatorietà
DICOM Object Catalog	NA	NA	OPZIONALE
Quesito diagnostico	18785-6	<i>Radiology Reason for study</i>	OPZIONALE
Storia Clinica	11329-0	<i>History General</i>	OPZIONALE
Allergie	48765-2	<i>Allergies</i>	OPZIONALE
Precedenti esami eseguiti	55114-3	<i>Prior imaging procedure descriptions Document</i>	OPZIONALE
Esame eseguito	55111-9	<i>Current imaging procedure descriptions Document</i>	OBBLIGATORIO
Referto (Refertazione)	18782-3	<i>Radiology Study observation</i>	OBBLIGATORIO
Conclusioni	55110-1	<i>Conclusions</i>	OPZIONALE
Informazioni aggiuntive	55107-7	<i>Addendum</i>	OPZIONALE
Complicanze	55109-3	<i>Complications</i>	OPZIONALE
Suggerimenti per il medico prescrittore	18783-1	<i>Radiology study - Recommendation</i>	OPZIONALE

Le informazioni contenute nel body del referto di radiologia descrivono gli aspetti clinici rilevanti al fine di una appropriata e completa refertazione radiologica.

Nel seguito si riporta una descrizione di ciascuna voce presente in questa tipologia di documenti:

- 1370
- La sezione “**DICOM Object Catalog**” è OPZIONALE. Ha la finalità di raccogliere i riferimenti agli studi, alle serie, agli oggetti e ad altri attributi DICOM necessari per il recupero degli oggetti. Non è destinata alla visualizzazione.
- 1375
- La sezione “**Quesito diagnostico**” – È OPZIONALE, rappresenta la diagnosi già accertata o sospettata oppure il sintomo prevalente. Serve allo specialista per conoscere il motivo della richiesta dell’esame allo scopo di formulare delle risposte clinicamente precise al paziente o al medico che ha prescritto l’accertamento.
- 1380
- La sezione “**Storia Clinica**” è OPZIONALE. Ha la finalità di dare un inquadramento generale dello stato di salute del paziente, della sua storia clinica e della motivazione che ha scaturito l’esigenza di sottoporre il paziente all’esame diagnostico.
In questo elemento sono raggruppate le informazioni secondo la tipologia:
 - Anamnesi Familiare;
- 1385
- Anamnesi Fisiologica (usi ed abitudini, sociale, riguardante le condizioni di vita del paziente, lo stile di vita, eventuali usi ed abusi);
 - Anamnesi Patologica Remota (malattie e interventi passati, disturbi noti, ecc.);
 - Anamnesi Patologica Prossima.
- 1390
- Contiene inoltre la sottosezione di dettaglio:
- “**Allergie**” – È OPZIONALE, può raccogliere tutte le informazioni riguardanti le allergie comunicate dal paziente che il medico ritiene utili evidenziare ai fini della formulazione del referto (es. principi attivi, agenti allergenici e intolleranze rilevati sul paziente).
- 1395
- La sezione “**Precedenti esami eseguiti**” è OPZIONALE ed è dedicata a descrivere esami e prestazioni specialistiche effettuati precedentemente e dei quali si ritiene opportuno tenerne traccia ai fini della formulazione del referto.
- 1400
- La sezione “**Esame eseguito**” è **OBBLIGATORIA** e descrive l’esame radiologico oggetto del referto. È caratterizzato dalla data di esecuzione, dalla modalità di esecuzione e dalla dose assorbita (qualora l’esame preveda l’esposizione del paziente a radiazioni ionizzanti).
 - La sezione “**Referto**” è **OBBLIGATORIA**. Rappresenta l’elemento centrale e riportata al proprio interno una descrizione delle valutazioni del medico refertante relativamente agli elementi rilevati nel corso dell’esame.
- 1405
- La sezione “**Conclusioni**” è OPZIONALE e rappresenta una valutazione conclusiva del medico refertante , con una eventuale formulazione dell’orientamento diagnostico.

- 1410 • La sezione “**Informazioni aggiuntive**” è OPZIONALE e riporta eventuali informazioni integrative e/o una appendice aggiuntiva al contenuto del documento originale.
- La sezione “**Complicanze**” è OPZIONALE e contiene eventuali complicazioni che il medico refertante rileva durante l'esame.
- 1415 • La sezione “**Suggerimenti per il medico prescrittore**” è OPZIONALE e contiene una parte testuale con la descrizione di quanto il medico specialista ritiene opportuno comunicare al medico prescrittore.

1420 All'interno di ciascuna sezione, non contenente altre sottosezioni, **DEVE** essere presente un elemento `<text>`, ad eccezione della sezione DICOM Object Catalog, che contiene le informazioni human-readable specifiche della sezione. Nel caso di sezione che comprende sottosezioni, se tale sezione include informazioni non specificate all'interno delle sottosezioni **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente le informazioni human-readable specifiche della sezione.

1425 A seconda del tipo di `<section>`, possono essere previsti elementi `<entry>`, parzialmente o totalmente codificati, contenenti informazioni di dettaglio quali misurazioni, interventi, somministrazione di farmaci o allegati multimediali.

Il contenuto informativo presente nelle entry codificate deve essere sempre riportato anche in forma testuale nel narrative block della sezione.

La referenziazione nella parte narrativa può avvenire sia tramite l'elemento `text` che attraverso l'elemento `<value>/<OriginalText>`.

