
	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

TSE


Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica Delle Regioni e delle Province Autonome

Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2


	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Indice


1	Status del documento	6
2	Obiettivi del documento	8
3	Convenzioni terminologiche.....	9
3.1	Sistemi di codifica	9
3.2	Note di lettura	9
3.3	Requisiti di conformità.....	10
3.4	Termini e acronimi	10
4	Documenti di Prescrizione: elementi componenti	13
5	Documento di Prescrizione nel formato HL7-CDA Rel. 2	26
5.1	Root del documento: <ClinicalDocument>	26
5.2	Header CDA dei documenti di Prescrizione Farmaceutica, Specialistica e di Ricovero ..27	
5.2.1	Dominio: <realmCode>.....	27
5.2.2	Identificativo CDA2: <typeId>	27
5.2.3	Identificativo del template HL7: <templateId>	28
5.2.4	Identificativo del documento: <id>	30
5.2.5	Versione del documento: <setId> e <versionNumber>	31
5.2.6	Codice del documento: <code>	34
5.2.7	Riservatezza del documento: <confidentialityCode>.....	39
5.2.8	Data di creazione del documento: <effectiveTime>	40
5.2.9	Lingua e dominio: <languageCode>.....	41
5.2.10	Destinatario: <recordTarget>	41
5.2.11	Soggetti partecipanti: <participant>	48
5.2.12	Custode: <custodian>.....	52
5.2.13	Autore e autenticatore: <author> e <legalAuthenticator>	53
5.3	Body CDA del documento di Prescrizione Farmaceutica.....	58
5.3.1	Esenzioni: <section ID="ESENZIONI">.....	60
5.3.2	Farmaci prescritti: <section ID="PRESCRIZIONI"> e <substanceAdministration>	65
5.4	Body CDA del documento di Prescrizione Specialistica.....	78

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

5.4.1	Esenzioni: <section ID="ESENZIONI">.....	78
5.4.2	Prestazioni prescritte: <section ID="PRESCRIZIONI"> e <observation>.....	78
5.5	Body CDA del documento di Prescrizione di Ricovero.....	86
5.5.1	Esenzioni: <section ID="ESENZIONI">.....	86
5.5.2	Prescrizione di ricovero: <section ID="RICOVERO"> e <act/>.....	86
6	Documento di Erogazione della Prescrizione nel formato HL7-CDA Rel. 2.....	93
6.1	Header CDA dei documenti di Erogazione Prescrizione Farmaceutica e Specialistica ...	93
6.1.1	Identificativo del template HL7: <templateId>.....	93
6.1.2	Codice prescrizione erogata: <id> e <setId>.....	94
6.1.3	Riferimento al documento di prescrizione: <inFulFillmentOf>.....	97
6.2	Body CDA del documento di Erogazione Prescrizione Farmaceutica	99
6.2.1	Esenzioni: <section ID="ESENZIONI">.....	100
6.2.2	Erogazione presidi medicinali: <section ID="EROGAZIONE_FARMACEUTICA">.....	100
6.2.3	Pagamento ticket: estensioni CDA.....	105
6.3	Body CDA del documento di Erogazione Prescrizione Specialistica	113
6.3.1	Esenzioni: <section ID="ESENZIONI">.....	113
6.3.2	Erogazione prestazioni di specialistica: <section ID="EROGAZIONE_SPECIALISTICA">.....	114
7	Casi d'uso della Prescrizione	119
7.1	Prescritto/Erogato Farmaceutica [Paziente->MMG-Farmacia].....	119
7.2	Prescritto/Erogato Specialistica [Paziente->MMG->AO]	120
8	Bibliografia	121
	Appendice A – Elenco OID	122
	Appendice B – Cenni sulla Firma Digitale XML.....	123
	Appendice C - Clinical Document Architecture: Panoramica	124
	C1 - Health Level 7 (HL7).....	124
	C1.1 - L'HL7 Reference Information Model (RIM) e la struttura dello standard	124
	C2 - Clinical Document Architecture Release 2	129
	C2.1 - Principali componenti di un documento CDA.....	130
	C2.2 - CDA Header	133
	C2.3 - CDA Body	134
	Appendice D – Schema XSD estensioni CDA.....	135


	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del “Documento di Prescrizione” secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Appendice E - Composizione dello IUD.....	137
E1 – Ricognizione delle modalità di creazione degli Identificativi Unici di Documento (IUD) in sistemi e progetti regionali.....	137
E2 – Ipotesi di normalizzazione dello IUD	138
Appendice F – Processo di riconciliazione IUD-PLG	139

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Indice delle figure


Figura 1 – Documento di prescrizione: Fronte	13
Figura 2 – Documento di prescrizione: Retro	14
Figura 3 – Versionamento del documento - Replace (estratto documentazione HL7)	34
Figura 4 – Tipologia della prescrizione	36
Figura 5 – Data della prescrizione	40
Figura 6 – Campi per assistiti di istituzioni estere	42
Figura 7 – Campo per la firma del prescrittore	56
Figura 8 – Struttura generale Prescrizione Farmaceutica	59
Figura 9 – Struttura per le esenzioni	60
Figura 10 – Struttura per i farmaci prescritti	66
Figura 11 – Timing Specification (estratto dalla documentazione dello standard HL7)	68
Figura 12 – Struttura generale Prescrizione Specialistica	78
Figura 13 – Struttura generale Prescrizione di Ricovero	86
Figura 14 – Struttura descrizione e motivo del ricovero	87
Figura 15 – Codice identificativo della prescrizione	95
Figura 16 – Struttura generale Erogazione Prescrizione Farmaceutica	99
Figura 17 – HL7 – Estratto R-MIM dal dominio FIAB (FIAB RM020000)	106
Figura 18 – Modello estensione informale CDA	108
Figura 19 – Estensione CDA: Dettaglio della classe <code>FinancialTransaction</code>	109
Figura 20 – Struttura generale Erogazione Prescrizione Specialistica	113
Figura 21 – Struttura descrizione Erogazione Prescrizione Specialistica	114
Figura 22 – Caso d'uso: Prescritto/Erogato Farmaceutica [Paziente->MMG-Farmacia]	119
Figura 23 – Caso d'uso: Prescritto/Erogato Specialistica [Paziente->MMG->AO]	120
Figura 24 – HL7 Normative Class: <code>FoundationClasses Subject Area</code>	126
Figura 25 – Processo di generazione dei messaggi/documenti HL7v3	128
Figura 26 – Modello R-MIM (Refined Message Information Model) completo del CDA Rel. 2.0 ...	132

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--


1 Status del documento

Storia delle principali revisioni:

Versione	Status	Data	Descrizione Modifica
2.0	DEF	22/04/2009	QUESTA VERSIONE - APPROVATA DAL TSE
2.0	RC3	22/04/2009	Contiene revisioni minori che recepiscono le osservazioni della Regionali
2.0	RC2	21/02/2009	Contiene revisioni finali del gruppo di lavoro interregionale per approvazione al TSE
2.0	RC1	02/12/2008	Ulteriori revisioni passa allo stato RC per approvazione RMMG
2.0	BOZZA 03	13/11/2008	Revisioni minori
2.0	BOZZA 02	25/07/2008	Aggiornamento alle recenti modifiche della prescrizione DM MEF del 17 marzo 2008, , aggiornamento degli OID ed altri upgrade minori.
1.0	Release 1 Preview	01/08/2007	Release 1 Preview per l'implementazione nei progetti regionali
1.0	BOZZA 10	19/07/2007	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inserimento caso d'uso Specialistica 2. Revisione OID template 3. Inserimento Regole di Conformance 4. Revisione schemi XML 5. Strutturazione in Livelli delle sezioni 6. Revisione cardinalità classi 7. Aggiornamento Codici Ricovero 8. Aggiornamento codici Priorità 9. Aggiornamento Codici Sezioni 10. Revisione Complessiva
1.0	BOZZA 08	18/06/2007	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modifica sezione <ticket> – Estensione per inserimento ticket 2. Revisione OID 3. Integrazione Appendice F 4. Prescrizione di ricovero 5. Revisione patient-id 6. Revisione codici template 7. Completamento erogazione della prescrizione 8. Modifica modalità di firma 9. Nuova struttura capitoli 10. Inserimento casi d'uso 11. Revisione esempi XML appendice 12. Inserimento Schemi XSD Estensioni Informali

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

1.0	BOZZA 04	27/03/2007	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminati alcuni errori di battitura 2. Revisione generale 3. Modifica complessiva OID 4. Aggiunta appendice sul calcolo dello IUD 5. Modifica intestazione cap.5 6. Nuova versione sezione <id> e <setID> 7. Modifica sezione <recordTarget> <patientRole> 8. Modifica sezione <ticket> - Estensione per inserimento ticket 9. Inserimento nota 7 pag.37 10. Modifica alternative <custodian> sezione 9.1.4.8 11. Aggiunta Appendice E- Firma 12. Aggiunta Tabelle OID Appendice D
1.0	BOZZA 01	05/03/2007	Prima versione BOZZA rilasciata in discussione

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

2 Obiettivi del documento

Obiettivo del presente documento è descrivere le modalità di creazione dei documenti di **"Prescrizione" (Farmaceutica, Specialistica e di Ricovero)** e di **"Erogazione della prescrizione" (Farmaceutica, Specialistica)**, secondo lo standard internazionale HL7-CDA Rel. 2.0, scelto come riferimento per la conservazione e lo scambio tra gli attori del dominio sanitario. Una descrizione dettagliata dello standard HL7-CDA Rel. 2.0 è fornita in Appendice C.


Il presente lavoro parte dalla definizione di **"prescrizione"** derivante dai principali presupposti normativi contemplati nell'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, recante disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie.

Nella stesura del presente documento sono stati valutati anche tutti gli aspetti previsti in merito alle prescrizioni negli accordi collettivi nazionali dei medici prescrittori¹.

Sono dunque strutturati tutti gli elementi normativi previsti nel "modello di ricetta", nel rispetto delle previsioni dello standard HL7-CDA Rel. 2.0 opportunamente localizzato per il dominio italiano, secondo le specifiche di estensibilità previste dallo standard medesimo.

Un documento CDA è un documento XML composto da un'intestazione, denominata header, e da un corpo, denominato body. Il presente documento specifica in dettaglio quali elementi XML devono necessariamente comporre i documenti di prescrizione e di erogazione della prescrizione e quali possono invece essere utilizzati opzionalmente, precisando altresì il tipo ed il valore dei rispettivi attributi. Allo scopo di rendere più esplicativo il presente documento, sono forniti numerosi esempi di utilizzo, uno per ogni elemento XML descritto.

¹ Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, ai sensi dell'art. 8 del Decreto Legislativo n. 502/92, come modificato dai successivi Decreti Legislativi n. 517/93 e n. 229/99.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

3 Convenzioni terminologiche

Nel testo del documento sono usati i seguenti stili di formattazione per indicare classi di elementi descrittivi.

Una struttura XML è indicata in una box con bordo punteggiato, come nell'esempio:

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

In accordo, nel testo, elementi di strutture XML sono formattati nello stesso stile (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 utilizzata la notazione [...] o la notazione **[MNEMONIC]** (ad es. **[ANAG.REG.OPT]**), per indicare valori o parti di valori che devono essere ancora definiti al momento della stesura del presente documento, ma che assumeranno un valore ben definito nel futuro. Ad esempio, di seguito **[ANAG.REG.OPT]** è utilizzato per indicare una porzione del codice **OID** che identifica l'anagrafica regionale degli operatori a cui il codice riportato nell'attributo **extension** si riferisce:

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

Il testo estratto dalla normativa di riferimento HL7- CDA Release 2.0 verrà indicato in una box a bordo continuo e sfondo grigio, come nell'esempio.


ClinicalDocument.typeId is a technology-neutral explicit reference to this CDA, Release Two specification, and must be valued as follows: ClinicalDocument.typeId.root = "2.16.840.1.113883.1.3" (which is the OID for HL7 Registered models); ClinicalDocument.typeId.extension = "POCD_HD000040" (which is the inique identifier for the CDA, Release Two Hierarchical Description).

3.1 Sistemi di codifica

Per l'identificazione delle diverse sezioni del documento CDA è utilizzata nel seguito del documento la codifica LOINC come sistema preferenziale. In assenza di codici LOINC specifici (ad es. sezione esenzioni) sono stati individuati dei codici sostitutivi da utilizzare in attesa della disponibilità di nuovi codici LOINC da utilizzare come identificativi.

3.2 Note di lettura

Nella definizione dei requisiti, delle specifiche e delle regole descritte nel presente documento sono utilizzate le parole chiave DEVE, NON DEVE, OBBLIGATORIO, VIETATO, DOVREBBE, CONSIGLIATO, NON DOVREBBE, SCONSIGLIATO, POTREBBE,

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

OPZIONALE che devono essere interpretate in conformità con RFC2119².

In particolare:

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

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

3.3 Requisiti di conformità


I requisiti di conformità sono specificati nel presente documento in una box con sfondo grigio, come quella riportata in basso.

CONF-NNN: Requisito di conformità numero NNN
COND-CONF-NNN: Requisito condizionale di conformità numero NNN


3.4 Termini e acronimi

Acronimo	Termine	Descrizione
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco	Organismo sanitario per la promozione delle conoscenze dei farmaci facente capo al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e al Ministero dell'Economia e


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

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

		delle Finanze
ANSI	American National Standards Institute	Organizzazione che promuove standard per gli Stati Uniti
ASL	Azienda Sanitaria Locale	Ente regionale che gestisce le prestazioni sanitarie
CDA	Clinical Document Architecture	Standard specificato da HL7 che specifica come strutturare un documento clinico
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico	Infrastruttura software in corso di sviluppo a livello nazionale atta a rendere disponibili informazioni cliniche rilevanti su ogni individuo
HL7	Health Level 7	Organizzazione internazionale impegnata nello sviluppo di standard internazionali nel settore sanitario, allo scopo di consentire la condivisione e l'integrazione di informazioni cliniche
ISO	International Organization for Standardization	Organizzazione internazionale per la definizione di norme tecniche
IUD	Identificativo Unico di Documento	Identificatore utilizzato per individuare univocamente un documento
IUP	Identificativo Unico di Prescrizione	Identificatore utilizzato per individuare univocamente un documento contenente una prescrizione
LOINC	Logical Observation Identifiers Names and Codes	Standard per la nomenclatura e codifica di indagini di laboratorio ed osservazioni cliniche
MDA	Model Driven Architecture	Metodologia definita da OMG atta a semplificare lo sviluppo dei sistemi software mediante la realizzazione di modelli
MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze	Ministero dell'Economia e delle Finanze
OID	Object Identifier	Identificatore utilizzato per etichettare univocamente un oggetto. Strutturalmente, gli OID sono associati tra di loro in maniera tale

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

		da formare un albero all'interno di un namespace
IPZS	Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato	Istituto nazionale che si occupa delle pubblicazioni ufficiali dello Stato e della coniazione delle monete, delle banconote e dei francobolli nazionali
PLG	-	Codice univoco generato da IPZS/MEF per identificare le ricette cartacee
RIM HL7	Reference Information Model HL7	Modello Informativo della versione 3 di HL7 che specifica il contenuto dei dati necessari in specifici contesti clinici o amministrativi
SASN	Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti	Servizio pubblico che assicura l'assistenza sanitaria marittima
SSN	Servizio Sanitario Nazionale	Servizio pubblico che assicura la tutela della salute e l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini italiani e stranieri
STP	Straniero Temporaneamente Presente	Codice identificativo di un cittadino straniero rilasciato da qualsiasi Azienda Sanitaria
XML	eXtensible Markup Language	Metalinguaggio di markup, sviluppato da W3C, costituito da elementi, o tag, bilanciati e organizzati in maniera gerarchica, contenenti eventualmente del testo. Ogni elemento può comprendere degli attributi, i quali forniscono informazioni aggiuntive sugli elementi stessi
XSD	XML Schema Definition	Linguaggio di descrizione del contenuto di un file XML gestito da W3C


	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

4 Documenti di Prescrizione: elementi componenti

I ricettari conformi ai modelli di ricetta medica a lettura ottica, revisionati dal Decreto Ministeriale 17 Marzo 2008 del Ministero dell'Economia e delle Finanze di concerto con il Ministero della Salute, definiscono la struttura del documento di prescrizione farmaceutica e specialistica e le informazioni in esso contenute.

La prescrizione è composta da una serie di campi informativi previsti dalla legge che devono essere compilati di volta in volta dal medico prescrittore, dall'erogatore della prestazione farmaceutica o specialistica e dall'assistito/assistibile. Le figure seguenti mostrano il formato del documento di prescrizione fronte/retro.

Figura 1 – Documento di prescrizione: Fronte


	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---



<p>AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/78) nonché nelle Case di cura private accreditate. Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 460, 461 e 464 del CP. Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 26 dicembre 2000 n. 445. Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale. 																																												
<p>SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE</p> <table> <tr> <td colspan="12">CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION</td> <td colspan="2">STATO ESTERO / COUNTRY</td> </tr> <tr> <td colspan="12">NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER</td> <td colspan="2">DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH</td> </tr> <tr> <td colspan="12">NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD</td> <td colspan="2">DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE</td> </tr> </table>			CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION												STATO ESTERO / COUNTRY		NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER												DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH		NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD												DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE	
CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION												STATO ESTERO / COUNTRY																																
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER												DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH																																
NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD												DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE																																
<p>FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE</p>		<p>AUTORIZZAZIONI/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA</p>																																										
<p>FIRMA DEL MEDICO</p>	<p>FIRMA DELL'ASSISTITO</p>	<p>FIRMA DEL FARMACISTA</p>																																										
<p>ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI</p> <ol style="list-style-type: none"> La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate. La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione. Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di continuità assistenziale. E' vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti. <p><i>L'attestazione del diritto all'esenzione per motivi sanitari è certificata esclusivamente dal medico prescrittore</i></p>																																												


Figura 2 – Documento di prescrizione: Retro



Di seguito si riporta brevemente una descrizione dei singoli oggetti informativi contenuti nella prescrizione e il loro significato.


Le descrizioni riportate NON DEVONO intendersi sostitutive della lettura della normativa, in quanto riassuntive e non complete. Esse sono incluse nel documento esclusivamente allo scopo di facilitare la comprensione della struttura del documento CDA.