1430 Speciali vincoli esistenti a livello di entry possono imporre la presenza di entrambi: il primo elemento (`text`) descrive infatti le informazioni inerenti l'entry nella sua interezza (es. date, commenti); il secondo (`<value>/<OriginalText>`) il solo concetto espresso dal codice (es. una diagnosi) senza le informazioni accessorie.

1435 **CONF-RAD-95:** Ogni sezione, non contenente altre sottosezioni, **DEVE** contenere un CDA Narrative Block [parte narrativa di sezione] `<ClinicalDocument>/<component>/<structuredBody>/<component>/<section>/<text>`. Fa eccezione la sezione “DICOM Object Catalog” in quanto non destinata alla visualizzazione.

1440 **CONF-RAD-96:** Ogni sezione **DEVE** contenere un codice che ne definisce il tipo `(<ClinicalDocument>/<component>/<structuredBody>/<component>/<section>/<code>)`.

CONF-RAD-97: Ogni sezione **DEVE** contenere un titolo `(<ClinicalDocument>/<component>/<structuredBody>/<component>/<section>/<title>)`.

1445

Esempio di utilizzo:

```

1450 1. <component>
2.   <structuredBody moodCode="EVN" classCode="DOCBODY">
3.     <component typeCode="COMP">
4.       <section classCode="DOCSECT" moodCode="EVN">
5.         <code .../>
6.         <title>...</title>
1455 7.         <text>...</text>
8.         <entry>
9.           <entryRelationship>...</entryRelationship>
10.          <entryRelationship>...</entryRelationship>
11.         </entry>
1460 12.       </section>
13.     </component>
14.   <component typeCode="COMP">
15.     <section classCode="DOCSECT" moodCode="EVN">
16.       <code .../>
1465 17.       <title>...</title>
18.       <text>...</text>
19.       <entry>
20.         <observation>...</observation>
1470 21.       </entry>
22.     </section>
23.   </component>
24. </structuredBody>
25. </component>
  
```

1475 3.1. Sezione DICOM Object Catalog

Elemento OPZIONALE atta a raccogliere i riferimenti agli studi, alle serie, agli oggetti e ad altri attributi DICOM necessari per il recupero degli oggetti.

3.1.1. Identificativo della tipologia della sezione: <code>

1480 Elemento **OBBLIGATORIO** di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di <section> che si sta compilando. La codifica che **DEVE** essere utilizzata per indicare che la *section* in oggetto è relativa alle richieste è la codifica DICOM (DCM).

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"121181"	Codice DCM.
codeSystem	OID	"1.2.840.10008.2.16.4"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"DCM"	Nome del vocabolario utilizzato: DICOM.
displayName	ST	DICOM Object Catalog	Nome della section.

1485

Esempio di utilizzo:

1490

```
1. <code code="121181"
2.     codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4"
3.     codeSystemName="DCM"
4.     displayName="DICOM Object Catalog"/>
```

3.1.2. Titolo della sezione: <title>

Elemento **OBBLIGATORIO** che rappresenta il titolo della sezione.

Esempio di utilizzo:

1495

```
1. <title> DICOM Object Catalog </title>
```

3.1.3. Dettaglio di sezione: <entry>/<act>

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere lo studio DICOM e i suoi sotto-elementi.

1500 La struttura principale mediante la quale è possibile veicolare le informazioni prevede una serie di **ClinicalStatement** annidati tra loro, nel dettaglio:

- una più <entry>/<act>, atte ad identificare lo Studio DICOM (Study Act);
- una o più <entryRelationship>/<act>, atte ad identificare le Serie (Series Act);
- una o più <entryRelationship>/<observation>, atte a identificare le istanze SOP (SOP Instance) e a contenere i riferimenti alle immagini DICOM.

1505 All'interno del documento "Referto di Radiologia" la sezione può essere utilizzata per veicolare le informazioni relative a:

- Identificativo dello Studio DICOM, tramite l'elemento <id> della Study Act;
- Identificativi delle immagini presenti nel sistema PACS tramite l'elemento <id> della SOP Instance;

1510 Per una definizione più dettagliata sui metodi di implementazione della sezione si può far riferimento al Rif. 9.

Esempio:

```

1. <section classCode="DOCSECT" moodCode="EVN">
2.   <id root="1.2.840.10213.2.62.70447834679.11429737"/>
1515 3.   <code code="121181"
4.     codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4"
5.     codeSystemName="DCM"
6.     displayName="DICOM Object Catalog"/>
7.   <entry>
1520 8.     <!-- **** Study Act **** -->
9.     <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
10.       <!-- **** Identificativo dello Studio DICOM **** -->
11.       <id root="1.2.840.113619.2.62.994044785528.114289542805"/>
1525 12.       <code code="113014" codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4"
13.         codeSystemName="DCM" displayName="Study"/>
14.       <!-- **** Series Act ****-->
15.       <entryRelationship typeCode="COMP">
16.         <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
17.           <id root="1.2.840.113619.2.62.994044785528.20060823223142485051"/>
1530 18.           <code code="113015" codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4"
19.             codeSystemName="DCM" displayName="Series">
20.             ...
21.           </code>
1535 22.           <!-- **** SOP Instance UID *** -->
23.           <entryRelationship typeCode="COMP">
24.             <observation classCode="DGIMG" moodCode="EVN">
25.               <!-- **** Identificativo dell'immagine nel sistema PACS *** -->
26.               <id root="1.2.840.113619.2.62.994044785528.20060823.3"/>
27.               ...
1540 28.             </observation>
29.           </entryRelationship>
30.         </act>
31.       </entryRelationship>
1545 32.     </act>
33.   </entry>
  