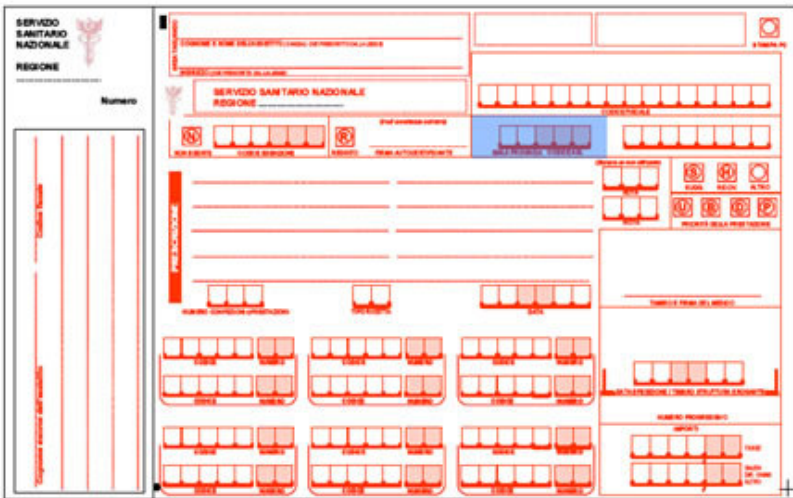
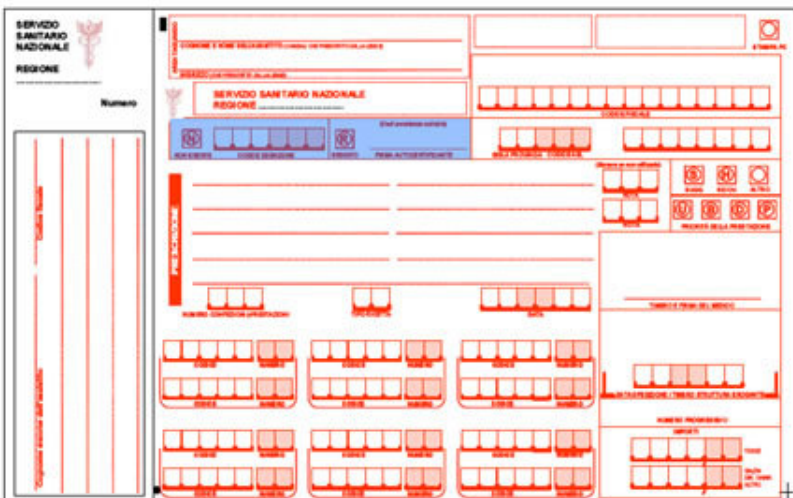
	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---


ID	Elementi della Ricetta	Dettaglio
F.A		<p>Intestazione:</p> <p>Indicazione dell'ente di competenza: "Servizio Sanitario Nazionale – Nome Regione" o "Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti"</p>
F.B		<p>Codice a barre e numerico identificativo della ricetta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ente di competenza (Regione, Provincia Autonoma o Ente SASN) (3 cifre) Anno di produzione del ricettario (2 cifre) Numerazione progressiva della ricetta nell'ambito del medesimo ente di competenza (9 cifre) Codice parità (1 cifra)


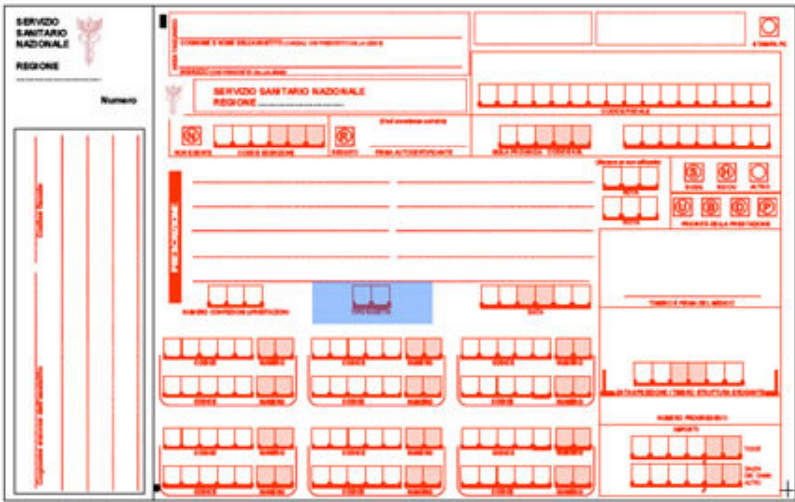
	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---


F.C		<p>Area anagrafica:</p> <p>Area atta ad essere coperta dal tagliando adesivo previsto dall'art. 87 nella nuova disciplina sulla Privacy (D.lg. 30 giugno 2003 n. 196) contenente cognome, nome e, ove prescritto dalla legge, l'indirizzo dell'assistito. Il medico deve sempre scrivere il nome dell'assistito sulla ricetta. Solo per le prescrizioni di medicinali, il nominativo è oscurato utilizzando apposite strisce adesive coprenti, che non invadano le zone destinate alla lettura ottica</p>
F.D		<p>Codice fiscale:</p> <p>Formato da 16 caselle contigue a lettura ottica con riempimento obbligatorio del codice fiscale dell'assistito o codice STP per gli stranieri temporaneamente presenti sul territorio</p>

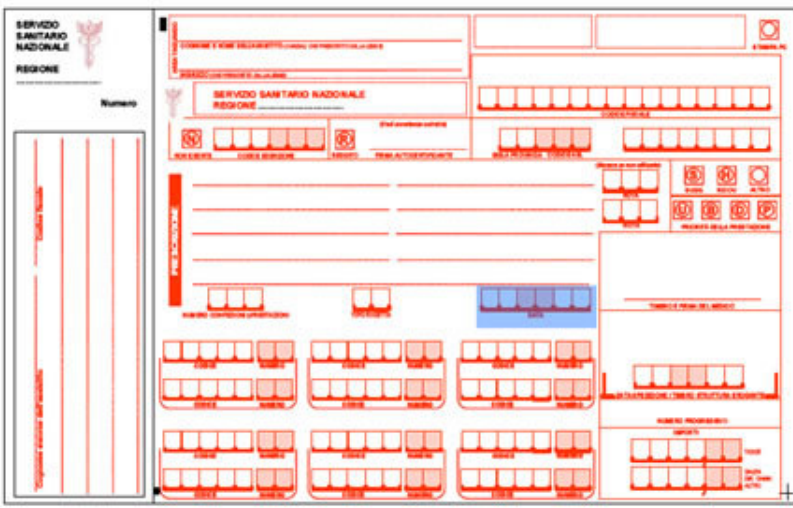
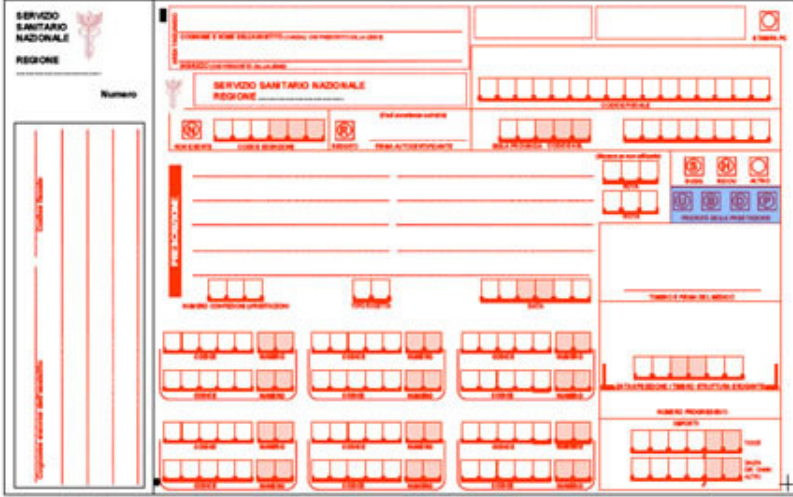
	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---


<p>F.E</p>		<p>Codice ASL di competenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provincia ASL (2 caratteri) • Codice ASL (3 caratteri)
<p>F.F</p>		<p>Codici esenzione:</p> <p>Il medico deve obbligatoriamente comporre tale area. In caso di assenza del diritto dell'assistito all'esenzione, il medico deve biffare la casella "N". In caso contrario, dovranno essere compilate, con allineamento a sinistra, le sei caselle del codice di esenzione. L'area comprende un'eventuale firma dell'assistito per esenzioni relative al reddito</p>

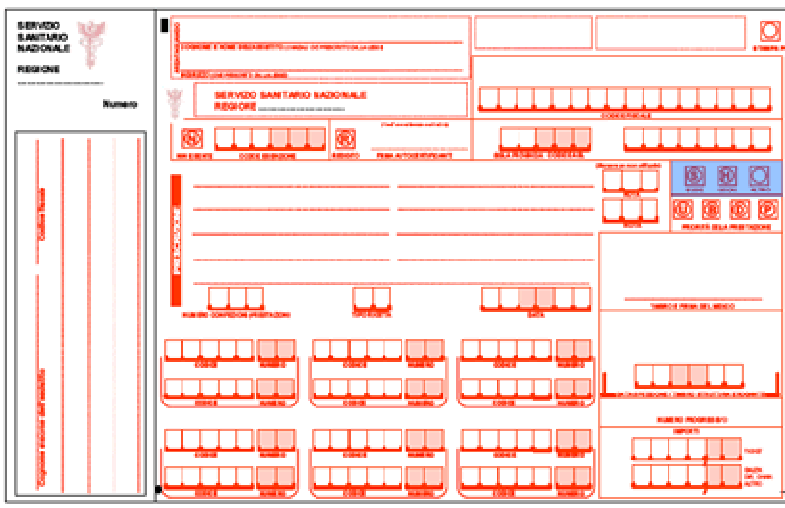

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---


<p>F.G</p>		<p>Prescrizioni e descrizione diagnosi:</p> <p>Nelle 3 caselle contigue il medico deve indicare con allineamento a sinistra il numero complessivo dei pezzi o delle prestazioni prescritte. Il medico non è esentato dall'indicazione, nello spazio "prescrizione", del numero di confezioni prescritte per ciascun medicinale</p>
<p>F.H</p>		<p>Tipologia prescrizione:</p> <p>Area compilata nei casi di prescrizione a favore di cittadini comunitari ("UE"), per soggetti assicurati da istituzioni estere con cui l'Italia è convenzionata ("EE"), muniti di apposito modulo rilasciato dall'ASL, e per assistiti stranieri "indigenti irregolari" muniti di tessera STP ("ST"); nel caso di ricetta SASN la prima casella del campo è prestampata con l'indicazione della lettera "N"</p>


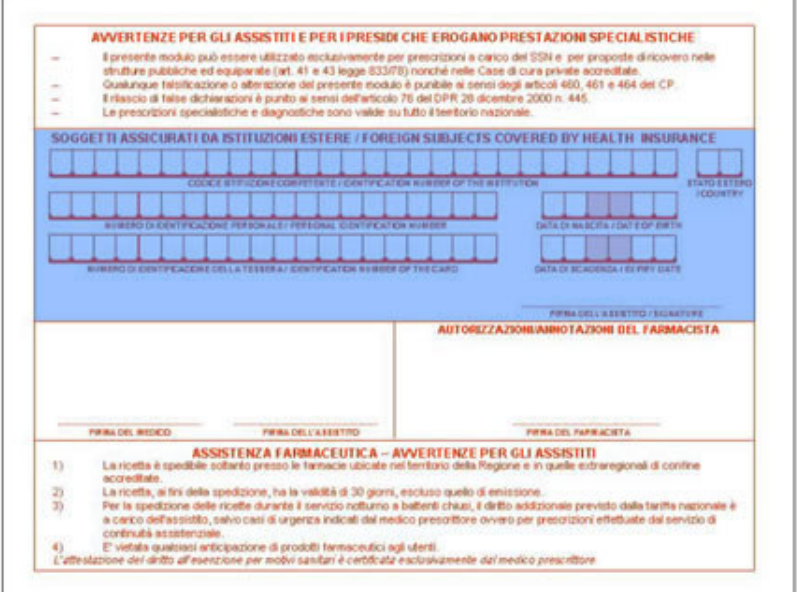
	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del “Documento di Prescrizione” secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---


<p>F.I</p>		<p>Data compilazione prescrizione:</p> <p>Data della prescrizione nel formato gg/mm/aa</p>
<p>F.L</p>		<p>Priorità prescrizione:</p> <p>Il medico, ad esclusione della guardia medica, è obbligato a biffare la casella “U”, nel caso di prescrizione urgente</p>

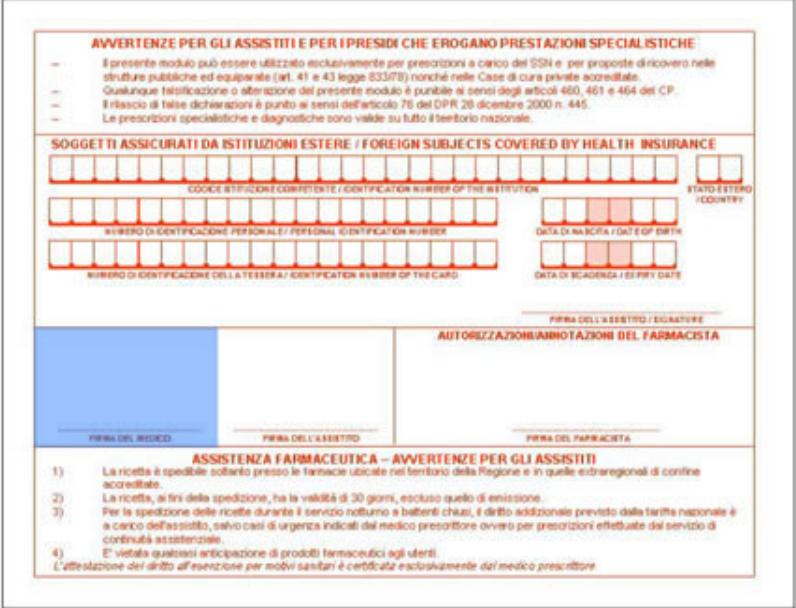
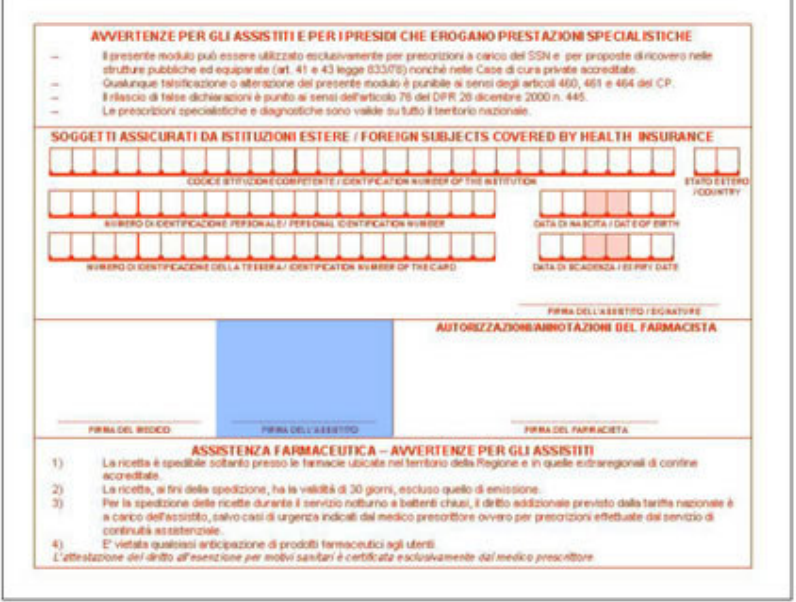
	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---


F.M		<p>Tipologia prescrizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lettera "S": prescrizione suggerita • Lettera "H": proposta di ricovero • Dicitura "Altro": indicazione di elementi introdotti da provvedimenti Regionali/Provinciali
F.N		<p>Note AIFA (ex CUF):</p> <p>2 gruppi di 3 caselle per l'indicazione obbligatoria delle note relative ai farmaci prescritti</p>


	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

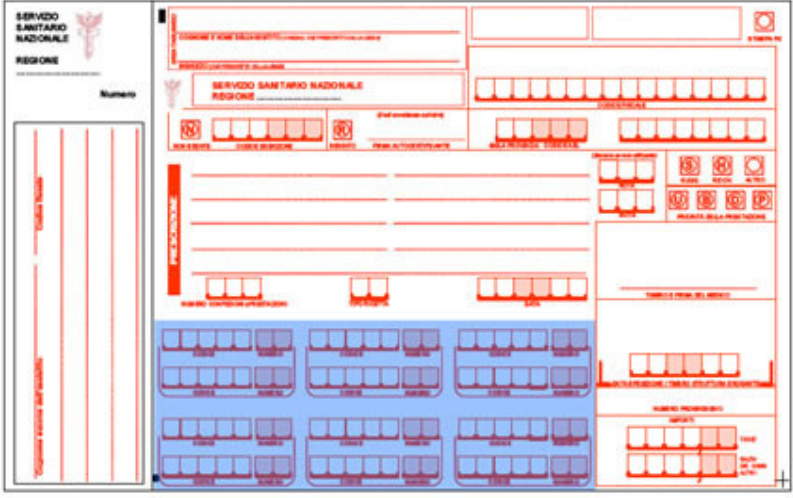
<p>F.O</p>		<p>Firma medico prescrittore e timbro:</p> <p>Il timbro deve indicare il codice regionale per il SSN del medico</p>
<p>R.A</p>		<p>Soggetti assicurati da istituzioni estere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Istituzione competente 2. Stato estero 3. Numero di Identificazione Personale dell'assistito 4. Data di nascita dell'assistito 5. Numero di identificazione della tessera dell'assistito 6. Data di scadenza della tessera 7. Firma dell'assistito


	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del “Documento di Prescrizione” secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---



R.B		<p>Firma del medico che esegue le prestazioni specialistiche</p>
R.C		<p>Firma assistito:</p> <p>Per attestazione della fruizione della prestazione specialistica o della distribuzione di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera a) della legge 405/01</p>


	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

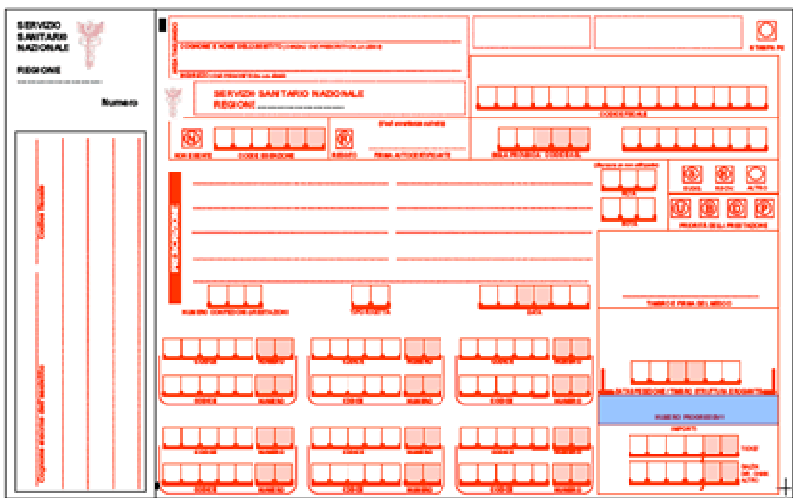
<p>R.D</p>		<p>Annotazioni e firma da parte del farmacista:</p> <p>Per le annotazioni previste dal DPR 371/98 (Accordo collettivo nazionale)</p>
-------------------	---	---


Erogato prestazione farmaceutica		
<p>E.A</p>		<p>Area bollini farmaceutici</p>

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

<p>E.B</p>		<p>Importi ed altro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Importi riscossi dagli assistiti 2. Indicazione di importo galenici/diritto chiamata/altro
<p>E.C</p>		<p>Data prescrizione, timbro e firma:</p> <p>Data di spedizione della ricetta (formato gg/mm/aa), timbro struttura erogante e firma</p>

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

<p>E.D</p>		<p>Numero progressivo:</p> <p>Numero progressivo della ricetta attribuito dalle strutture eroganti il servizio. Campo obbligatorio</p>

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

5 Documento di Prescrizione nel formato HL7-CDA Rel. 2

L'iter prescrittivo, nel suo complesso, comprende il processo di prescrizione e quello successivo di erogazione. Si è preferito modellare tali processi in due modelli distinti di documenti CDA collegati tra loro, anche allo scopo di gestire processi di erogato digitali a fronte di processi di prescritto cartacei.