```

CONF-RAD-98: Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione "DICOM Object Catalog"

1550 **CONF-RAD-99:** la sezione DICOM Object Catalog **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a **"121181"** e `codesystem` pari a **"1.2.840.10008.2.16.4"**

CONF-RAD-100: la sezione DICOM Object Catalog **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con **" DICOM Object Catalog "**

1555 **CONF-RAD-101:** la sezione DICOM Object Catalog **DEVE** contenere un elemento `<entry>/<act>` il quale **DEVE** a sua volta avere la seguente struttura:

- 1560
- una più `<entry>/<act>`, atte ad identificare lo Studio DICOM (Study Act);
 - una o più `<entryRelationship>/<act>`, atte ad identificare le Serie (Series Act);
 - una o più `<entryRelationship>/<observation>`, atte a identificare le istanze SOP (SOP Instance) e a contenere i riferimenti alle immagini DICOM.

3.2. Sezione Quesito Diagnostico:

1565 Elemento OPZIONALE che consente di rappresentare le informazioni relative alla diagnosi già accertata o sospettata oppure il sintomo prevalente. Serve allo specialista per conoscere il motivo della richiesta dell'esame allo scopo di formulare delle risposte clinicamente precise al paziente o al medico che ha prescritto l'accertamento.

1570 3.2.1. Identificativo della tipologia della sezione: <code>

Elemento **OBBLIGATORIO** di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di <section> che si sta compilando. La codifica che **DEVE** essere utilizzata per indicare che la *section* in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

1575 Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"18785-6"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	Motivo per lo studio - Radiologia	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

1580

```

1. <code code="18785-6"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.19"
5.   displayName="Motivo per lo studio - Radiologia"/>

```

3.2.2. Titolo della sezione: <title>

1585 Elemento **OBBLIGATORIO** che rappresenta il titolo della sezione. DEVE essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento <text>).

Esempio di utilizzo:

```

1. <title> Quesito diagnostico </title>

```

3.2.3. Blocco narrativo: <text>

1590 All'interno di questo elemento l'autore del documento **DEVE** inserire tutte le informazioni "human-readable" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere anche articolata in modo da richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

1595 Esempio di utilizzo (parte testuale non strutturata – Testo Libero):

```

1600 1. <text>
      2.     <paragraph>
      3.         Il paziente presenta un Trauma Toracico
      4.     </paragraph>
      5. </text>
  
```

Esempio di utilizzo (parte testuale strutturata):

```

1605 1. <text>
      2.     <list>
      3.         <item>
      4.             <content ID="DIAG">Trauma toracico</content>
      5.         </item>
      6.     </list>
      7. </text>
  
```

3.2.4. Dettaglio di sezione: <entry>

Elemento OPZIONALE che consente di rappresentare in modo strutturato le informazioni di dettaglio riferite nel blocco narrativo.

3.2.4.1. <observation>

1615 Elemento OPZIONALE atto a descrivere la diagnosi già accertata, o sospettata, oppure il sintomo prevalente generalmente indicata tramite un codice del vocabolario ICD9_CM. Viene associato alla entry di cui sopra.

L'attributo <observation>/@moodCode **OBBLIGATORIO DEVE** assumere valore costante "EVN"; l'attributo <observation>/@classCode **DEVE** assumere valore costante "OBS".

1620 Composizione di <observation>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		OBS	Observation

L'elemento <observation> **DEVE** contenere un elemento <code> che specifica la tipologia di osservazione, ed un elemento <value> (xsi:type="CD") che specifica, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la diagnosi.

Composizione di <observation>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"29308-4"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
displayName	ST	"Diagnosi"	Descrizione LOINC

1625 Composizione di <observation>/<value>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[CODICE_DIAGNOSI]	Codice della diagnosi.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.103"	OID del Sistema di codifica ICD-9-CM.
codeSystemName	ST	"ICD9CM"	Descrizione del sistema di codifica.
displayName	ST	[DESCRIZIONE_DIAGNOSI]	Descrizione della diagnosi.

L'elemento <value> PUO' contenere un elemento <translation> per riportare una ulteriore codifica della diagnosi. Gli attributi da valorizzare sono gli stessi dell'elemento <value> riportato in precedenza.

Esempio di utilizzo:

1630

```

1. <entry>
2.   <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
3.     <code code="29308-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
4.       codeSystemName="LOINC" displayName="Diagnosi"/>
5.     <value xsi:type="CD" code="875" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103"
6.       codeSystemName="ICD9CM" displayName="Trauma toracico"/>
7.   </observation>
8. </entry>

```

1635

1640 **CONF-RAD-102:** Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione "Quesito Diagnostico"

1645 **CONF-RAD-103:** la sezione Quesito Diagnostico **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a "18785-6" e `codesystem` pari a "2.16.840.1.113883.6.1"

1645 **CONF-RAD-104:** la sezione Quesito Diagnostico **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con "Quesito Diagnostico"

1650 **CONF-RAD-105:** la sezione Quesito Diagnostico **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("human-readable").

1650 **CONF-RAD-106:** la sezione Quesito Diagnostico **PUÒ** contenere un elemento `<entry>/<observation>`, il quale **DEVE** a sua volta contenere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a "29308-4" e `codesystem` pari a "2.16.840.1.113883.6.1" e un elemento `<value>` contenente il codice della diagnosi secondo la classificazione ICD9-CM.

3.3. Sezione Storia Clinica

1655 Elemento OPZIONALE atta a fornire un inquadramento generale dello stato di salute del paziente, della sua storia clinica e della motivazione che ha scaturito l'esigenza di sottoporre il paziente all'esame diagnostico.