Il documento di prescrizione in formato CDA deve essere predisposto dall'applicativo software del medico prescrittore, firmato secondo le modalità di firma elettronica/digitale previste dalla normativa, e reso disponibile nel Fascicolo Sanitario Elettronico tramite le apposite interfacce di servizio.

L'erogatore (o probabilmente il prenotatore in caso di prescrizione specialistica), tramite l'applicativo software da lui utilizzato, potrà recuperare, in presenza dell'assistito/assistibile e da lui autorizzato, il documento di prescrizione in formato HL7-CDA Rel. 2 dal Fascicolo Sanitario Elettronico e provvedere all'erogazione (prenotazione) della prestazione farmaceutica o specialistica generando un documento di **"Erogazione della prescrizione"** collegato al documento di **"Prescrizione"** prodotto dal medico prescrittore.

In questa sezione vengono presentati i modelli di prescrizione farmaceutica, specialistica e di ricovero strutturati secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2.0, mentre i documenti di erogazione sono descritti nella sezione seguente.


In particolare, nel seguito sono descritti in dettaglio quali elementi XML sono obbligatori e quali opzionali, oltre al tipo, al valore e ad una breve descrizione degli attributi degli elementi riguardanti l'header ed il body in formato CDA dei suddetti documenti di prescrizione. Per ogni elemento, è inoltre fornito un esempio d'utilizzo dello stesso.

5.1 Root del documento: <ClinicalDocument>

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 nella tabella seguente.

Esempio d'utilizzo:

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

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

5.2 Header CDA dei documenti di Prescrizione Farmaceutica, Specialistica e di Ricovero

Di seguito è definita la struttura del documento CDA. In particolare, sono omessi alcuni attributi degli elementi ed i relativi valori nel caso siano invariati rispetto ai valori di default previsti da HL7, a meno che la loro specificazione non sia assolutamente necessaria. Pertanto, **laddove l'attributo non sia indicato, non vuol dire che esso non esista o non sia necessario riportarlo, ma semplicemente che va valorizzato con il valore di default assegnato dallo standard HL7-CDA Rel. 2.0.**

Gli OID utilizzati per alcuni codici nel documento non sono ancora assegnati o possono non avere, in alcuni casi, la struttura corretta. Le codifiche ufficiali e le loro modifiche DEVONO essere richieste direttamente alle organizzazioni o agli enti competenti.

Segue un elenco di tutti gli elementi necessari e facoltativi componenti l'header del documento di prescrizione (Farmaceutica, Specialistica, e di Ricovero) in formato HL7-CDA Rel. 2.0.

5.2.1 Dominio: <realmCode>

Elemento OBBLIGATORIO che specifica il dominio di appartenenza del documento.

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

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

Esempio d'utilizzo:


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

CONF-001: Il documento **DEVE** contenere un elemento **ClinicalDocument/realmCode** con valore dell'attributo **code** uguale a **"IT"**.

5.2.2 Identificativo CDA2: <typeId>

Elemento OBBLIGATORIO che indica che il documento è strutturato secondo le specifiche HL7-CDA Rel. 2.0 e più precisamente secondo lo schema definito da "CDA, Release Two Hierarchical Description".

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

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

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", ossia lo schema che contiene la gerarchia delle classi di un documento CDA

Esempio d'utilizzo:

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

CONF-002: Il documento **DEVE** contenere un elemento **ClinicalDocument/typeId** con valore dell'attributo **root** uguale a **"2.16.840.1.113883.1.3"** e dell'attributo **extension** uguale a **"POCD_HD000040"**.

5.2.3 Identificativo del template HL7: <templateId>


Elemento OBBLIGATORIO che indica il template HL7 di riferimento per il documento corrente. Un template HL7 è una struttura dati, basata sul RIM HL7, che esprime il contenuto dei dati necessario in uno specifico contesto clinico o amministrativo.

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

Precisamente, l'elemento <templateId> (di tipo HL7 Instance Identifier) identifica la specifica versione del *template*, la quale deve essere utilizzata dall'erogatore (denominato, in questo contesto, *document consumer*) per la validazione del documento di prescrizione (attraverso i cosiddetti schemi Schematron).

L'elemento <templateId> può, nel nostro contesto, permettere la progressiva evoluzione dei modelli di documento CDA utilizzati dalla sanità elettronica. Tramite la combinazione dell'elemento <code>, che resta costante per la medesima tipologia di documento (ad es.: "REFERTO RADIOLOGICO") e l'elemento <templateId>, che potrebbe variare in relazione alla versione dello schema utilizzato per validare il documento (ad es.: versione 1.0, 1.1, ecc.), è possibile da parte del *document consumer* individuare sempre lo specifico template di validazione della versione corrente di documento.

Lo standard prevede la possibilità di utilizzare template con diversi livelli di granularità, e consente anche di specificare template differenti in punti diversi del documento.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Secondo la localizzazione italiana, l'elemento `<templateId>` deve essere utilizzato esclusivamente alla radice del documento CDA ed applicato all'intero documento. NON DEVONO essere utilizzati pertanto template al livello sezione: se presenti, possono essere ignorati.

Si noti che il *document consumer* NON DEVE identificare il documento tramite l'elemento `<templateId>`, ma esclusivamente tramite l'elemento `<code>`.

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

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.10.2.1"	OID del catalogo degli schemi dei template di documento per i documenti di PRESCRIZIONE
extension ³	ST	"ITPRF_PRESC-001"	Versione del template, può essere omessa

Esempio d'utilizzo:

```
<templateId
  root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.1"
  extension="ITPRF_PRESC-001"/>
```

Tutti i template sono contenuti nel ramo 10 del root OID nazionale (il "*Root HL7 Italia Template*"), in particolare nel sottoramo 2 dedicato specificatamente ai "*Template CDA Rel. 2*".

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

L'attributo **extension**, rappresentativo della specifica versione del template di riferimento, assumerà il seguente valore:

- "**ITPRF_PRESC-001**" (prescrizione generica) (il valore in questa prima versione può essere omesso).

L'attributo **extension** potrà assumere, in futuro, ulteriori valori, se eventualmente si adotteranno template specifici per tipologia di prescrizione. In particolare:


- "**ITPRF_PRESC_FARMA-001**" (prescrizione farmaceutica): in questo caso,

³ Composizione del codice:

PREFISSO: ITPRF

CODICE: "PRESC"

VERSIONE: "001" (numero progressivo utilizzato per il versioning dei template)

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

- l'attributo **root** potrebbe assumere il valore "2.16.840.1.113883.2.9.10.2.6";
- "ITPRF_PRESC_SPEC-001" (prescrizione specialistica); in questo caso, l'attributo **root** potrebbe assumere il valore "2.16.840.1.113883.2.9.10.2.7";
- "ITPRF_PRESC_RICO-001" (prescrizione ricovero): in questo caso, l'attributo **root** potrebbe assumere il valore "2.16.840.1.113883.2.9.10.2.8".

CONF-003: Il documento **DEVE** contenere **un solo elemento ClinicalDocument/templateId** con valore dell'attributo **root** valorizzato con **"2.16.840.1.113883.2.9.10.2.1"**.

CONF-003-1: In caso di prescrizione, l'attributo **extension** dell'elemento **ClinicalDocument/templateId** **PUO'** essere uguale a **"ITPRF_PRESC-001"** **OR** essere omesso.

5.2.4 Identificativo del documento: <id>


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

L'elemento <id> (di tipo HL7 "Instance Identifier") è composto da un attributo **root** che riporta un codice OID, un attributo **extension** che riporta un codice specifico, ed un attributo **assigningAuthorityName**, valorizzato con il nome dell'organizzazione che è responsabile della codifica posta nel campo **extension**.

Come specificato nello standard HL7, ogni singola istanza di documento CDA (singola prescrizione, singolo referto, singola SDO,...) **DEVE** essere dotata di un **IDENTIFICATIVO UNIVOCO** (denominato anche IUD, ossia Identificativo Univoco del Documento, o anche IUP, Identificativo Univoco della Prescrizione, se il documento in questione è un documento prescrittivo), che andrà collocato nell'elemento <id> del documento.

Attualmente, l'identificazione univoca a livello nazionale del documento di prescrizione cartaceo avviene attraverso un codice (denominato codice PLG in questo documento) rilasciato dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato (IPZS) e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), apposto su ogni singola prescrizione cartacea. In futuro, auspicabilmente, questo identificativo *dovrà* essere dematerializzato e fornito ai prescrittori in formato elettronico (lo IUP) per essere inserito nella struttura CDA. L'elemento <id> (di tipo HL7 Instance Identifier) rappresenta un identificatore univoco ed 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 -

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

			garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale. Secondo la metodologia di generazione descritta in Appendice E, tale elemento potrebbe corrispondere all'OID del ramo di identificazione dei documenti della struttura cui appartiene l'autore
extension	ST	[IURD]	Identificativo Unico della Revisione del Documento all'interno del dominio di identificazione
assigningAuthorityName	ST	[NOME DOMINIO IDENTIFICAZIONE DOCUMENTI]	Nome del dominio di identificazione dei documenti. Nel caso di ricorso alla metodologia descritta in Appendice E può corrispondere al nome della struttura a cui appartiene l'autore del documento

Esempio d'utilizzo:

```

<id
  root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.6"
  extension="204.1234.20070327120000.DW322"
  assigningAuthorityName="[NOME STRUTTURA]"/>

```


CONF-004: Il documento **DEVE** contenere **un e non più di un** elemento **ClinicalDocument/id**.
CONF-004-1: 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 e l'attributo **extension** che contiene l'identificativo dell'**id** all'interno del dominio di identificazione.

5.2.5 Versione del documento: <setId> e <versionNumber>

Elementi OBBLIGATORI⁴ che consentono di gestire le revisioni del documento. L'elemento <setId> ha un valore costante tra le diverse versioni del medesimo documento, mentre l'elemento <versionNumber> varia al variare della revisione.

Tutte le nuove versioni del documento devono avere un <id> univoco e diverso da

⁴ <setId> e <versionNumber> sono, secondo lo standard CDA, elementi opzionali, o meglio, condizionalmente obbligatori.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---


quello delle versioni precedenti ed un **<setId>** uguale a quello definito nel primo documento pubblicato.

Il nuovo documento può comprendere un elemento **<relatedDocument>** che punta al documento sostituito.

Anche l'elemento **<setId>**, come l'elemento **<id>**, deve essere globalmente unico. E' 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>**.

<setId> :

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	[OID DOMINIO IDENTIFICAZIONE DOCUMENTI]	Identificativo univoco del dominio di indetificazione dei documenti. Tale identificativo - riconosciuto pubblicamente - garantisce l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale. Al momento, deve riportare l'OID del dominio che rilascia il codice PLG. In futuro, nel caso si adotterà la metodologia di generazione descritta in appendice E, tale elemento potrebbe corrispondere all'OID del ramo di identifcazione dei documenti della struttura cui appartiene l'autore.
extension	ST	[IURD]	Identificativo Unico della Revisione del documento all'interno del dominio di identificazione. Generato dal client dell'autore secondo regole condivise all'interno del dominio di competenza (definito dal root) in maniera tale da assicurare l'univocità di tale attributo all'interno del medesimo dominio.
assigningAuthorityName	ST	[NOME DOMINIO IDENTIFICAZIONE DOCUMENTI]	Nome del dominio di identificazione dei documenti. Nel caso di ricordo alla metodologia descritta in Appendice E può corrispondere al nome della struttura a cui appartiene l'autore del documento

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

<versionNumber>:

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

Esempio d'utilizzo:


```
<setId
  root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.6"
  extension="204.1234.20070327120000.DW322"
  assigningAuthorityName="[NOME STRUTTURA]" />
<versionNumber value="1" />
```

CONF-005: Il documento **DEVE** contenere **un e non più di un elemento ClinicalDocument/setId**.

CONF-005-1: L'elemento **ClinicalDocument/setId** **DEVE** riportare l'attributo **root** valorizzato con un identificativo – riconosciuto pubblicamente – che **DEVE** garantire l'univocità dell'istanza dell'identificativo a livello globale e l'attributo **extension** che contiene l'identificativo dell'elemento **ClinicalDocument/setId** all'interno del dominio di identificazione.

COND-CONF-006: **SE** l'elemento **ClinicalDocument/relatedDocument** non è presente, l'elemento **ClinicalDocument/setId** **DEVE** riportare l'attributo **root** valorizzato come l'attributo **root** di **ClinicalDocument/id**, l'attributo **extension** valorizzato come l'attributo **extension** di **ClinicalDocument/id**.

CONF-007: Il documento **DEVE** contenere **un e non più di un elemento ClinicalDocument/versionNumber** valorizzato con un intero positivo.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

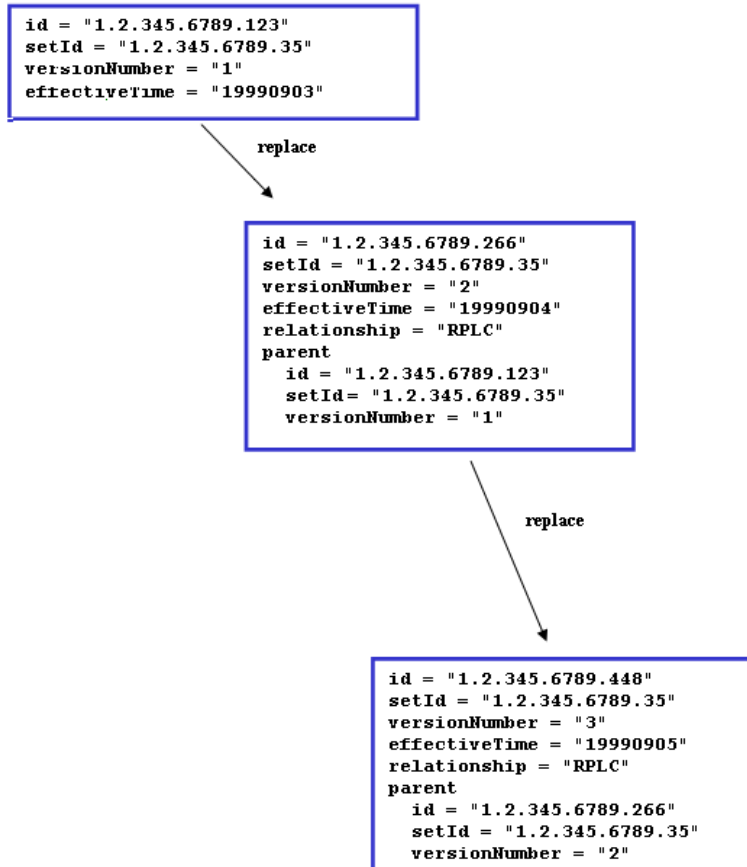


Figura 3 – Versionamento del documento - Replace (estratto documentazione HL7)


5.2.6 Codice del documento: <code>

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).


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

Nel caso della prescrizione, l'elemento DEVE essere valorizzato come segue.

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

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	"29305-0" (Medication prescribed - Prescrizione farmaceutica) "29304-3" (Medication dispensed - Erogazione prescrizione farmaceutica) "11488-4" (Consultation ntrote - Prescrizione specialistica) "34109-9" (Evaluation and management note - Erogazione prescrizione specialistica) "34112-3" (Transfer of care referral note - Prescrizione di ricovero) "47039-3" (Admission history and physical note - INPATIENT - Erogazione prescrizione di ricovero: accettazione) ⁵	Codici relativi alla tipologia di documento. Il TSE è impegnato nell'accreditare ulteriori valori direttamente nella tabella LOINC in modo da rispondere più puntualmente alle esigenze italiane
codeSystemName	ST	"LOINC"	Codifica per le tipologia di documento
codeSystemVersion	ST	"2.19"	Versione della codifica LOINC
displayName	ST	"PRESCRIZIONE FARMACEUTICA" or "EROGAZIONE PRESCRIZIONE FARMACEUTICA" "PRESCRIZIONE SPECIALISTICA" or "EROGAZIONE PRESCRIZIONE SPECIALISTICA" "PRESCRIZIONE RICOVERO" or	Descrizione della tipologia di prescrizione/erogazione

⁵ Questa tipologia di documento non è tuttavia dettagliata in queste specifiche.