Contiene inoltre la sottosezione di dettaglio:

- "Allergie"

1660

3.3.1. Identificativo della tipologia della sezione: `<code>`

1665 Elemento **OBLIGATORIO** di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di `<section>` che si sta compilando. La codifica che **DEVE** essere utilizzata per indicare che la `section` in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

Composizione di `<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"11329-0"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	Storia Generale	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

1670

```

1. <code code="11329-0"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.19"
5.   displayName="Storia Generale"/>
  
```

3.3.2. Titolo della sezione: <title>

1675 Elemento **OBLIGATORIO** che rappresenta il titolo della sezione. DEVE essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento <text>).

Esempio di utilizzo:

```

1. <title> Storia Clinica </title>
  
```

3.3.3. Blocco narrativo: <text>

1680 All'interno di questo elemento l'autore del documento **DEVE** inserire tutte le informazioni "human-readable" ovvero tutte quelle informazioni espresse in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere anche articolata in modo da richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

1685 Esempio di utilizzo:

1690

1695

```

1. <text>
2.   <paragraph>
3.     Anamnesi Familiare: Il padre all'età di 55 anni è stato colpito da angina
4.     pectoris. Il nonno materno era diabetico.
5.     Anamnesi Fisiologica: all'età di 16 anni si è manifestata l'allergia al
6.     glutine.
7.     Anamnesi Patologica Remota: Nell'anno 1988 ha subito appendicectomia.
8.     Anamnesi Patologica Prossima: Ne mese di marzo 2016 è stata colpita da
9.     sindrome influenzale nonostante la vaccinazione antinfluenzale.
10.  </paragraph>
11. </text>
  
```

3.3.4. Sezione Allergie

1700 Elemento **OPZIONALE** atta a raccogliere tutte le informazioni riguardanti le allergie comunicate dal paziente che il medico ritiene utili evidenziare ai fini della formulazione del referto (es. principi attivi, agenti allergenici e intolleranze rilevati sul paziente).

3.3.4.1. Identificativo della tipologia della sezione: <code>

1705 Elemento **OBLIGATORIO** di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di <section> che si sta compilando. La codifica che **DEVE** essere utilizzata per indicare che la *section* in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"48765-2"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	Allergie	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

1710

```

1. <code code="48765-2"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.19"
5.   displayName="Allergie"/>
  
```

1715 3.3.4.2. Titolo della sezione: <title>

Elemento **OBBLIGATORIO** che rappresenta il titolo della sezione. DEVE essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento <text>).

Esempio di utilizzo:

1720 | 1. <title> Allergie </title>

3.3.4.3. Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento **DEVE** inserire tutte le informazioni "human-readable" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere anche articolata in modo da richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

1725

Esempio di utilizzo:

1730

```

1. <text>
2.   <paragraph>
3.     Allergico a Cefalosporine; Allergia a contatto per lattice; Allergia a
4.     contatto ed inalazione per polvere comune.
5.   </paragraph>
6. </text>
  
```

- 1735 **CONF-RAD-107:**Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione "Storia Clinica"
- CONF-RAD-108:**la sezione Storia Clinica **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a "**11329-0** " e `codesystem` pari a "**2.16.840.1.113883.6.1**"
- 1740 **CONF-RAD-109:**la sezione Storia Clinica **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con "**Storia Clinica** "
- CONF-RAD-110:**la sezione Storia Clinica **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("*human-readable*").
- 1745 **CONF-RAD-111:**la sezione Storia Clinica **PUÒ** contenere una ed una sola sottosezione "Allergie"
- CONF-RAD-112:**la sezione Allergie **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a "**48765-2** " e `codesystem` pari a "**2.16.840.1.113883.6.1**"
- CONF-RAD-113:**la sezione Allergie **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con "**Allergie** "
- 1750 **CONF-RAD-114:**la sezione Allergie **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("*human-readable*").

3.4. Sezione Precedenti Esami Eseguiti

1755 Elemento OPZIONALE atta a descrivere esami e prestazioni specialistiche effettuati precedentemente e dei quali si ritiene opportuno tenerne traccia ai fini della formulazione del referto.

3.4.1. Identificativo della tipologia della sezione: `<code>`

1760 Elemento **OBLIGATORIO** di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di `<section>` che si sta compilando. La codifica che **DEVE** essere utilizzata per indicare che la `section` in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

Composizione di `<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"55114-3"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	Precedente procedura di imaging, descrizioni	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

```

1765 1. <code code="55114-3"
      2.     codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      3.     codeSystemName="LOINC"
      4.     codeSystemVersion="2.19"
      5.     displayName="Precedente procedura di imaging, descrizioni"/>
  
```

1770 3.4.2. Titolo della sezione: <title>

Elemento **OBBLIGATORIO** che rappresenta il titolo della sezione. DEVE essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento <text>).

Esempio di utilizzo:

```

1775 1. <title> Precedenti Esami Eseguiti </title>
  
```

3.4.3. Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento **DEVE** inserire tutte le informazioni "human-readable" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere anche articolata in modo da richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

Esempio di utilizzo (sezione non strutturata – Testo Libero):

```

1785 1. <text>
      2.     <paragraph>
      3.         In data 3 Febbraio 2014 h 9:22 l'assistito si è sottoposto a un esame
      4.         Radiografico al torace dal quale non è emersa la presenza di alcun trauma.
      5.     </paragraph>
      6. </text>
  
```

1790 Esempio di utilizzo (sezione strutturata):

```

1795 1. <text>
      2.     <table>
      3.         <thead>
      4.             <tr>
      5.                 <th>Precedente Esame Eseguito</th>
      6.                 <th>Data Esame</th>
      7.                 <th>Esito</th>
      8.             </tr>
      9.         </thead>
      10.
      11.        <tbody>
      12.            <tr>
      13.                <td>Radiografia del torace</td>
      14.                <td>(03 Feb 2014 09:22)</td>
      15.                <td>Nessun trauma riscontrato</td>
      16.            </tr>
      17.        </tbody>
      18.    </table>
      19. </text>
  
```

1810

3.4.4. Dettaglio di sezione: <entry>

Elemento OPZIONALE che consente di rappresentare in modo strutturato le informazioni di dettaglio riferite nel blocco narrativo.

3.4.4.1. <organizer>

1815 Elemento **OBBLIGATORIO** atto a riportare l'insieme degli esami eseguiti in precedenza dall'assistito.

L'attributo <organizer>/@moodCode **OBBLIGATORIO DEVE** assumere valore costante "EVN"; l'attributo <organizer>/@classCode **PUO'** assumere i valori "BATTERY" o "CLUSTER".

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		BATTERY o CLUSTER	Battery o Cluster

1820 L'elemento <organizer> **DEVE** contenere un elemento <statusCode>/@code che assume il valore costante "completed".

L'elemento <organizer> **DEVE** inoltre contenere una serie di elementi <component>/<observation>, la cui struttura verrà spiegata nel paragrafo successivo, contenenti gli esami eseguiti.

1825 Esempio di Utilizzo:

```

1. <entry>
2.   <organizer moodCode="EVN" classCode="BATTERY">
3.     <statusCode code="completed"/>
4.     <component>
5.       <observation moodCode="EVN" classCode="OBS">
6.         ...
7.       </observation>
8.     </component>
9.   </organizer>
10. </entry>
  
```

1830

1835

3.4.4.1.1. <component>/<observation>

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere l'esame.

1840 L'attributo <observation>/@moodCode **OBBLIGATORIO DEVE** assumere valore costante "EVN"; l'attributo <observation>/@classCode **DEVE** assumere valore costante "OBS".

Composizione di <observation>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		OBS	Observation

L'elemento <observation> **DEVE** contenere un elemento <code> che specifica, sulla

1845 base di un particolare vocabolario predefinito, l'esame eseguito. **PUÒ** inoltre contenere un elemento `<effectiveTime>` ed un elemento `<value>` per definire rispettivamente la data e l'esito dell'esame.

Composizione di `<observation>/<code>` (**OBBLIGATORIO**):

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[CODICE_ESAME]	Codice dell'esame.
codeSystem	OID	[OID_SISTEMA_CODIFICA]	OID del Sistema di codifica.
codeSystemName	ST	[NOME_SISTEMA_CODIFICA]	Descrizione del sistema di codifica.
displayName	ST	[DESCRIZIONE_ESAME]	Descrizione dell'esame.

1850 Per la codifica possono essere utilizzati il sistema di Nomenclatura Ministeriale e/o Regionale e possono essere inserite eventuali altre codifiche (LOINC, ICD9-CM) mediante l'elemento `<translation>`. Gli attributi da valorizzare sono gli stessi dell'elemento `<code>` riportato in precedenza.

L'elemento `<observation>/<effectiveTime>` può essere strutturato in maniera differente a seconda che si voglia descrivere un preciso istante (point in time) o un intervallo temporale.

1855 Composizione di `<observation>/<effectiveTime>/@value` (point in time):

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

Esempio di utilizzo:

```

1860 1. <component>
2.     <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
3.         <code code="[CODICE_ESAME]"
4.             codeSystem="[OID_SISTEMA_CODIFICA]" codeSystemName="[NOME_SISTEMA_CODIFICA]"
5.             displayName="[DESCRIZIONE_ESAME]"/>
6.         <effectiveTime value="20140203092205-0700"/>
7.         <value>Nessun trauma riscontrato</value>
8.     </observation>
1865 9. </component>
  
```

Composizione di `<observation>/<effectiveTime>/<low>/@value` e `<observation>/<effectiveTime>/<high>/@value` (intervallo temporale):

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

Esempio di utilizzo:

```

1870 1. <component>
2.     <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
3.         <code code="[CODICE_ESAME]"
4.             codeSystem="[OID_SISTEMA_CODIFICA]" codeSystemName="[NOME_SISTEMA_CODIFICA]"
5.             displayName="[DESCRIZIONE_ESAME]"/>
1875 6.         <effectiveTime>
7.             <low value="20170101090000+0200"/>
8.             <high value="20170101103000+0200"/>
9.         </effectiveTime>
1880 10.        <value>Nessun trauma riscontrato</value>
11.        </observation>
12.    </component>
  
```

CONF-RAD-115: Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione "Precedenti Esami Eseguiti"

1885 **CONF-RAD-116:** la sezione Precedenti Esami Eseguiti **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a **"55114-3"** e `codesystem` pari a **"2.16.840.1.113883.6.1"**

CONF-RAD-117: la sezione Precedenti Esami Eseguiti **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con **" Precedenti Esami Eseguiti "**

1890 **CONF-RAD-118:** la sezione Precedenti Esami Eseguiti **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("*human-readable*").