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

	"EROGAZIONE PRESCRIZIONE DI RICOVERO: ACCETTAZIONE"	
--	---	--

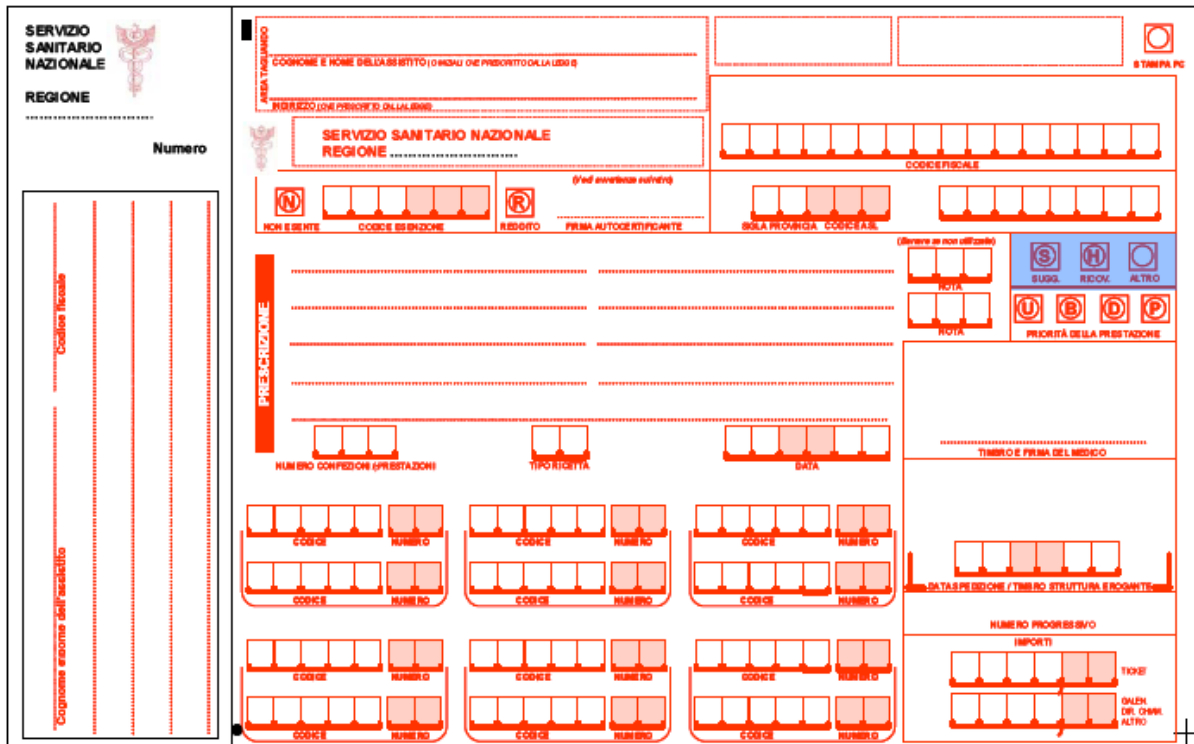



Figura 4 – Tipologia della prescrizione

Esempio d'utilizzo:

```
<code
  code="29305-0"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  codeSystemVersion="2.19"
  displayName="PRESCRIZIONE FARMACEUTICA"/>
```

CONF-008: Il documento **DEVE** contenere **un e non più di un elemento ClinicalDocument/code**.

CONF-008-1: L'elemento **ClinicalDocument/code** **DEVE** riportare l'attributo **code** valorizzato con **"29305-0"** (Medication prescribed - Prescrizione farmaceutica) **OR** **"29304-3"** (Medication dispensed - Erogazione prescrizione farmaceutica) **OR** **"11488-4"** (Consultation note - Prescrizione specialistica) **OR** **"34109-9"** (Evaluation and management note - Erogazione prescrizione specialistica)

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

OR "34112-3" (Transfer of care referral note - Prescrizione di ricovero) **OR "47039-3"** (Admission history and physical note - INPATIENT - Erogazione prescrizione di ricovero: accettazione).

CONF-008-2: L'elemento **ClinicalDocument/code DEVE** riportare l'attributo **codeSystem** valorizzato con **"2.16.840.1.113883.6.1"**.

CONF-008-3: L'elemento **ClinicalDocument/code DEVE** riportare l'attributo **codeSystemName** valorizzato con **"LOINC"**.

CONF-008-4: L'elemento **ClinicalDocument/code DEVE** riportare l'attributo **codeSystemVersion** valorizzato con **"2.19"**.

CONF-008-5: L'elemento **ClinicalDocument/code DEVE** riportare l'attributo **displayName** valorizzato rispettivamente con **"PRESCRIZIONE FARMACEUTICA"** **OR** **"PRESCRIZIONE SPECIALISTICA"** **OR** **"EROGAZIONE PRESCRIZIONE FARMACEUTICA"** **OR** **"EROGAZIONE PRESCRIZIONE SPECIALISTICA"** **OR** **"PRESCRIZIONE RICOVERO"** **OR** **"EROGAZIONE PRESCRIZIONE DI RICOVERO: ACCETTAZIONE"**.

5.2.6.1 Traduzione del codice: <translation>


È possibile codificare i documenti utilizzando uno schema di codifica alternativo e/o specificarli con un livello di granularità superiore a quanto fornisce la già estesa codifica LOINC attraverso l'uso dell'elemento <translation> e del suo sottoelemento <qualifier>.

Nell'attributo **code**, in conformità a quanto indicato nell'art. 50, è utile precisare se l'ente di competenza della ricetta è SSN o SASN, nonché la tipologia di prescrizione:

- suggerita, se la prescrizione contenuta nella ricetta deriva da uno specifico suggerimento specialistico o da indicazioni rilasciate da una struttura di ricovero;
- ricovero ospedaliero, se la ricetta contiene la proposta di ricovero presso una struttura ospedaliera;
- altro, da utilizzare per altre tipologie di prestazioni di pertinenza regionale, di ASL o SASN.

È utile precisare anche il tipo di ricetta:

- assistiti SSN residenti;
- assistiti SASN italiani e non, dipendenti da datore di lavoro italiano, del settore marittimo o dell'aviazione civile: il prescrittore procede all'inserimento nel campo, con allineamento a sinistra, dei codici "NA" per visita ambulatoriale, "ND" per visita domiciliare; in particolare:
 - assistiti presso la rete dei SASN, in quanto lavoratori (stranieri o italiani) dipendenti da datore di lavoro NON italiano del settore marittimo o dell'aviazione civile ed assicurati presso istituzioni estere dei Paesi aderenti all'Unione Europea o di Paesi con i quali vigono accordi bilaterali o multilaterali: il prescrittore procede all'inserimento nel campo, con


	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

allineamento a sinistra, del codice "NE" per definire l'effettuazione della prescrizione a soggetto assistito da istituzioni dell'Unione Europea; il prescrittore procede all'inserimento nel campo del codice "NX" qualora la prescrizione si riferisca a soggetto assistito da istituzioni estere extraeuropee;

- STP: il prescrittore procede all'inserimento nel campo, con allineamento a sinistra, del codice "ST";
- soggetti assicurati da istituzioni estere: il prescrittore procede all'inserimento nel campo, con allineamento a sinistra, del codice "UE" per istituzioni estere o "EE" nel caso di istituzioni estere extraeuropee.

Esempio d'utilizzo:

```
<code
  code="29305-0"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
  codeSystemName="LOINC"
  codeSystemVersion="2.19"
  displayName="PRESCRIZIONE FARMACEUTICA">
  <translation
    code="SSN"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.45"
    codeSystemName="Classe ricetta"
    displayName="Ricetta SSN">
    <qualifier>
      <name
        code="TP"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.45"
        codeSystemName="Classe ricetta"
        displayName="Ricetta SSN - Tipologia di
Prescrizione"/>
      <value
        code="S"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.45"
        codeSystemName="Classe ricetta"
        displayName="Suggerita"/>
      </qualifier>
    </qualifier>
    <name
      code="TR"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.45"
      codeSystemName="Classe ricetta"
      displayName="Ricetta SSN - Tipo di Ricetta"/>
    <value
      code="ST"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.47"
      codeSystemName="Classe ricetta"
```

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

        displayName="STP"/>
    </qualifier>
</translation>
</code>

```

5.2.7 Riservatezza del documento: <confidentialityCode>

Elemento OBBLIGATORIO che specifica il livello di riservatezza del documento.

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

Codice	Definizione
N (normal) (codeSystem 2.16.840.1.113883.5.25)	Normal confidentiality rules (according to good health care practice) apply. That is, only authorized individuals with a legitimate medical or business need may access this item.
R (restricted) (codeSystem 2.16.840.1.113883.5.25)	Restricted access, e.g. only to providers having a current care relationship to the patient.
V (very restricted) (codeSystem 2.16.840.1.113883.5.25)	Very restricted access as declared by the Privacy Officer of the record holder.

Nel caso della prescrizione, l'elemento deve essere così valorizzato:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.5.25"	OID codifica
code	ST	"N" or "R" or "V"	Normali regole di riservatezza
codeSystemName	ST	"Confidentiality"	Nome della codifica

Esempio d'utilizzo:


```

<confidentialityCode
  code="N"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25"
  codeSystemName="Confidentiality"/>

```

CONF-009: Il documento **DEVE** contenere **un e non più di un elemento ClinicalDocument/confidentialityCode**.

CONF-009-1: 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".

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---


5.2.8 Data di creazione del documento: <effectiveTime>

Elemento OBBLIGATORIO che indica la data di creazione del documento CDA. L'elemento <effectiveTime> rappresenta un codice temporale, che deve essere valorizzato attraverso un tipo Time Stamp (**ts**), come presentato di seguito. Tale valore deve essere quello del client utilizzato dal *document source*, opportunamente certificato.

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)



Figura 5 – Data della prescrizione

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Esempio d'utilizzo:

```
<effectiveTime value="20050729183023+0100"/>
```

CONF-010: Il documento **DEVE** contenere **un e non più di un elemento ClinicalDocument/effectiveTime**.

CONF-010-1: L'elemento **ClinicalDocument/effectiveTime DEVE** riportare l'attributo **value** valorizzato nel formato **[YYYYMMddhhmmss+|-ZZzz]** ed una lunghezza pari a **19 caratteri**.

5.2.9 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).

Nel caso di prescrizione, l'elemento DEVE essere valorizzato come segue.

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

Esempio d'utilizzo:

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

CONF-011: Il documento **DEVE** contenere **un e non più di un elemento ClinicalDocument/languageCode**.


CONF-011-1: L'elemento **ClinicalDocument/languageCode DEVE** riportare l'attributo **code** valorizzato con **"it-IT"**.

5.2.10 Destinatario: <recordTarget>

Elemento OBBLIGATORIO che identifica il soggetto della prestazione.

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

L'elemento deve pertanto essere strutturato come segue:

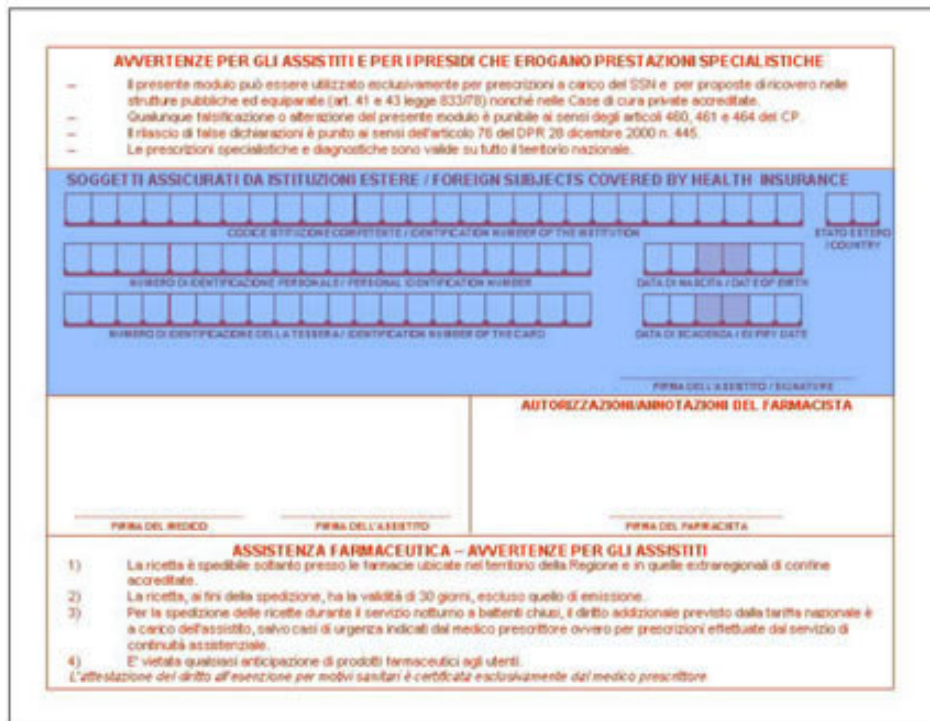
	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

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

CONF-012: Il documento DEVE contenere un elemento ClinicalDocument/recordTarget.

5.2.10.1 <patientRole>

L'elemento <patientRole> deve prevedere al suo interno almeno un elemento di tipo <id>, destinato ad accogliere la chiave identificativa del paziente, secondo gli schemi assegnati da ogni singola regione, e, eventualmente, un ulteriore elemento di tipo <id>, destinato ad accogliere le informazioni relative al codice fiscale.



AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/78) nonché nelle Case di cura private accreditate.
- Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 460, 461 e 464 del CP.
- Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.
- Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.

SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE

COCCIO ISTITUZIONE COMPETE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER

DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD

DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE

FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE

AUTORELLAZIONE/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DELL'ASSISTITO

FIRMA DEL FARMACISTA


ASSISTENZA FARMACEUTICA - AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI

- La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate.
- La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.
- Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a pazienti chiusi, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di continuità assistenziale.
- E' vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.

L'attestazione del diritto all'esenzione per motivi sanitari è certificata esclusivamente dal medico prescrittore.

Figura 6 – Campi per assistiti di istituzioni estere

CONF-012-1: ClinicalDocument/recordTarget DEVE contenere un elemento patientRole.
CONF-012-1-1: ClinicalDocument/recordTarget/patientRole DEVE contenere da uno a due elementi id.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Diverse sono tuttavia le casistiche possibili e le relative eccezioni, in dipendenza della tipologia di soggetto in esame; tali casistiche possono essere così sintetizzate:

- Soggetti assicurati da istituzioni estere.
- Stranieri Temporaneamente Presenti (STP).
- Cittadino italiano o straniero residente (iscritto SSN).

5.2.10.1.1 Soggetti assicurati da istituzioni estere

<patientRole> DEVE riportare due elementi di tipo <id> contenenti:

1. Il numero di identificazione personale, il numero di identificazione della Tessera Sanitaria e la scadenza della carta.
2. Il codice dell'istituzione competente e del paese.

Primo <id>:


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

Attributo	Tipo	Valore	Note
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.1"	HL7 OID per il numero di tessera TEAM estera (l'OID è attualmente sotto il ramo HL7 Italia; sarà in futuro sostituito dagli OID nazionali appena completi)
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 dell'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 igli Stati esteri (l'OID è attualmente sotto il ramo HL7 Italia; sarà in futuro sostituito dagli OID nazionali appena completi)
Extension	ST	[STATO ESTERO] "." [NUMERO IDENTIFICAZIONE]	Sigla di identificazione dello Stato che rilascia la tessera secondo il codice ISO 3166-1 a 3 caratteri (ad

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

Attributo	Tipo	Valore	Note
		PERSONALE]	es. "FRA") + "." + numero identificazione personale
assigningAuthorityName	ST	[ISTITUZIONE ESTERA]	Nome dell'Ente che gestisce gli identificativi

Esempio d'utilizzo:

```

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.1"
  extension="NLD.096074309.80528070070000000001"
  assigningAuthorityName="AGIS-7007"/>
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.3"
  extension="NLD.4637465980125364"
  assigningAuthorityName="AGIS-7007"/>

```

5.2.10.1.2 Stranieri Temporaneamente Presenti (STP):

<patientRole> DEVE riportare un elemento di tipo <id> contenente il codice identificativo STP.

<id>:

Attributo	Tipo	Valore	Note
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE].4.1"	OID dello schema di identificazione regionale delle persone. Il codice STP può essere assegnato anche dalla ASL
extension	ST	"STP" + [CODICE IDENTIFICATIVO STP ASSEGNATO]	Codice STP di 16 caratteri assegnato allo straniero temporaneamente presente. Deve iniziare con la stringa "STP"
assigningAuthorityName	ST	[NOME_REGIONE/ ASL]	Nome Regione, Nome ASL

Esempio d'utilizzo:


```

<id root="2.16.840.1.113883.2.9.170105.4.1"
  extension="STP1701051234567"
  assigningAuthorityName="ASL 5 Montalbano Jonico"/>

```

5.2.10.1.3 Cittadino italiano o straniero residente (iscritto SSN):

Due elementi di tipo <id> contenenti:

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

1. Il codice assegnato dall'anagrafica regionale (FACOLTATIVO).
2. Il codice fiscale del paziente (OBBLIGATORIO).

Primo <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9." + [REGIONE] + ".4.1"	OID dello schema di identificazione regionale
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale

Secondo <id>:

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

Esempio d'utilizzo:

```


<recordTarget>
  <patientRole>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.1" extension="83741345"
      assigningAuthorityName="Regione Toscana"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="CRLLNZ99M22G999T"
      assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
    <patient>...</patient>
  </patientRole>
</recordTarget>

```

5.2.10.2 <patient>

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

Riporta alcuni sotto-elementi OBBLIGATORI con l'indicazione dei dati anagrafici, quali in particolare il nominativo del paziente, attraverso l'elemento <name> (ed i sotto-elementi <family> e <given>) ed il sesso, attraverso l'elemento <administrativeGenderCode>. E' inoltre FACOLTATIVO inserire il luogo di nascita nell'elemento <birthplace>.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Esempio d'utilizzo:

```

<recordTarget>
  <patientRole>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.1" extension="83741345"
      assigningAuthorityName="Regione Toscana"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
      extension="CRLLNZ99M22G999T"
      assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
    <patient>
      <name>
        <family>Guido</family>
        <given>Rossi</given>
      </name>
      <birthplace>
        <place>
          <addr>....</addr>
        </place>
      </birthplace>
      <administrativeGenderCode code= »M «
      codeSystem= »2.16.840.1.113883.5.1 »/>
    </patient>
  </patientRole>
</recordTarget>

```

Nel caso di prescrizioni per le 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>** non devono essere valorizzati, ma devono ambedue essere decorati con l'attributo **nullFlavor="MSK"** per permetterne la comprensione al *document consumer*.


NESSUN ulteriore utilizzo/valore dell'attributo nullFlavor è ammesso.

Esempio d'utilizzo:

```

<recordTarget>
  <patientRole>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.1" extension="83741345"
      assigningAuthorityName="Regione Toscana"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2" extension="CRLLNZ99M22G999T"
      assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
    <patient>
      <name nullFlavor="MSK"/>
      <birthplace nullFlavor="MSK"/>
      <administrativeGenderCode code="M"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"/>
    </patient>
  </patientRole>
</recordTarget>

```

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

</patient>
</patientRole>
</recordTarget>

```

CONF-012-2: ClinicalDocument/recordTarget/patientRole DEVE contenere **un** elemento **patient**.

CONF-012-2-1: ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient DEVE contenere **un** elemento **name** con un solo elemento **family** valorizzato ed un solo elemento **given** valorizzato.

COND-CONF-012-2-1-1: SE l'elemento **ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name** riporta un attributo **nullFlavor**, questo **DEVE** essere valorizzato con "MSK" e gli elementi **ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name/family** e **ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/name/given** **NON DEVONO** essere presenti.

COND-CONF-012-2-1-2: SE presente, l'elemento **ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthPlace** **DEVE** contenere un elemento **place**.

CONF-012-2-1-3: L'elemento ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthPlace/place PUO' contenere un elemento **addr**.

COND-CONF-012-2-1-4: SE presente, l'elemento **ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace/place/addr** (luogo di nascita) **DEVE** includere almeno il comune di nascita, **SE** il paziente è nato in territorio italiano; la nazione di nascita, altrimenti.

COND-CONF-012-2-1-5: SE presente, l'elemento **ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace/place/addr** **DEVE** contenere almeno uno dei due componenti **cen** o **cty** con valore non nullo: **NON È PERMESSO** l'uso dell'attributo **nullFlavor**.

CONF-012-2-1-6: L'elemento ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient/birthplace/place/addr/censusTract, **SE presente**, **DEVE** riportare il **codice ISTAT** del comune (rif. <http://www.istat.it/strumenti/definizioni/>).


CONF-012-2-1-7: La versione del dizionario ISTAT di riferimento per i comuni DOVREBBE essere "Comuni_Italiani_1_Gen_2008".

CONF-012-2-1-8: Nella dichiarazione di conformità PUÒ essere dichiarata la versione del dizionario comune ISTAT utilizzata (ad esempio "Comuni_Italiani_1_Gen_2006").

COND-CONF-012-2-1-9: SE presente, l'elemento **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 oppure 3 caratteri**.

CONF-012-2-1-10: La versione del dizionario ISTAT di riferimento DOVREBBE essere "Codici_stati_2007"

CONF-012-2-1-11: Nella dichiarazione di conformità PUÒ essere dichiarata la

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

versione del **dizionario ISTAT** degli Stati utilizzata (ad esempio **"Codici_statì_2007"**).

COND-CONF-012-2-2: ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/patient DEVE contenere **un** elemento **administrativeGenderCode** che riporta un attributo **code** valorizzato con **"M"** or **"F"** ed un attributo **codeSystem** valorizzato con **"2.16.840.1.113883.5.1"**.

5.2.11 Soggetti partecipanti: <participant>

All'atto della compilazione della ricetta, il medico deve sempre indicare il codice dell'assistito, ai sensi del comma 3 dell'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 296, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326. L'indicazione di tale codice deve essere effettuata mediante la trascrizione manuale od automatica del codice fiscale dell'assistito riportato sulla Tessera Sanitaria rilasciata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Nel caso di "STP", il campo deve essere compilato riportando il codice STP assegnato dalla ASL di competenza territoriale.

Per tale motivo, occorre riportare l'identificazione della ASL di competenza degli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale.


Allo scopo, DEVE essere utilizzato l'elemento <participant>, usato nel realm italiano anche per referenziare l'ASL di appartenenza del paziente; in tal caso, è necessario valorizzare l'attributo **typeCode** dell'elemento <participant> con il valore **"IND"** (Indiretto) e l'attributo **classCode** dell'elemento <associatedEntity> con il valore **"GUAR"** (Guarantor). In particolare, l'elemento <associatedEntity> è utilizzato per fornire informazioni di contatto riguardo l'organizzazione. La codifica dell'organizzazione è riportata all'interno dell'elemento <scopingOrganization>, come mostrato nella seguente tabella.

Esempio d'utilizzo:

```

<participant typeCode="IND">
  <associatedEntity classCode="GUAR">
    <scopingOrganization>
      <id
        root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1"
        extension="200108"
        assigningAuthorityName="SSN-MIN SALUTE-500001"
        displayable="true"/>
    </scopingOrganization>
  </associatedEntity>
</participant>

```


	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

In basso sono riportate le descrizioni di due particolari soggetti partecipanti: il medico sostituito ed il medico suggeritore. In particolare, il primo deve essere rappresentato dall'elemento **<participant>**, mentre il secondo dall'elemento **<informant>**.

5.2.11.1 Medico sostituito: **<participant>**

È un elemento OPZIONALE che identifica il soggetto "Medico Sostituito" dall'autore della prescrizione.

Il medico sostituito può essere identificato da uno o due elementi **<id>**. Il primo di questi è OBBLIGATORIO, mentre il secondo è OPZIONALE.

Primo **<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 medico sostituito dall'autore del documento

Secondo **<id>**:


Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.[REGIONE].4.2"	OID dello schema di identificazione regionale degli operatori
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale degli operatori del medico sostituito dall'autore del documento

Esempio d'utilizzo:

```

<participant typeCode="IND">
  <associatedEntity classCode="LIC">
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
      extension="AAABBB11C22D345E"
      assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"
      displayable="true"/>
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.160.4.2"
      extension="BA12345"
      assigningAuthorityName="Regione Puglia"
      displayable="true"/>
  </associatedEntity>
</participant>

```

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

```

<code
  code="FMC"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.5.111"
  codeSystemName="RoleCode"
  displayName="Family medicine clinic">
  <translation>
    code="MPGP"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.60"
    codeSystemName="Qualifiche Operatore"
    displayName="MEDICO PEDIATRA TITOLARE">
    <qualifier>
      <value
        code="SO"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.61"
        codeSystemName="Tipo Rapporto Operatore"
        displayName="MEDICO PEDIATRA TITOLARE"/>
      </qualifier>
    </translation>
  </code>
  <associatedPerson>
    <name>
      <given>Mario</given>
      <family>Rossi</family>
    </name>
  </associatedPerson>
</associatedEntity>
</participant>

```

5.2.11.2 Medico suggeritore: <informant>


Molto spesso il medico di base riporta su una ricetta SSN quanto suggerito da un medico specialista presso il quale il paziente si è precedentemente recato per un consulto.

In questi casi, nella specifica dell'attributo **code** dell'elemento **<translation>**, relativo alla tipologia di prescrizione, occorre indicare il valore "S" (Suggerita).

Le informazioni relative all'operatore sanitario che ha suggerito la ricetta vanno aggiunte nei sotto-elementi **<id>** (con specifiche analoghe a quanto espresso per l'autore) e **<assignedPerson>** dell'elemento **<informant>**, come mostrato nell'esempio d'utilizzo. Gli elementi **<id>** richiesti sono due ed una loro descrizione è mostrata di seguito.

Primo <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

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

extension	ST	[CODICE FISCALE]	Codice fiscale del medico suggeritore
-----------	----	------------------	---------------------------------------

Secondo <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.[REGIONE].4.2"	OID dello schema di identificazione regionale degli operatori
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale degli operatori del medico sostituito dall'autore del documento

Esempio d'utilizzo:

```

<informant>
  <assignedEntity>
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
      extension="QUOLCU71S24F205H"/>

    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.2"
      extension="QUOLCU0000135798"/>
    <assignedPerson>
      <name>
        <prefix>Dott.</prefix>
        <given>Luca</given>
        <family>Quo</family>
      </name>
    </assignedPerson>
  </assignedEntity>
</informant>

```


Nel caso di ricetta suggerita, l'elemento **<informant>** è di supporto al creatore del documento perché questo possa ottemperare alle norme che gli impongono di specificare se la ricetta è suggerita. Se le informazioni di identificazione (elementi **<id>**), come codice fiscale e/o codice operatore, non sono rappresentate, occorre specificare **OBBLIGATORIAMENTE** un elemento **<id>** con attributo **nullFlavor** valorizzato a **"NA"**.

```

<id nullFlavor="NA"/>

```

Le informazioni relative a nome e cognome dell'operatore sanitario suggeritore rappresentate attraverso l'elemento **<assignedPerson>** sono **OPZIONALI**.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

5.2.12 Custode: <custodian>

Elemento OBBLIGATORIO che identifica l'organizzazione incaricata della custodia del documento originale. Tale organizzazione è solitamente la struttura di cui fa parte colui che ha creato il documento (ad es. MMG, PLS).

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:

```

<custodian>
  <assignedCustodian>
    <representedCustodianOrganization>
  </representedCustodianOrganization>
</assignedCustodian>
</custodian>

```

CONF-013: Il documento DEVE contenere un elemento ClinicalDocument/custodian.

5.2.12.1 <representedCustodianOrganization>

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 <id> è mostrata di seguito.

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


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 d'utilizzo:

```

<custodian>

```

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

```

<assignedCustodian>
  <representedCustodianOrganization>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1"
      extension="130106"/>
    <name>ASL Teramo</name>
  </representedCustodianOrganization>
</assignedCustodian>
</custodian>

```

CONF-013-1: L'elemento **ClinicalDocument/custodian** DEVE contenere un elemento **assignedOrganization**.

CONF-013-1-1: L'elemento **ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian** DEVE contenere un elemento **representedCustodianOrganization**.

CONF-013-1-1-1:

ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization DEVE contenere un e non più di un elemento **id** con valore dell'attributo **root** uguale all'**OID della struttura**.

CONF-013-1-1-2: L'attributo **extension** dell'elemento

ClinicalDocument/custodian/assignedCustodian/representedCustodianOrganization/id DEVE essere presente e valorizzato con un **identificativo della struttura**.

5.2.13 Autore e autenticatore: <author> e <legalAuthenticator>

5.2.13.1 Autore: <author>


Elemento OBBLIGATORIO che identifica il soggetto che ha creato il documento. Esso può essere una persona o una macchina.

L'autore può essere identificato da uno o due elementi <id>.

L'elemento <author> DEVE contenere un sotto-elemento <time>, con l'indicazione dell'ora di produzione del documento. La valorizzazione deve essere effettuata attraverso un tipo Time Stamp (**ts**).

<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

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

		impostazioni di ora legale; per l'Italia potrà variare fra ZZzz valorizzato con +0100 oppure +0200 (nel caso di ora legale)
--	--	--

Primo <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

Secondo <id>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.[REGIONE].4.2"	OID dello schema di identificazione regionale degli operatori
extension	ST	[CODICE IDENTIFICATIVO]	Codice anagrafica regionale degli operatori

Esempio d'utilizzo:

```

<author>
  <time value="20000407130000+0100"/>
  <assignedAuthor>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
extension="CRLLNZ99M22G999T"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.90.4.2" extension="87245"/>
  </assignedAuthor>
</author>

```

CONF-014: Il documento **DEVE** contenere un elemento **ClinicalDocument/author**.

CONF-014-1: **ClinicalDocument/author** **DEVE** contenere un elemento **assignedAuthor**.

CONF-014-1-1: **ClinicalDocument/author/assignedAuthor** **DEVE** contenere da **uno a due** elementi **id**.

CONF-014-1-2: **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"**.


CONF-014-1-2-1: L'attributo **extension** dell'elemento

ClinicalDocument/author/assignedAuthor/id **DEVE** essere valorizzato con un **codice fiscale** e **DEVE** essere composta da una **stringa lunga 16 caratteri**.

CONF-014-1-2: **ClinicalDocument/author/assignedAuthor** **PUO'** contenere un elemento **id** con valore dell'attributo **root** uguale a **"2.16.840.1.113883.2.9.2" + [REGIONE] + ".4.2"**

CONF-014-1-2-1: L'attributo **extension** dell'elemento

ClinicalDocument/author/assignedAuthor/id **DEVE** essere presente e valorizzato.

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

5.2.13.2 Firmatario del documento: <legalAuthenticator>

Elemento OBBLIGATORIO che riporta il firmatario del documento. Se il documento è generato da una macchina, il responsabile del documento è l'organizzazione responsabile della generazione del documento.

L'elemento <legalAuthenticator> DEVE contenere un elemento <time> con l'indicazione dell'ora di produzione del documento, un elemento <signatureCode> per indicare che il documento è firmato digitalmente, ed un elemento <assignedEntity>, destinato ad accogliere l'elemento <id> del medico responsabile del documento.

Nel contesto d'uso della prescrizione, gli elementi <author> e <legalAuthenticator> DEVONO coincidere.

<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)

<signatureCode>:

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

<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

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---




Figura 7 – Campo per la firma del prescrittore

Esempio d'utilizzo:

```

<legalAuthenticator>
  <time value="20000407130000+0100"/>
  <signatureCode code="S"/>
  <assignedEntity>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2"
extension="CRLLNZ99M22G999T"/>
    <assignedPerson>
      <name>
        <given>Guido</given>
        <family>Rossi</family>
        <suffix>Dott.</suffix>
      </name>
    </assignedPerson>
  </assignedEntity>
</legalAuthenticator>

```


CONF-015: Il documento **DEVE** contenere un elemento **ClinicalDocument/legalAuthenticator**.

CONF-015-1: **ClinicalDocument/legalAuthenticator** **DEVE** contenere un elemento **time**.

CONF-015-1-1: L'elemento **ClinicalDocument/legalAuthenticator/time** **DEVE** riportare l'attributo **value** valorizzato nel formato [YYYYMMddhhmmss] e la sua lunghezza deve essere uguale a **14 caratteri**.

CONF-015-2: **ClinicalDocument/legalAuthenticator** **DEVE** contenere un elemento **signatureCode** che riporta un attributo **code** valorizzato con **"S"**.


CONF-015-3: **ClinicalDocument/legalAuthenticator** **DEVE** contenere un elemento

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

assignedEntity.

CONF-015-3-1: 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-015-4: 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**.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

5.3 Body CDA del documento di Prescrizione Farmaceutica

La prescrizione farmaceutica è un documento normato che riporta una previsione clinica e un ordine amministrativo, indirizzato alla struttura erogante (ad es.: FARMACIA), allo scopo di fornire al paziente un insieme di presidi medicinali.


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

Dal momento che la ricetta è un documento normato nella sua forma e contenuto, è NECESSARIO utilizzare una forma strutturata anche per il documento CDA ad essa relativo.

Nel seguito sarà pertanto dettagliato il BODY strutturato del documento di prescrizione farmaceutica.

La prescrizione farmaceutica prevede la possibilità per il prescrittore di segnalare fino ad un massimo di 6 presidi medicinali (massimo 6 confezioni del medesimo farmaco per alcuni gruppi di farmaci, oppure massimo 1 confezione per al massimo 2 presidi farmaceutici differenti; le indicazioni sono variabili in relazione all'attuazione di disposizioni regionali). Il corpo della prescrizione farmaceutica, in formato HL7-CDA Rel. 2.0, prevede un body strutturato composto dall'elemento `<structuredBody>`, il quale, tramite una relazione composta da elementi `<component>`, contiene una o più sezioni di tipo `<section>` che riportano il contenuto effettivo della prescrizione, come mostrato nella prossima figura e nell'esempio d'utilizzo.

Nota: Il livello minimo di strutturazione del CDA previsto per il dominio italiano è HL7-CDA Rel. 2.0 – LIVELLO 2.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

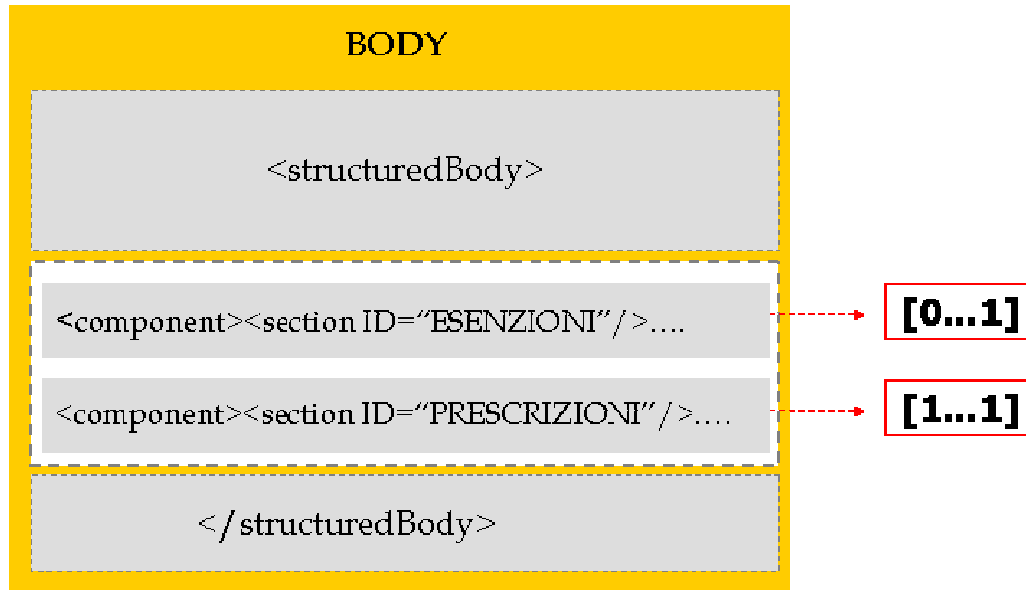


Figura 8 – Struttura generale Prescrizione Farmaceutica

Esempio d'utilizzo:


```

<structuredBody moodCode="EVN" classCode="DOCBODY">
  <component>
    <section ID="ESENZIONI">
      ...
    </section>
  </component>
  <component>
    <section ID="PRESCRIZIONI">
      ...
    </section>
  </component>
</structuredBody>

```

L'elemento **<section>** è una classe composta che prevede un elemento **<text>** (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 1) OBBLIGATORIO, ed utilizzato per la descrizione narrativa del contenuto della sezione (che può a sua volta essere organizzato attraverso dei delimitatori di lista **<list>** ed **<item>**), un elemento **<code>** (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 2) OBBLIGATORIO, che specifica il codice della tipologia di sezione, ed uno o più elementi **<entry>** FACOLTATIVI che ne definiscono il contenuto (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 3).

CONF-016: Il documento DEVE contenere un elemento

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

ClinicalDocument/structuredBody/component.

CONF-017: ClinicalDocument/structuredBody/component DEVE contenere da uno a due elementi component.

CONF-017-1: ClinicalDocument/component/structuredBody/component DEVE contenere un e non più di un elemento section.

CONF-017-1-1: ClinicalDocument/structuredBody/component/section DEVE contenere un e non più di un elemento text.

CONF-017-1-2: ClinicalDocument/structuredBody/component/section DEVE contenere un e non più di un elemento code.

5.3.1 Esenzioni: <section ID="ESENZIONI">

Sezione OBBLIGATORIA che individua una parte del documento contenente informazioni relative alle esenzioni del paziente.