CONF-RAD-119: la sezione Precedenti Esami Eseguiti **PUÒ** contenere un elemento `<entry>/<organizer>` il quale **DEVE** a sua volta contenere uno o più elementi `<component>/<observation>`

1895 **CONF-RAD-120:** l'elemento `<observation>` **DEVE** contenere un elemento `<code>` che specifica l'esame eseguito. **PUÒ** inoltre contenere un elemento `<effectiveTime>` ed un elemento `<value>` per definire rispettivamente la data e l'esito dell'esame.

3.5. Sezione Esame Eseguito

1900 Elemento **OBLIGATORIO** atto a descrivere gli esami radiologici oggetto del referto. È caratterizzato dalla data di esecuzione, dalla modalità di esecuzione e dalla dose assorbita (indicatore di esposizione).

3.5.1. Identificativo della tipologia della sezione: `<code>`

1905 Elemento **OBLIGATORIO** di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di `<section>` che si sta compilando. La codifica che **DEVE** essere utilizzata per indicare che la *section* in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

Composizione di `<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"55111-9"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	Descrizioni attuale procedure di imaging	Nome della section.

1910

Esempio di utilizzo:

1915

```

1. <code code="55111-9"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.19"
5.   displayName="Descrizioni attuale procedure di imaging"/>

```

3.5.2. Titolo della sezione: <title>

1920 Elemento **OBBLIGATORIO** che rappresenta il titolo della sezione. DEVE essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento <text>).

Esempio di utilizzo:

```
1. <title> Esame Eseguito </title>
```

3.5.3. Blocco narrativo: <text>

1925 All'interno di questo elemento l'autore del documento **DEVE** inserire tutte le informazioni "human-readable" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa **DEVE** essere articolata in modo da richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

1930 Esempio di utilizzo:

1935

```

1. <text>
2.   <table>
3.     <thead>
4.       <tr>
5.         <th>Descrizione Esame Eseguito</th>
6.         <th>Data Esame Eseguito</th>
7.         <th>Modalità Esame Eseguito</th>
8.         <th>Dose Assorbita</th>
9.       </tr>
10.    </thead>
11.    <tbody>
12.      <tr ID="Esame1">
13.        <td ID="EsameDesc1">Radiografia del torace</td>
14.        <td>(03 Feb 2014 09:22)</td>
15.        <td>Procedura radiografica del torace</td>
16.        <td>0,001mSv</td>
17.      </tr>
18.    </tbody>
19.  </table>
20. </text>

```

1940

1945

1950

3.5.4. Dettaglio di sezione: <entry>

Elemento **OBBLIGATORIO** che consente di rappresentare in modo strutturato le informazioni di dettaglio riferite nel blocco narrativo.

1955 3.5.4.1. <Act>

Elemento **OBBLIGATORIO** atto a descrivere l'esame eseguito principalmente indicato mediante un codice e una descrizione, la data nella quale è stato

effettuato l'esame. Viene associato alla entry di cui sopra.

1960 L'attributo `<act>/@moodCode` **OBBLIGATORIO DEVE** assumere valore costante **"EVN"**;
l'attributo `<act>/@classCode` **DEVE** assumere valore costante **"ACT"**.

Composizione di `<act>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		EVN	Event
classCode		ACT	Act

L'elemento `<act>` **DEVE** contenere un elemento `<code>` che definisce l'atto ed un elemento `<effectiveTime>` che specifica la data in cui è stato eseguito l'esame.

Composizione di `<act>/<code>` (**OBBLIGATORIO**):

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[CODICE PROCEDURA/ESAME]	Codice dell'esame eseguito
codeSystem	OID	[OID CODIFICA]	OID codifica di riferimento.
codeSystemName	ST	[NOME SISTEMA DI CODIFICA]	Descrizione del sistema di codifica.
displayName	ST	[DESCRIZIONE PROCEDURA/ESAME]	Descrizione dell'esame eseguito

1965 Per la codifica possono essere utilizzati il sistema di Nomenclatura Ministeriale e/o Regionale e possono essere inserite eventuali altre codifiche (LOINC, ICD9-CM) mediante l'elemento `<translation>`.

Composizione di `<act>/<effectiveTime>/@value` (**OBBLIGATORIO**):

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

1970

Esempio di utilizzo:

```

1975 1. <entry typeCode="DRIV">
      2.   <act moodCode="EVN" classCode="ACT">
      3.     <code codeSystem="[OID CODIFICA REGIONALE]" codeSystemName="[CODIFICA REGIONALE]"
      4.       code="[CODICE REGIONALE]" displayName="Rx Torace">
      5.       <originalText>
      6.         <reference value="#EsameDesc1"/>
      7.       </originalText>
      1980 8.       <translation code="87.3" displayName="Soft tissue x-ray of thorax"
      9.         codeSystem="2.16.840.1.113883.6.103" codeSystemName="ICD-9-CM"/>
      10.     </code>
      11.     <text>
      12.       <reference value="#Esame1"/>
      1985 13.     </text>
      14.     <effectiveTime value="20180203092205+0200"/>
      15.   </act>
      16. </entry>
  
```

- 1990 **CONF-RAD-121:** Il documento **DEVE** contenere una ed una sola sezione "Esame Eseguito"
- CONF-RAD-122:** la sezione Esame Eseguito **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a **"55111-9"** e `codesystem` pari a **"2.16.840.1.113883.6.1"**
- 1995 **CONF-RAD-123:** la sezione Esame Eseguito **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con **"Esame Eseguito"**
- CONF-RAD-124:** la sezione Esame Eseguito **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni espresse in modo narrativo ("*human-readable*").
- 2000 **CONF-RAD-125:** la sezione Esame Eseguito **DEVE** contenere un elemento `<entry>/<act>` il quale **DEVE** a sua volta contenere un elemento `<code>` riportante il codice dell'esame eseguito e **DEVE** contenere un elemento `<effectiveTime>` che indica la data di esecuzione dell'esame

2005 3.6. Sezione Referto

Elemento **OBLIGATORIO** atto riportare al proprio interno una descrizione testuale delle valutazioni ed osservazioni del medico refertante relativamente agli elementi rilevati nel corso dell'esame.

2010 3.6.1. Identificativo della tipologia della sezione: `<code>`

Elemento **OBLIGATORIO** di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di `<section>` che si sta compilando. La codifica che **DEVE** essere utilizzata per indicare che la *section* in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

2015 Composizione di `<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"18782-3"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	Rilievo - Radiologia	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

2020

```

1. <code code="18782-3"
2.     codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.     codeSystemName="LOINC"
4.     codeSystemVersion="2.19"
5.     displayName="Rilievo - Radiologia"/>
  
```

3.6.2. Titolo della sezione: <title>

2025

Elemento **OBBLIGATORIO** che rappresenta il titolo della sezione. DEVE essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento <text>).

Esempio di utilizzo:

```

1. <title> Referto </title>
  
```

3.6.3. Blocco narrativo: <text>

2030

All'interno di questo elemento l'autore del documento **DEVE** inserire tutte le informazioni "*human-readable*" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere *anche* articolata in modo da richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

2035

Esempio di utilizzo:

2040

```

1. <text>
2.     <paragraph>
3.         Al controllo odierno non sono evidenti significative curvature scoliotiche.
4.         Non si riscontrano lesioni ossee. Nel tratto dorsale e lombare non sono
5.         evidenti discopatie. Lieve sopraelevazione della cresta iliaca destra.
6.     </paragraph>
7. </text>
  
```

CONF-RAD-126: Il documento **DEVE** contenere una ed una sola sezione "Referto"

2045 **CONF-RAD-127:** la sezione Referto **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a "18782-3" e `codesystem` pari a "2.16.840.1.113883.6.1"

CONF-RAD-128: la sezione Referto **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con "Referto"

2050 **CONF-RAD-129:** la sezione Referto **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("human-readable").

3.7. Sezione Conclusioni

Elemento **OPZIONALE** che riporta le considerazioni conclusive del medico refertante, con una eventuale formulazione dell'orientamento diagnostico.

2055

3.7.1. Identificativo della tipologia della sezione: `<code>`

Elemento **OBLIGATORIO** di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di `<section>` che si sta compilando. La codifica che **DEVE** essere utilizzata per indicare che la `section` in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

2060

Composizione di `<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"55110-1"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	Conclusioni	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

2065

```

1. <code code="55110-1"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.19"
5.   displayName="Conclusioni"/>
  
```

3.7.2. Titolo della sezione: `<title>`

2070 Elemento **OBLIGATORIO** che rappresenta il titolo della sezione. **DEVE** essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento `<text>`).

Esempio di utilizzo:

1. `<title>` Conclusioni `</title>`

2075 **3.7.3. Blocco narrativo: `<text>`**

All'interno di questo elemento l'autore del documento **DEVE** inserire tutte le informazioni "human-readable" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere anche articolata in modo da richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

Esempio di utilizzo:

2085

```

1. <text>
2.     <paragraph>
3.         Quadro radiologico complessivamente nella norma ed
4.         invariato rispetto al precedente.
5.     </paragraph>
6. </text>

```

2090 **CONF-RAD-130:** Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione "Conclusioni"

CONF-RAD-131: la sezione Conclusioni **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a "**55110-1**" e `codesystem` pari a "**2.16.840.1.113883.6.1**"

CONF-RAD-132: la sezione Conclusioni **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con "**Conclusioni**"

2095 **CONF-RAD-133:** la sezione Conclusioni **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("human-readable").

3.8. Sezione Informazioni aggiuntive

2100 Elemento OPZIONALE che riporta eventuali informazioni integrative e/o una appendice aggiuntiva al contenuto del documento originale. In questa sezione possono essere riportati suggerimenti relativi ad ulteriori specifici controlli o visite specialistiche. Questa sezione **PUÒ** essere sempre compilata ogniqualvolta il medico ritenga opportuno comunicare al **paziente** informazioni che non è possibile fare rientrare all'interno delle altre sezioni.

2105

3.8.1. Identificativo della tipologia della sezione: `<code>`

2110 Elemento **OBBLIGATORIO** di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di `<section>` che si sta compilando. La codifica che **DEVE** essere utilizzata per indicare che la `section` in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"55107-7"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	Appendice	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

2115

```

1. <code code="55107-7"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.19"
5.   displayName="Appendice"/>
  
```

3.8.2. Titolo della sezione: <title>

2120 Elemento **OBLIGATORIO** che rappresenta il titolo della sezione. DEVE essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento <text>).

Esempio di utilizzo:

```

1. <title> Informazioni aggiuntive </title>
  
```

2125 3.8.3. Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento **DEVE** inserire tutte le informazioni "human-readable" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere anche articolata in modo da richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

2130

Esempio di utilizzo:

2135

```

1. <text>
2.   <paragraph>
3.   Si consiglia di rimuovere la medicazione entro 3 giorni e di non sottoporre l'arto a
   sforzo.
4.   </paragraph>
5. </text>
  
```

CONF-RAD-134: Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione "Informazioni Aggiuntive"

2140 **CONF-RAD-135:** la sezione Informazioni Aggiuntive **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a "**55107-7**" e `codesystem` pari a "**2.16.840.1.113883.6.1**"

CONF-RAD-136: la sezione Informazioni Aggiuntive **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con "**Informazioni Aggiuntive**"

2145 **CONF-RAD-137:** la sezione Informazioni Aggiuntive **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("*human-readable*").