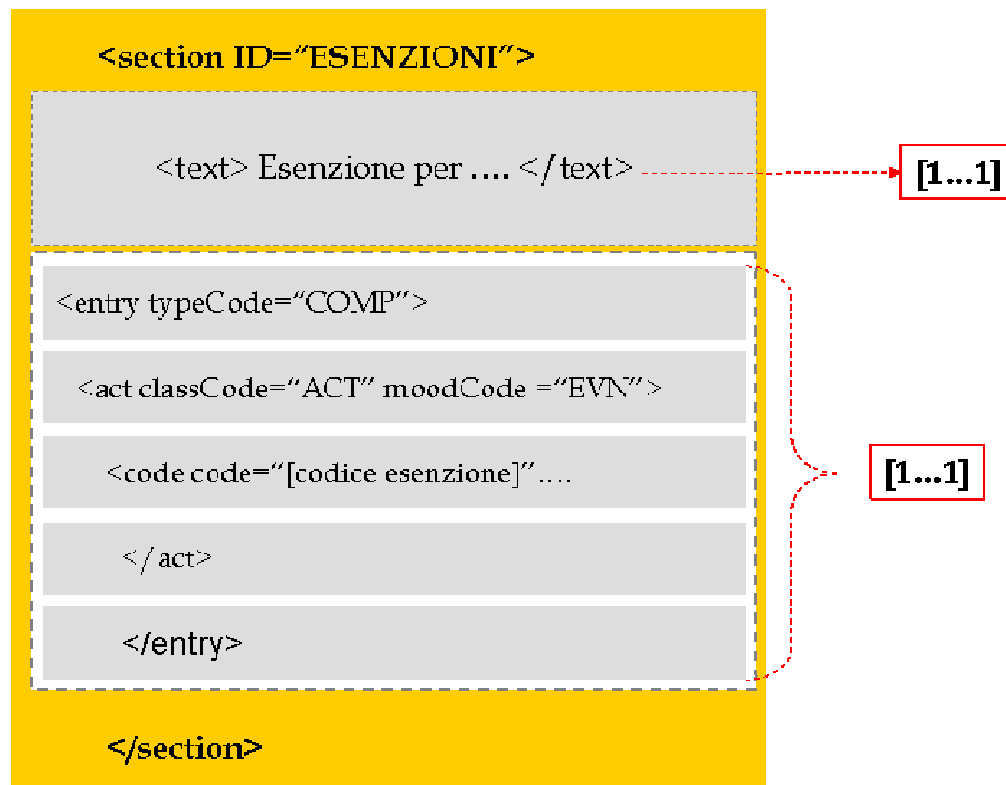



Figura 9 – Struttura per le esenzioni

La sezione è OBBLIGATORIA, in quanto deve essere gestito esplicitamente il caso di "nessuna esenzione".

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

La sezione contiene un elemento **<text>** OBBLIGATORIO, in quanto esso è un elemento necessario per i documenti HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 1. L'elemento **<text>** DEVE contenere al suo interno la descrizione della tipologia di esenzione/rappresentazione del codice.

Nel caso di documenti strutturati secondo il LIVELLO 3 dello standard HL7-CDA Rel. 2.0, il testo che rappresenta il codice e la sua versione descrittiva devono essere inseriti in un elemento **<content ID="">**, il quale deve riportare un ID progressivo necessario ad associare ogni singola asserzione testuale al corrispondente elemento strutturato nel LIVELLO 3 dello standard HL7-CDA Rel. 2.0. Quest'ultimo elemento deve riportare, a sua volta, il medesimo ID nella seguente struttura presente nell'elemento **<code>**.

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


<text>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
text	ST	"Esenzione per: "	Descrizione narrativa dell'esenzione

La sezione è individuata da un elemento **<code>** (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 2) che ne specifica il contenuto. Tale elemento è strutturato come descritto di seguito.

<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	Es. "ESENZIONI-001"	Codice che identifica il contenuto della sezione
codeSystem	OID	Es. "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.99"	OID che identifica la codifica relativa ai codici sezione utilizzati nella localizzazione italiana del CDA
codeSystemName	ST	Es. "ITCDA_SECTION_TYPE"	Nome della codifica

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

codeSystemVersion	ST	Es. "1"	Versione codifica
-------------------	----	---------	-------------------

CONF-018: Il documento **DEVE** contenere un elemento

ClinicalDocument/structuredBody/component/section codificato per le esenzioni.

CONF-018-1: La sezione **DEVE** includere, nel sotto-elemento **entry**, **uno ed un solo** elemento **act** che descriva l'esenzione (elemento 23, DM 17/03/08, "Disciplinare tecnico della ricetta SSN e SASN").

CONF-018-2: L'esenzione **PUO'** essere rappresentata in forma codificata o non codificata. Il valore dell'attributo **moodCode** dell'elemento

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/act DEVE essere uguale a **"ENV"**.

CONF-018-3: Il valore dell'elemento

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/act/code, per le esenzioni, **DOVREBBE** essere derivato da uno degli schemi di codifica indicati nella tabella seguente. Se noto e di interesse, eventuali transcodifiche dell'esenzione **POSSONO** essere passati attraverso l'elemento

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/act/code/translation.

"2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE_X].6.1.99"	Codifica esenzioni prescrittive della Regione X
"2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE_X].6.1.22"	Codifica delle esenzioni regionali della Regione X di cui il paziente può godere
"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.22"	Codifica nazionale delle esenzioni di cui il paziente può godere


CONF-018-4: I codici di esenzione di cui il paziente gode **POSSONO** essere indicati attraverso un elemento di tipo **act** associato all'atto di esenzione attraverso una relazione di tipo **entryRelationship** con valore dell'attributo **typeCode** pari a **"RSON"**. Tale condizione si applica solo nel caso in cui l'esenzione sia derivata da una codifica di tipo **2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE_X].6.1.xx**.

CONF-018-5: L'assenza di esenzione **DEVE** essere esplicitamente indicata. In tal caso, il valore dell'attributo **code** dell'elemento

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/act/code DEVE essere **"Nessuna Esenzione"**.

La rappresentazione delle esenzioni per il livello *machine readable* (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 3) viene effettuata tramite un elemento **<entry>**, che riporta un elemento **<act>** generico, il quale, a sua volta, veicola al suo interno il codice dell'esenzione nell'elemento **<code>**.

Le esenzioni sono considerate quindi degli atti con cui il paziente, in caso di esenzioni per reddito (autocertificazione), o il prescrittore, negli altri casi, dichiarano l'esistenza di specifiche condizioni, individuate dal codice di esenzione e rientranti nelle previsioni di legge, che comportano per il paziente l'esenzione totale o parziale dal pagamento

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

del ticket relativo alla prestazione.

La prescrizione PUO' riportare, in dipendenza di specifiche normative regionali, un codice di esenzione (a puro titolo esemplificativo "KB1") che può coincidere, o essere derivato da, uno o più esenzioni di cui il paziente può godere, identificati da specifici codici regionali o nazionali (a puro titolo esemplificativo "E1" e "E2").

Il codice di esenzione riportato nell'elemento 13 della ricetta deve essere veicolato attraverso l'elemento `<act>/<code>`, mentre le codifiche delle esenzioni di cui il paziente gode, usate per definire l'elemento 13, se diverse da tale codice, possono essere ugualmente passate tramite una relazione di tipo `reasonOf`.


`<act>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
classCode	x_ActClassDocumentEntryAct	"ACT"	Tipologia di atto. Valore utilizzato nel caso di atto generico
moodCode	x_DocumentActMood	"EVN"	Evento di prescrizione

`<act>/<code>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[CODICE ESENZIONE] ⁶	Codice che identifica l'esenzione
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.22" or "2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE].6.22"	OID che identifica la codifica relativa alle esenzioni. OID alternativi relativi alle codifiche nazionali o regionali
codeSystemVersion	ST	"2001" or [VERSIONI SUCCESSIVE] or [VERSIONE REGIONALE]	Versione codifica. La versione

⁶ Decreto 28 maggio 1999, n. 329, entrato in vigore il 10 ottobre 1999, successivamente modificato dal decreto di aggiornamento (D.M. 21 maggio 2001, n. 296) e dal regolamento delle malattie rare (D.M. 18 maggio 2001, n. 279) + Decreto Ministeriale n. 279/2001, "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare ..." e successive variazioni ed integrazioni Malattie" + Codici Regionali.

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

			attuale ("2001") potrebbe cambiare in futuro
codeSystemName	ST	"Codifica Esenzioni"	Nome della codifica

Esempio d'utilizzo:

```

<section ID="ESENZIONI">
  <code code="ESENZIONI-001" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.99"
    codeSystemName="ITCDA_SECTION_TYPE" codeSystemVersion="1"/>
  <text>Esenzione per:
    <content ID="a0">B02.211 - Patologia</content>
  </text>
  <entry typeCode="DRIV">
    <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
      <code
        code="B02.211"
        codeSystemName="Codifica Esenzioni"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.22"
        codeSystemVersion="2001">
        <originalText>
          <reference value="a0"/>
        </originalText>
      </code>
    </act>
  </entry>
</section>


```

COND-CONF-018-6: SE l'elemento

ClinicalDocument/structuredBody/component/section riporta un elemento **code**, il cui attributo **code** sia valorizzato con "ESENZIONI-001", allora esso deve riportare un elemento **ClinicalDocument/section/entry/act** con un attributo **classCode** valorizzato con "ACT" ed un attributo **moodCode** valorizzato con "EVN".

CONF-018-6-1:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/act DEVE riportare un attributo **code** valorizzato con il "codice di esenzione" [D.M. 28 maggio 1999, n. 329 e successive modifiche], un attributo **codeSystem** valorizzato con "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.22" or "2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE].6.1.22", un attributo **codeSystemName** valorizzato con "Codifica Esenzioni", un attributo **codeSystemVersion** valorizzato, attualmente, con "2001" or [Versioni Successive] or [Versione Regionale].

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

5.3.2 Farmaci prescritti: <section ID="PRESCRIZIONI"> e <substanceAdministration>

Sezione OBBLIGATORIA che descrive i farmaci o i presidi prescritti.


La prescrizione deve prevedere la descrizione testuale nel blocco narrativo delle prescrizioni di presidi medicinali.

La sezione contiene un elemento <text> OBBLIGATORIO (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 1). L'elemento <text> DEVE contenere al suo interno due elementi <list>:

- <list id="RQO">, contenente un sotto-elemento <caption> uguale a **"Richieste"**, che presenta al suo interno tanti elementi <item> quanti sono i presidi oggetto di prescrizione;
- <list id="DIAG">, contenente un sotto-elemento <caption> uguale a **"Problemi"**, che presenta al suo interno tanti elementi <item> quanti sono gli elementi relativi al/i problema/i diagnostico/i.

Ciascun elemento <item>, in presenza di una sezione strutturata al LIVELLO 3 dello standard HL7-CDA Rel. 2.0, DEVE raccogliere la descrizione narrativa all'interno di un elemento <content>, che deve riportare un ID progressivo necessario ad associare ogni singola asserzione testuale al corrispondente elemento strutturato secondo il LIVELLO 3 dello standard HL7-CDA Rel. 2.0. Quest'ultimo elemento deve riportare, a sua volta, il medesimo ID nella seguente struttura presente nell'elemento <code>.

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

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

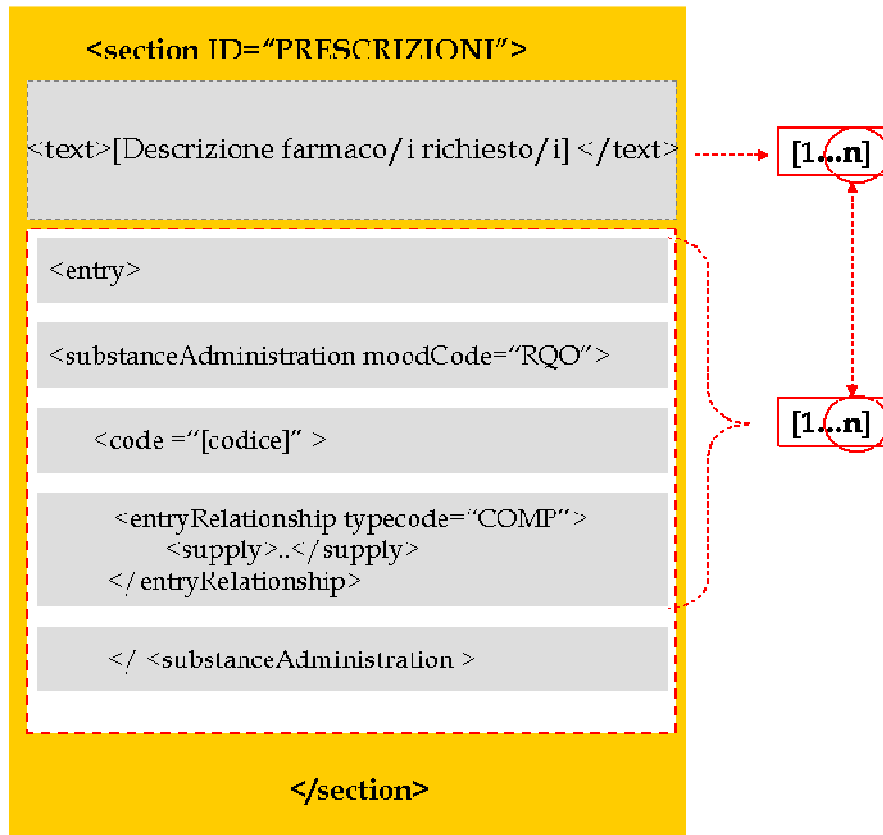



Figura 10 – Struttura per i farmaci prescritti

La sezione deve essere identificata da un elemento **<code>** che ne determina il contenuto. Nel caso specifico, deve essere utilizzata la codifica LOINC per individuare il contenuto della sezione ("**Medication Prescribed**"), secondo il LIVELLO 2 dello standard HL7-CDA Rel. 2.0.

<code> :

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	"29305-0"	"Medication Prescribed"
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del LOINC

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome della codifica
codeSystemVersion	ST	"2.19"	Versione codifica LOINC

CONF-019: il documento **DEVE** contenere un elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/section** che deve riportare un attributo **code** valorizzato con **"29305-0"**, un attributo **codeSystem** valorizzato con **"2.16.840.1.113883.6.1"**, un attributo **codeSystemName** valorizzato con **"LOINC"**, un attributo **codeSystemVersion** valorizzato con **"2.19"**.

Per l'indicazione dell'oggetto della prescrizione richiesta dal prescrittore per la parte *machine readable* (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 3), devono essere utilizzati da 1 a 8 elementi **<entry typeCode="COMP">**, i quali, attraverso l'elemento **<substanceAdministration>**, rappresentano quanto definito nel blocco narrativo.

<substanceAdministration>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode	-	"RQO"	Richiesta/ordine


COND-CONF-020: **SE** l'elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/section** riporta un elemento **code** valorizzato con **"29305-0"**, allora l'elemento **section PUO'** riportare **da un minimo di uno ad un massimo di otto** elementi **ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/substanceAdministration**.

CONF-020-1:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/substanceAdministration **DEVE** riportare un attributo **classCode** valorizzato con **"SBADM"** ed un attributo **moodCode** valorizzato con **"RQO"**.

5.3.2.1 Modalità di somministrazione (posologia)

Si evidenziano di seguito le modalità di rappresentazione della posologia dei farmaci prescritti. Ogni ricetta medica relativa alla prescrizione di farmaci reca infatti accanto all'indicazione del farmaco oggetto della prescrizione anche i modi ed i tempi di somministrazione del presidio medicinale. Si cercherà nel seguito del presente paragrafo di fornire una rappresentazione dei casi più frequenti di utilizzo di intervalli temporali. Lo standard CDA prevede l'utilizzo di specifici *datatype* che consentono la rappresentazione di intervalli temporali complessi, come mostrato nella prossima figura.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

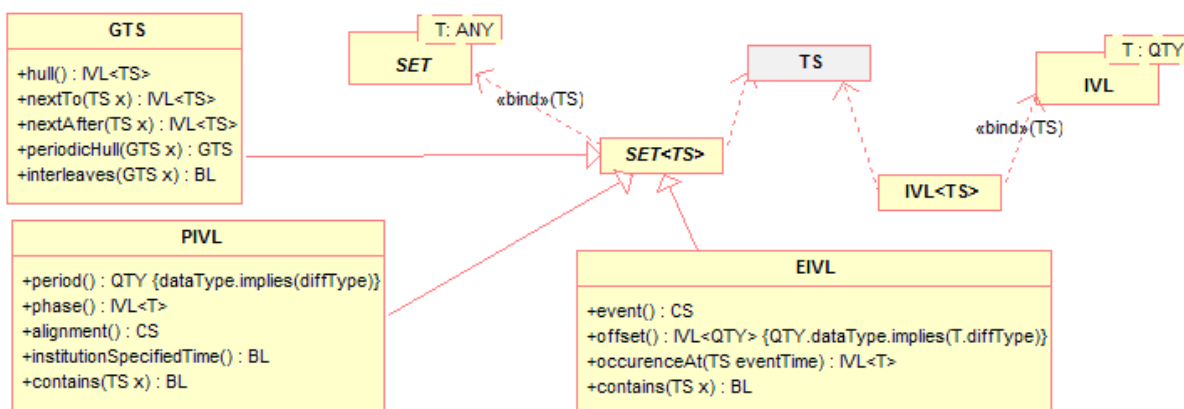


Figura 11 – Timing Specification (estratto dalla documentazione dello standard HL7)

L'intervallo e le modalità temporali di somministrazione (posologia) DEVONO essere indicate attraverso l'utilizzo di **DUE** elementi `<effectiveTime>`⁷: **il primo** descrive l'intervallo temporale di somministrazione, mentre **il secondo**, attraverso opportune intersezioni con il primo intervallo, definisce la frequenza di somministrazione del presidio.

`<effectiveTime xsi:type="IVL_TS">`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
low	TS	<code>[YYYYMMddhhmmss+ -ZZzz]</code>	Inizio intervallo
high	TS	<code>[YYYYMMddhhmmss+ -ZZzz]</code>	Fine intervallo

Esempio d'utilizzo:

(Nota: "oggi" è il 10/05/2007 ore 09:30:00 AM)

"Per 2 mesi":


```

<effectiveTime xsi:type="IVL_TS">
  <low value="20070510093000+0100"/>
  <high value="20070710093000+0100"/>
</effectiveTime>

```

I datatype utilizzabili per valorizzare il *runtime demotion* di `<effectiveTime>`, ossia

⁷ In tale contesto si faccia riferimento a quanto previsto delle specifiche IHE – Patient Care Coordination (PCC) Technical Framework V3.0 release 3.0 - 25 Giugno 2007, pag. 265.