3.9. Sezione Complicanze

2150 Elemento **OPZIONALE** che riporta eventuali complicazioni che il medico rileva durante l'esame.

Questa sezione **PUÒ** essere sempre compilata ogniqualvolta il medico ritenga opportuno evidenziare la presenza di complicanze / effetti indesiderati emersi nel corso dell'indagine strumentale.

2155

3.9.1. Identificativo della tipologia della sezione: `<code>`

Elemento **OBLIGATORIO** di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di `<section>` che si sta compilando. La codifica che **DEVE** essere utilizzata per indicare che la `section` in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

2160

Composizione di `<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"55109-3"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	Complicazioni	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

2165

```

1. <code code="55109-3"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.19"
5.   displayName="Complicazioni"/>
  
```

3.9.2. Titolo della sezione: <title>

2170 Elemento **OBBLIGATORIO** che rappresenta il titolo della sezione. DEVE essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento <text>).

Esempio di utilizzo:

1. <title> Complicanze </title>

2175 3.9.3. Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento **DEVE** inserire tutte le informazioni "human-readable" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere anche articolata in modo da richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

2180

Esempio di utilizzo:

```

1. <text>
2.     <paragraph>
3.         Dopo la somministrazione del mezzo di contrasto,
4.         il paziente ha manifestato una evidente reazione allergica.
5. </paragraph>
6. </text>

```

2185

CONF-RAD-138: Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione "Complicanze"

2190

CONF-RAD-139: la sezione Complicanze **DEVE** avere un elemento <code> valorizzato con l'attributo *code* pari a "**55109-3**" e *codesystem* pari a "**2.16.840.1.113883.6.1**"

CONF-RAD-140: la sezione Complicanze **DEVE** avere un elemento <title> valorizzato con "**Complicanze**"

2195

CONF-RAD-141: la sezione Complicanze **DEVE** avere un elemento <text> contenente tutte le informazioni esposte in modo narrativo ("human-readable").

3.10. Sezione Suggestimenti per il medico prescrittore

2200 Elemento **OPZIONALE** che contiene una parte testuale con la descrizione di quanto il medico specialista ritiene opportuno comunicare al medico prescrittore.

Questa sezione **PUÒ** essere sempre compilata ogniqualvolta il medico refertante ritenga opportuno dare al medico prescrittore, che ha richiesto la prestazione, ulteriori suggerimenti o indicazioni generiche riguardanti il percorso di diagnosi o cura del paziente.

2205

3.10.1. Identificativo della tipologia della sezione: <code>

2210

Elemento **OBLIGATORIO** di tipo Coded Element (CE) che definisce nel dettaglio, sulla base di un particolare vocabolario predefinito, la tipologia di <section> che si sta compilando. La codifica che **DEVE** essere utilizzata per indicare che la *section* in oggetto è relativa alle richieste è la codifica LOINC.

Composizione di <code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	ST	"18783-1"	Codice LOINC.
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del vocabolario utilizzato.
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del vocabolario utilizzato: LOINC.
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione del vocabolario utilizzata (ad es. 2.19).
displayName	ST	Raccomandazione studio - Radiologia	Nome della section.

Esempio di utilizzo:

2215

```

1. <code code="18783-1"
2.   codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
3.   codeSystemName="LOINC"
4.   codeSystemVersion="2.19"
5.   displayName="Raccomandazione studio - Radiologia"/>

```

2220

3.10.2. Titolo della sezione: <title>

Elemento **OBLIGATORIO** che rappresenta il titolo della sezione. DEVE essere mostrato a video insieme al testo della sezione (elemento <text>).

Esempio di utilizzo:

2225

```

1. <title> Suggerimenti per il medico prescrittore </title>

```

2230

3.10.3. Blocco narrativo: <text>

All'interno di questo elemento l'autore del documento **DEVE** inserire tutte le informazioni "human-readable" ovvero tutte quelle informazioni esposte in modo narrativo. Questa parte narrativa può essere anche articolata in modo da richiamare l'informazione testuale nel dettaglio di sezione, dando una indicazione sulla formattazione da usare in rappresentazione del testo.

Esempio di utilizzo:

2235

```
1. <text>
2.   <paragraph>
3.     Si consiglia un approfondimento istologico al fine di
4.     definire la natura della lesione.
5.   </paragraph>
6. </text>
```

2240

CONF-RAD-142: Il documento **PUÒ** contenere una ed una sola sezione "Suggerimenti per il medico prescrittore"

CONF-RAD-143: la sezione Suggerimenti per il medico prescrittore **DEVE** avere un elemento `<code>` valorizzato con l'attributo `code` pari a "**18783-1**" e `codesystem` pari a "**2.16.840.1.113883.6.1**"

2245

CONF-RAD-144: la sezione Suggerimenti per il medico prescrittore **DEVE** avere un elemento `<title>` valorizzato con "**Suggerimenti per il medico prescrittore**"

CONF-RAD-145: la sezione Suggerimenti per il medico prescrittore **DEVE** avere un elemento `<text>` contenente tutte le informazioni espresse in modo narrativo ("human-readable").