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

l'attributo `xsi:type`, sono indicati nella tabella mostrata di seguito.

`<effectiveTime xsi:type="[datatype]">`

Tabella 1 - Datatype

Tipi ammessi
TS
PIVL_TS
PIVL_PPD_TS
SXPRTS
EIVL_TS

L'intersezione degli intervalli viene indicata attraverso l'attributo `operator` valorizzato con il codice **"A"**.

Esempio d'utilizzo:

(Nota: "oggi" è il 10/05/2007 ore 09:30:00 AM)

"Per 2 mesi, 3 volte al giorno":

```

<effectiveTime xsi:type="IVL_TS">
  <low value="20070510093000+0100"/>
  <high value="20070710093000+0100"/>
</effectiveTime>
<effectiveTime xsi:type="PIVL_TS" operator="A"
institutionSpecified="false">
  <period value="8" unit="h"/>
</effectiveTime>

```

"Per 2 mesi, 1 volta a giorni alterni":

```

<effectiveTime xsi:type="IVL_TS">
  <low value="20070510093000+0100"/>
  <high value="20070710093000+0100"/>
</effectiveTime>
<effectiveTime xsi:type="PIVL_TS" operator="A"
institutionSpecified="false">
  <period value="48" unit="h"/>
</effectiveTime>


```

"Per 2 mesi, 1 volta a giorno, la mattina (prima della colazione)":

```

<effectiveTime xsi:type="IVL_TS">

```

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

```

<low value="20070510093000+0100"/>
<high value="20070710093000+0100"/>
</effectiveTime>
<effectiveTime xsi:type="EIVL_TS" operator="A">
  <event code="ACM"/>
</effectiveTime>

```

CONF-020-2:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/substanceAdministration DEVE riportare due elementi effectiveTime.

CONF-020-2-1: Il primo elemento

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/substanceAdministration/effectiveTime deve avere un datatype di tipo **IVL_TS**.

CONF-020-2-2: Il secondo elemento

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/substanceAdministration/effectiveTime deve avere un attributo **xsi:type** di tipo **PIVL_TS** or **TS** or **PIVL_PPD_TS** or **SXPR_TS** or **EIVL_TS**.

Una particolare attenzione merita il datatype **EIVL**, il quale è diretto a rappresentare l'intervallo temporale in relazione ad eventi della vita.

In tale contesto, il datatype **EIVL_TS** prevede l'utilizzo di un elemento **<event>** che trasporta un codice atto a rappresentare il tipo di evento.

<event>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[CODICE EVENTO]	Codice evento come riportato in Tabella 2
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.5.139"	Codifica eventi
codeSystemName	ST	"TimingEvent"	Nome della codifica

Il codice di questi eventi è previsto dallo standard HL7 ed è riassumibile nella tabella seguente.


	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

Tabella 2 – Codice eventi

Codice	Definizione
AC	before meal (from lat. ante cibus)
ACD	before lunch (from lat. ante cibus diurnus)
ACM	before breakfast (from lat. ante cibus matutinus)
ACV	before dinner (from lat. ante cibus vespertinus)
HS	the hour of sleep
IC	between meals (from lat. inter cibus)
ICD	between lunch and dinner
ICM	between breakfast and lunch
ICV	between dinner and the hour of sleep
PC	after meal (from lat. post cibus)
PCD	after lunch (from lat. post cibus diurnus)
PCM	after breakfast (from lat. post cibus matutinus)
PCV	after dinner (from lat. post cibus vespertinus)

L'utilizzo dei codici permette quindi, nell'ambito di intervalli complessi, di indicare le modalità più comuni di somministrazione.


Laddove i datatype considerati permettano di specificare, tramite l'attributo **unit**, l'unità di misura del tempo considerata, tale attributo DEVE essere valorizzato esclusivamente con le unità di misura riportate di seguito.

Attributo	Descrizione	Dettagli
unit	Unità di misura del periodo	d = giorni h = ore s = secondi min = minuti wk = settimana/e

Esempio d'utilizzo:

(Nota: "oggi" è il 10/05/2007 ore 09:30:00 AM)

"Per 2 mesi, 3 volte al giorno"

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

```

<effectiveTime xsi:type="IVL_TS">
  <low value="20070510093000+0100"/>
  <high value="20070710093000+0100"/>
</effectiveTime>
<effectiveTime xsi:type="PIVL_TS" operator="A"
institutionSpecified="false">
  <period value="8" unit="h"/>
</effectiveTime>

```

L'elemento **<doseQuantity>**, invece, deve essere utilizzato per indicare, nell'ambito della posologia, la quantità di presidio medicinale prescritta per intervallo temporale.

<doseQuantity>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
value	IVL<PQ>	"[0-9][0-9].[0-9][0-9]"	Quantità di medicinale da somministrare per dose

CONF-020-3:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/substanceAdministration PUO' riportare un elemento **doseQuantity** che riporta un attributo **value** valorizzato con un **valore reale**.

5.3.2.2 Codice Farmaco: **<manufacturedLabeledDrug>** e **<code>**

Elemento OBBLIGATORIO che specifica il farmaco oggetto di prescrizione.

L'attributo code dell'elemento **<manufacturedLabeledDrug>** trasporta il codice AIC relativo al farmaco prescritto.

<code>:


Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[CODICE AIC]	Codice AIC del farmaco
codeSystem	OID	2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5	OID Codifica AIC
codeSystemName	ST	"AIC"	Nome della codifica
displayName	ST	"AIC"	Nome della codifica visualizzato
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE CODIFICA]	Versione codifica

Esempio d'utilizzo:

```

<text><list ID="RQ0"><caption>Richieste</caption><item ID="1"><content
ID="a1">Levoxacin Compress 20 Mlg (3

```

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

Confezioni)</content></item></list><list
ID="DIAG"><caption>Problemi</caption><item><content ID="a2">Bronchite
Acuta</content></item></list>
</text>
<entry>
  <substanceAdministration classCode="SBADM" moodCode="RQO">
    <effectiveTime xsi:type="IVL_TS">
      <low value="20070510093000+0100"/>
      <high value="20070610093000+0100"/>
    </effectiveTime>
    <effectiveTime xsi:type="PIVL_TS" operator="A"
      institutionSpecified="false">
      <period value="12" unit="h"/>
    </effectiveTime>
    <doseQuantity value="2"/>
    <consumable>
      <manufacturedProduct>
        <manufacturedLabeledDrug>
          <code code="033940014"
            codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5"
            codeSystemName="AIC"><originalText><reference
              value="a1"/></originalText>
            <translation code="9999999999"
              codeSystem="2.16.840.1.113883.6.73"
              codeSystemName="ATC"/>
            </code>
            <name>Levofloxacin 250 mg compressa rivestita con film</name>
          </manufacturedLabeledDrug>
        </manufacturedProduct>
      </consumable>
    </substanceAdministration>
  </entry>


```

COND-CONF-020-4: SE il farmaco prescritto non è una preparazione magistrale (galenica), **ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/substanceAdministration DEVE** riportare un elemento **consumable/manufacturedProduct/manufacturedLabeledDrug**.

CONF-020-4-1:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedLabeledDrug DEVE riportare un elemento **code** comprendente un attributo **code** valorizzato con **[CODICE AIC]**, un attributo **codeSystem** valorizzato con **"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5"**, un attributo **codeSystemName** valorizzato con **"AIC"**.

CONF-020-4-2:

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedLabeledDrug **DEVE** riportare un elemento **translation** comprendente un attributo **code** valorizzato con **[CODICE ATC]**, un attributo **codeSystem** valorizzato con **"2.16.840.1.113883.6.73"**, un attributo **codeSystemName** valorizzato con **"ATC"**, un attributo **codeSystemVersion** valorizzato con **"2007"**.

COND-CONF-020-5: **SE** il farmaco prescritto è classificabile come preparazione magistrale (galenica), **DEVE** essere rappresentato attraverso un elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/substanceAdministration/consumable/manufacturedProduct/manufacturedMaterial/**.

CONF-020-5-1: Una preparazione magistrale **PUO'** essere in forma codificata **OR** non codificata; **in ogni caso**, il tipo di tale elemento **DEVE** essere sempre un valore codificato (**xsi:type="CD"**).

COND-CONF-020-5-1-1: **SE** una preparazione magistrale è in forma codificata, gli attributi **code** e **codeSystem** **DEVONO** essere presenti.

COND-CONF-020-5-1-2: **SE** una preparazione magistrale non è in forma codificata, tutti gli attributi, ad esclusione di **xsi:type="CD"**, **DEVONO** essere assenti.


Il principio attivo prescritto **DEVE** essere inserito tramite un elemento **<code>/<translation>** ed indicato attraverso un codice "ATC" adatto.

<code>/<translation>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[CODICE ATC PRINCIPIO ATTIVO]	Principio Attivo
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.73"	OID ATC
codeSystemName	ST	"ATC"	Sistema di codifica
codeSystemVersion	ST	"2007"	Versione codifica ATC

Il complessivo numero di pezzi o confezioni di farmaco prescritte dal medico per singola tipologia va definito invece attraverso l'utilizzo di un elemento **<supply>**, collegato all'elemento **<substanceAdministration>** attraverso un elemento **<entryRelationship>** di tipo "COMP".

<supply>:

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode	-	"RQO"	Richiesta/ordine

L'elemento **<supply>** riporta un elemento **<quantity>** OBBLIGATORIO che veicola le informazioni relative al numero di unità di presidio da erogare.

<quantity>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
value	CS	[VALORE INTERO]	Numero di unità

Esempio d'utilizzo:

```

<list ID="RQO">
<caption>Richieste</caption><item><content ID="a1">c 2 compresse ogni 12
ore (2 scatole da 10 compresse)</content></item>
</list>
<list ID="DIAG">
<caption>Problemi</caption>
<item><content ID="a2">Sospetta Bronchite</content></item>
</list>
<entry>
  <substanceAdministration classCode="SBADM" moodCode="RQO">
    ...
    <entryRelationship typeCode="COMP">
      <supply classCode="SPLY" moodCode="RQO">
        <independentInd value="false"/>
        <quantity value="2"/>
      </supply>
    </entryRelationship>
  </substanceAdministration>
</entry>

```


CONF-021:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/substanceAdministration DEVE riportare un elemento **entryRelationship** contenente un attributo **typeCode** valorizzato con **"COMP"**.

CONF-021-1:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/substanceAdministration DEVE riportare un elemento **entryRelationship/supply** contenente un attributo **classCode** valorizzato con **"SPLY"** ed un attributo **moodCode** valorizzato con **"RQO"**.

CONF-021-2: ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/supply DEVE riportare un elemento **independentInd** contenente un attributo **value** valorizzato

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

con "false".

CONF-021-3: ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/supply DEVE riportare un elemento **quantity** contenente un attributo **value** valorizzato con un **numero intero**.

5.3.2.3 Note AIFA: <act> e <code>

La concedibilità di specifici farmaci da parte del SSN è in generale rappresentata attraverso le note AIFA, ex CUF (codifica nazionale). Tale condizione non è tuttavia sempre applicabile, infatti esistono codici di concessione regionali, derivati da un nomenclatore o risultati di un algoritmo, specificati dalle normative regionali (ad es., "se inibitori di pompa" al codice originale AIFA viene aggiunto il prefisso 1).


La concessione di un farmaco è rappresentata attraverso un elemento di tipo **<act>** collegato alla prescrizione del farmaco attraverso un elemento **<entryrelationship typecode="REFR">**.

<act>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
classCode	x_ActClassDocumentEntryAct	"ACT"	Tipologia di atto. Valore utilizzato nel caso di atto generico
moodCode	x_DocumentActMood	"EVN"	Evento di prescrizione


<act>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[NOTA AIFA]	Codice che identifica la nota
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.[CodificaNoteAifa]" or "2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE_X].6.1.xx"	OID che identifica la codifica relativa alle note AIFA
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione della codifica

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

CONF-022: La concessione di un farmaco è rappresentata da un elemento di tipo **ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/act** collegato alla prescrizione del farmaco attraverso una relazione di tipo **entryRelationship** con valore dell'attributo **typecode** pari a **"REFR"**. Il valore dell'elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/act/code** per le concessioni **DOVREBBE** essere derivato da uno degli schemi di codifica indicati nella tabella seguente.

"2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE_X].6.1.xx"	Codifica concessioni farmaci della Regione X
"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.[CodificaNoteAifa]"	Codifica AIFA (ex CUF)

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

5.4 Body CDA del documento di Prescrizione Specialistica

La prescrizione specialistica ambulatoriale riporta l'indicazione da parte del prescrittore degli analisi/esami che il paziente deve effettuare.

Come nel caso della prescrizione di presidi medicinali, il body del documento è costituito da due sezioni che riportano rispettivamente le esenzioni e l'effettivo contenuto della prescrizione.

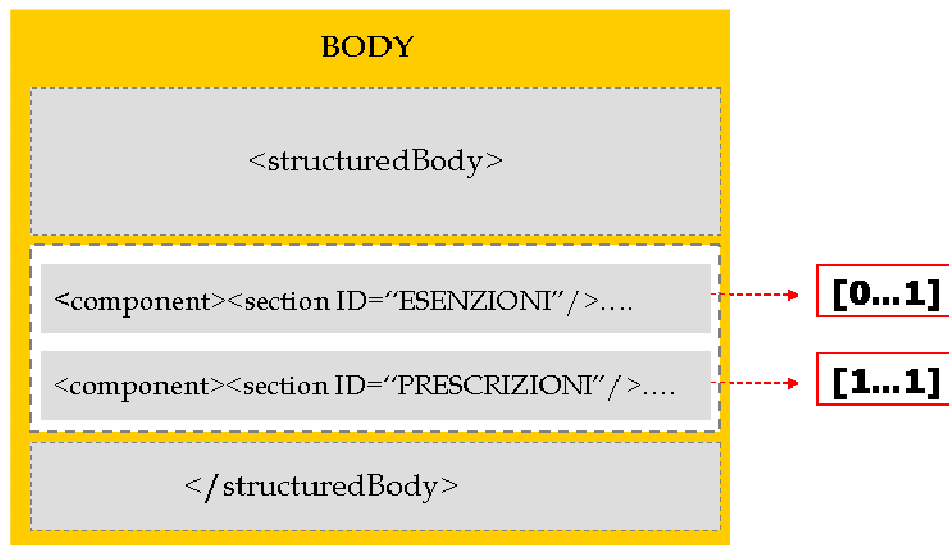


Figura 12 – Struttura generale Prescrizione Specialistica


5.4.1 Esenzioni: <section ID="ESENZIONI">

La sezione *Esenzioni* della prescrizione specialistica coincide con quanto descritto nella sezione *Esenzioni* della prescrizione prescrizione farmaceutica (Cfr.: [Esenzioni Prescrizione Farmaceutica](#)).

5.4.2 Prestazioni prescritte: <section ID="PRESCRIZIONI"> e <observation>

Sezione OBBLIGATORIA che descrive le prestazioni specialistiche da erogare al paziente.

La sezione DEVE contenere un elemento <text> OBBLIGATORIO (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 1). L'elemento <text> DEVE contenere al suo interno due elementi <list> ed un elemento <paragraph>:

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

- `<list id="RQO">` comprende un elemento `<caption>` con valore uguale a **"Prestazioni Richieste"** e presenta al suo interno tanti elementi `<item>` quante sono le prestazioni oggetto di prescrizione con le relative note;
- `<list id="DIAG">` comprende un elemento `<caption>` con valore uguale a **"Problemi"** e presenta al suo interno tanti elementi `<item>` quanti sono gli elementi relativi al/i problema/i diagnostico/i;
- `<paragraph id="NTE">` comprende un elemento `<caption>` con valore uguale a **"Note e Commenti"** e contiene le note e i commenti a carattere generale sulla prescrizione.

Ciascun elemento `<item>`, in presenza di una sezione strutturata al LIVELLO 3 dello standard HL7-CDA Rel. 2.0, DEVE raccogliere la descrizione narrativa all'interno di un elemento `<content>`, che deve riportare un ID progressivo necessario ad associare ogni singola asserzione testuale al corrispondente elemento strutturato secondo il LIVELLO 3 dello standard HL7-CDA Rel. 2.0. Quest'ultimo elemento deve riportare, a sua volta, il medesimo ID nella seguente struttura presente nell'elemento `<code>`.

```

<originalText>
  <reference value=""/>
</originalText>

```

È possibile utilizzare anche l'elemento `<text>`, come descritto di seguito.

```

<text>
  <reference value=""/>
</text>


```

Esempio d'utilizzo:

```

<section ID="PRESCRIZIONE">
  <code
    code="18776-5"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
    codeSystemName="LOINC"/>
  <text>
    <list ID="RQO">
      <caption>Prestazioni Richieste</caption>
      <item>
        <content ID="p1">RX TORACE</content>
        <content ID="c1">Note e commenti alla prestazione
1</content>
      </item>
      <item>

```

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

```

                <content ID="p1">RX GAMBA - dx</content>
                <content ID="c1">Note e commenti alla prestazione
2</content>
            </item>
        </list>
        <list ID="DIAG">
            <caption>Problemi</caption>
            <item>
                <content ID="qd1">Sospetta Broncopolmonite</content>
            </item>
        </list>
        <paragraph ID="NTE">
            <caption>Note e Commenti</caption>
            <content ID="nc1">Nota a carattere generale sulla
                prescrizione</content>
        </paragraph>
    </text>
    ...
</section>

```


La sezione è identificata da un elemento `<code>` (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 2), che ne determina il contenuto.

`<code>` :

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	"18776-5"	Plan Section
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del sistema di codifica LOINC
codeSystemName	ST	"LOINC"	Nome del sistema di codifica
codeSystemVersion	ST	"2.19"	Versione della codifica LOINC

CONF-023: Il documento **DEVE** contenere un elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/structuredBody/component/section** che riporta un elemento **code**, il cui attributo **code** deve essere valorizzato con **"18776-5"**, l'attributo **codeSystem** con **"2.16.840.1.113883.6.1"**, l'attributo **codeSystemName** con **"LOINC"**, l'attributo **codeSystemVersion** con **"2.19"**.

Per indicare la prestazione specialistica richiesta dal prescrittore nella sezione *machine readable* (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 3), vengono utilizzate da 1 ad 8 elementi `<entry>` che contengono un elemento `<observation>`, il quale riporta il codice del nomenclatore nazionale e dei nomenclatori regionali con l'indicazione della prestazione specialistica da erogare per il caso specifico.

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

Il sottoelemento `<id>` dell'elemento `<observation>`, **OBBLIGATORIO**, contiene un identificativo dell'elemento in modo da poterlo referenziare da altre parti del documento.

`<observation>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
classCode	-	"OBS"	Richiesta di osservazione
moodCode	-	"RQO"	Richiesta/Ordine di effettuare un'osservazione

`<observation>/<code>`:


Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[ID PRESTAZIONE]	ID della prestazione prelevato dal catalogo nazionale
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11"	OID del catalogo nazionale delle prestazioni
codeSystemName	ST	"Catalogo Prestazioni Italia"	Nome del catalogo

Per inserire sia il codice del nomenclatore nazionale, sia il codice del nomenclatore regionale è possibile utilizzare gli appositi elementi `<translation>` previsti per il datatype CD.

`<observation>/<code>/<translation>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[ID PRESTAZIONE]	ID della prestazione prelevato dal catalogo regionale
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE].6.11"	OID del catalogo regionale delle prestazioni
codeSystemName	ST	"Catalogo Prestazioni della Regione [REGIONE]"	Nome del catalogo

L'indicazione delle note e dei commenti legati alla prestazione riportata all'interno dell'elemento `<observation>` deve essere inserita in un elemento `<act>` associato all'osservazione mediante un elemento `<entryRelationship>` con typecode **"COMP"**. L'elemento `<act>` è **OPZIONALE**.

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

Se presente l'elemento **<act>**, l'elemento **<code>** DEVE essere valorizzato con il codice LOINC relativo ad *Annotation Comment*.

Il sottoelemento **<id>** dell'elemento **<act>**, **OBBLIGATORIO**, contiene un identificativo dell'elemento in modo da poterlo referenziare da altre parti del documento.

<entryRelationship>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
typeCode	ST	"COMP"	Collegamento tra act e observation

<act>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"48767-8"	Annotation Comment
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OID del sistema di codifica LOINC
codeSystemName	ST	"LOINC"	-Nome del sistema di codifica
codeSystemVersion	ST	"2.19"	Versione codifica LOINC

Esempio d'utilizzo:

```


<entryRelationship typeCode="COMP">
  <act moodCode="EVN" classCode="ACT">
    <id>idc1</id>
    <code
      code="48767-8"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      codeSystemVersion="2.19"/>
    <text>
      <reference value="c1"/>
    </text>
  </act>
</entryRelationship>

```

COND-CONF-024: SE l'elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/section** riporta un elemento **code** il cui attributo **code** è valorizzato con "18776-5", esso **PUO'** riportare da un **minimo di uno ad un massimo di 8** elementi **entry/observation**.

CONF-024-1: **ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/observation** **DEVE** riportare un attributo **classCode** valorizzato con "OBS" e un attributo **moodCode** valorizzato con "RQO".

CONF-024-2:

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/observation DEVE riportare un elemento **code** contenente un attributo **code** valorizzato con "[ID PRESTAZIONE]", un attributo **codeSystem** valorizzato con "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11", un attributo **codeSystemName** valorizzato con "Catalogo Prestazioni Italia", un attributo **codeSystemVersion** valorizzato con "1".

CONF-024-2-1:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/observation/code PUO' riportare un elemento **translation**.

CONF-024-2-1-1:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/observation/code/translation DEVE riportare un elemento **code** contenente un attributo **code** valorizzato con "[ID PRESTAZIONE]", un attributo **codeSystem** valorizzato con "2.16.840.1.113883.2.9." + [REGIONE] + ".6.1.11", un attributo **codeSystemName** valorizzato con "Catalogo Prestazioni della Regione" + [REGIONE], un attributo **codeSystemVersion** valorizzato con "1".

CONF-024-3: Note e commenti alla prestazione **POSSONO** essere inseriti in un elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/observation/entryRelationship/act** legato all'**observation** mediante l'elemento **entryRelationship** che riporta "**COMP**" come typecode.

COND-CONF-024-3-1: SE presente, l'elemento

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/observation/entryRelationship/act DEVE riportare un elemento **code** con l'attributo **code** valorizzato con "48767" (Annotation Comment), un attributo **codeSystem** valorizzato con "2.16.840.1.113883.6.1", un attributo **codeSystemName** valorizzato con "LOINC", un attributo **codeSystemVersion** valorizzato con "2.19".


Il codice relativo al problema diagnostico in base al quale il medico prescrittore ha prescritto l'esame specialistico deve essere inserito in un ulteriore elemento **<observation>** legato al primo mediante un elemento **<entryRelationship>** con typecode "**RSN**". In tal modo, si fornisce una giustificazione semantica dell'esame richiesto nell'osservazione ad esso collegata.

In questo caso, il codice dell'osservazione DEVE essere valorizzato con la codifica **ICD9-CM** per la relativa diagnosi.

<entryRelationship>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
typeCode	ST	"RSN"	Collegamento tra le due <i>observation</i>

<observation>/<code>:

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--


Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"[ID DIAGNOSI]"	Codice osservazione
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.103"	OID del catalogo ICD9-CM
codeSystemName	ST	"ICD9-CM"	Nome codifica
codeSystemVersion	ST	"2002"	Versione codifica attualmente utilizzata

Esempio d'utilizzo:

```

<section ID="PRESCRIZIONE">
  <code
    code="18776-5"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
    codeSystemName=" LOINC"/>
  <text>
    [Descrizione quesito diagnostici co + prestazione specialistica
richiesta]
  </text>
  <entry>
    <observation classCode="OBS" moodCode="RQO">
      <code
        code="92.40.02"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.4.1.6.1.11"
        codeSystemName="Catalogo Prestazioni Italia">
        <translation
          code="91.40.2.01"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.290.6.11"
          codeSystemName="Catalogo Prestazioni della Regione
Toscana"/>
        </code>
        <entryRelationship typeCode="RSON">
          <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
            <code
              code="xxxx"
              codeSystem="2.16.840.1.113883.6.104"
              codeSystemName="ICD9-CM"
              codeSystemVersion="2002"/>
            </observation>
          </entryRelationship>
        </observation>
      </entryRelationship>
    </observation>
  </entry>
</section>

```

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

</entry>

CONF-025: ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/observation DEVE riportare un elemento entryRelationship che riporta un attributo typeCode valorizzato con "RSON".

CONF-025-1:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/observation DEVE riportare un elemento entryRelationship/Observation che riporta un attributo classCode valorizzato con "OBS" e un attributo moodCode valorizzato con "EVN".


CONF-025-1-1:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/observation/entryRelationship/observation DEVE riportare un attributo code valorizzato con "[ID DIAGNOSI]", un attributo codeSystem valorizzato con "2.16.840.1.113883.6.103", un attributo codeSystemName valorizzato con "ICD9-CM", un attributo codeSystemVersion valorizzato con "[VERSIONE CODIFICA]" (attualmente "2002").

Il riferimento alla quantità prescritta/erogata va specificato attraverso l'utilizzo di un elemento <supply> collegato all'elemento <observation> attraverso un elemento <entryRelationship> di tipo "COMP".

Esempio d'utilizzo:

```
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <supply classCode="SPLY" moodCode="RQO">
    <independentInd value="false"/>
    <quantity value="1"/>
  </supply>
</entryRelationship>
```

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

5.5 Body CDA del documento di Prescrizione di Ricovero

La prescrizione di ricovero ambulatoriale riporta l'indicazione da parte del prescrittore della necessità di ricovero del paziente presso una struttura sanitaria convenzionata SSN.

Come nel caso della prescrizione di presidi medicinali, il body del documento è costituito da due sezioni che riportano rispettivamente le eventuali esenzioni e la motivazione della richiesta di ricovero.

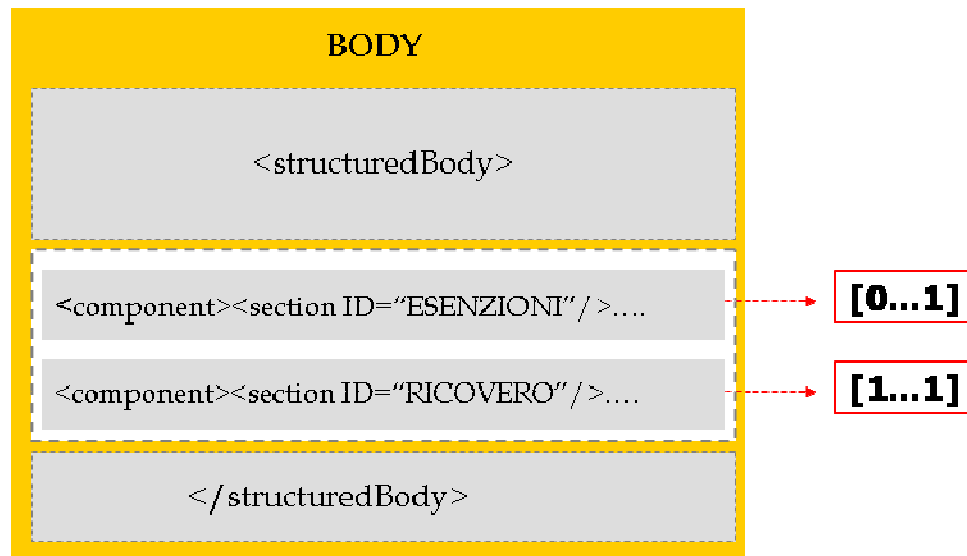


Figura 13 – Struttura generale Prescrizione di Ricovero


5.5.1 Esenzioni: <section ID="ESENZIONI">

La sezione *Esenzioni* della prescrizione specialistica coincide con quanto descritto nella sezione *Esenzioni* della prescrizione farmaceutica (Cfr.: [Esenzioni Prescrizione Farmaceutica](#)).

5.5.2 Prescrizione di ricovero: <section ID="RICOVERO"> e <act/>

Sezione OBBLIGATORIA che descrive la richiesta di ricovero effettuata dal medico prescrittore.

La sezione contiene un elemento <text> OBBLIGATORIO (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 1). L'elemento <text> DEVE contenere al suo interno due elementi <list>:

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

- `<list id="RQO">` contiene un elemento `<caption>` con valore uguale a **"Prestazioni Richieste"**, il quale presenta al suo interno un elemento `<item>` che descrive la richiesta di ricovero;
- `<list id="DIAG">` contiene un elemento `<caption>` con valore uguale a **"Problemi"**, il quale presenta al suo interno tanti elementi `<item>` quanti sono gli elementi relativi al/i problema/i diagnostico/i in base al quale si richiede il ricovero.

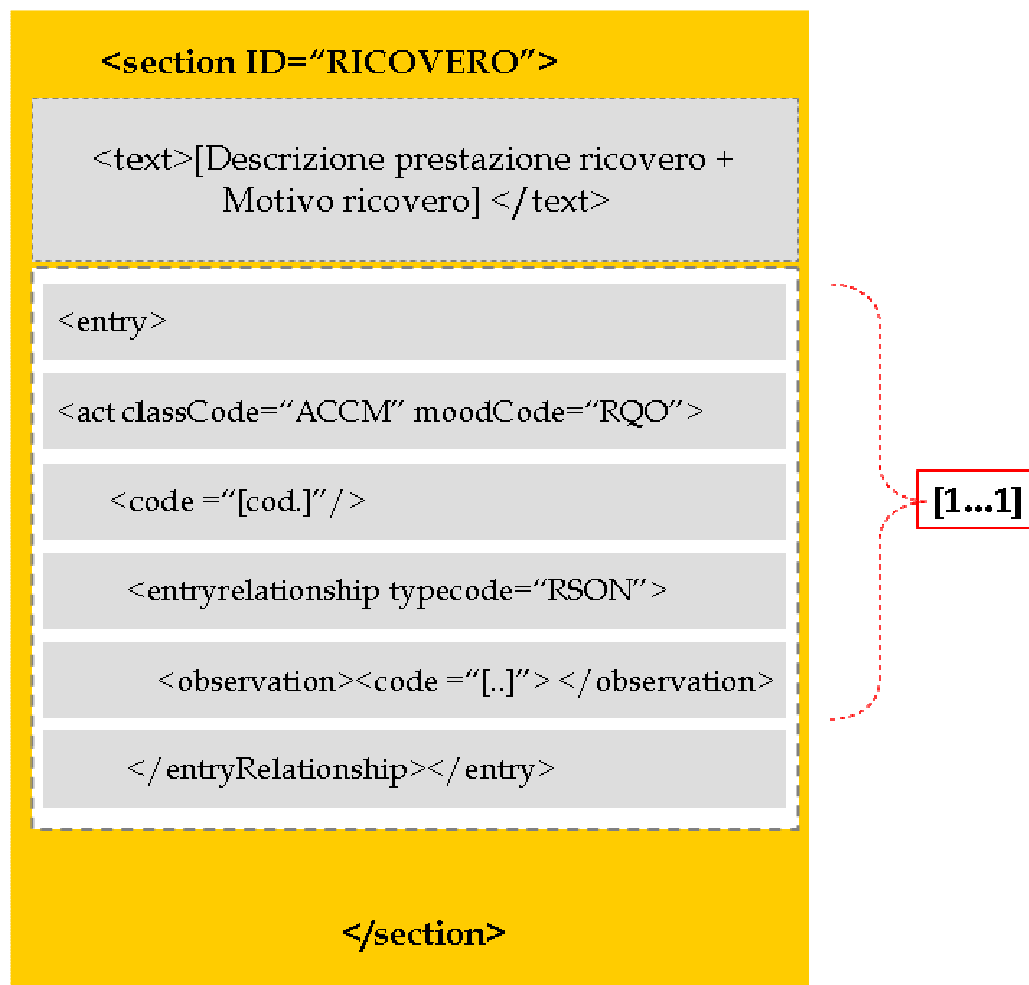



Figura 14 – Struttura descrizione e motivo del ricovero

Ciascun elemento `<item>`, in presenza di una sezione strutturata al LIVELLO 3 dello standard HL7-CDA Rel. 2.0, DEVE raccogliere la descrizione narrativa all'interno di un elemento `<content>`, che deve riportare un ID progressivo necessario ad associare

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

ogni singola asserzione testuale al corrispondente elemento strutturato secondo il LIVELLO 3 dello standard HL7-CDA Rel. 2.0. Quest'ultimo elemento deve riportare, a sua volta, il medesimo ID nella seguente struttura presente nell'elemento `<code>`.

```

<originalText><reference value=""/></originalText>

```

La sezione è identificata da un elemento `<code>` (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 2) che ne determina il contenuto.

`<code>` :


Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	"PRESCRIZIONI-001"	Sezione di Ricovero
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.99"	OID - che identifica la codifica relativa ai codici sezione utilizzati nella localizzazione italiana del CDA
codeSystemName	ST	"ITCDA_SECTION_TYPE"	-
codeSystemVersion	ST	"1"	Versione codifica

CONF-026: Il documento **DEVE** contenere un elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/section** che riporta un elemento **code** con un attributo **code** valorizzato con **"PRESCRIZIONI-001"**, un attributo **codeSystem** valorizzato con **"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.99"**, un attributo **codeSystemName** valorizzato con **"ITCDA_SECTION_TYPE"**, un attributo **codeSystemVersion** valorizzato con **"1"**.

Per indicare la prestazione di ricovero richiesta dal prescrittore, per il livello *machine readable* (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 3), viene utilizzato un elemento `<entry>` che contiene un elemento `<act>`.

`<entry>/<act>` :

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
classCode	-	"ACCM"	Richiesta di ricovero
moodCode	-	"RQO"	Richiesta/Ordine di effettuare un'osservazione

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

<act>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"H"	ID richiesta ricovero
codeSystem	OID	[OID CATALOGO RICOVERI] ⁸	OID del catalogo ricoveri
codeSystemName	ST	"Codifica Ricovero"	Nome del catalogo
codeSystemVersion	ST	"1"	Versione codifica

COND-CONF-027: SE l'elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/section** riporta un elemento **code** con attributo **code** valorizzato con "**PRESCRIZIONI-001**", esso deve riportare un elemento **entry/act** con un attributo **classCode** valorizzato con "**ACCM**" ed un attributo **moodCode** valorizzato con "**EVN**".

CONF-027-1: ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/act DEVE riportare un elemento **code** comprendente un attributo **code** valorizzato con "**H**", un attributo **codeSystem** valorizzato con **[OID CATALOGO RICOVERO]**, un attributo **codeSystemName** valorizzato con "**Codifica Ricovero**", un attributo **codeSystemVersion** valorizzato con "**1**".

Il codice relativo al problema diagnostico, in base al quale il medico prescrittore ha prescritto il ricovero, deve essere inserito in un ulteriore elemento **<observation>** legato all'elemento **<act>** mediante un elemento **<entryRelationship>** con typecode "**RSON**". In tal modo, si fornisce una giustificazione semantica dell'esame richiesto nell'osservazione ad esso collegata.


In questo caso, il codice dell'osservazione DEVE essere valorizzato con la codifica **ICD9-CM** per la relativa descrizione del problema.

<entryRelationship>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
typeCode	ST	"RSON"	Collegamento tra le due osservazioni

<observation>/<code>:

⁸ Vedi <http://www.hl7italia.it/>.

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--


Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[CODICE DIAGNOSI]	ID della osservazione
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.103"	Codifica ICD9-CM
codeSystemName	ST	"ICD9-CM"	Nome del catalogo
codeSystemVersion	ST	"2002"	Versione codifica attuale

Esempio d'utilizzo:

```

<section ID="RICOVERO">
  <code
    code="PRESCRIZIONI-001"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.99"
    codeSystemName="ITCDA_SECTION_TYPE"/>
  <text>
    <list><caption>Prestazioni Richieste</caption>
      <item>
        <content ID="a1">Ricovero Ospedaliero</content>
      </item>
    </list>
    <list id="DIAG"> <caption>Problemi</caption>
      <item>
        <content ID="a2">Sospetta ulcera perforata</content>
      </item>
    </list>
  </text>
  <entry>
    <act classCode="ACCM" moodCode="EVN">
      <code
        code="S"
        codeSystemName="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.16"
        codeSystem="Tipo Ricovero"/>
      <originalText>
        <reference value="a1"/>
      </originalText>
    </code>
    <entryRelationship typeCode="RSON">
      <observation classCode="OBS" moodCode="RQO">
        <code
          code="92.40.02"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2"
          codeSystemName="ICD9-CM"/>
        </code>
      </observation>
    </entryRelationship>
  </act>
</entry>
</section>

```

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

```

<originalText>
  <reference value="a2"/>
</originalText>
<translation
  code="92.40.02"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.290.6.1"
  codeSystemName="Catalogo Prestazioni della
Regione
  Toscana"/>
<originalText>
  <reference value="a2"/>
</originalText>
</code>
</observation>
</entryRelationship>
</entry>

```

CONF-028: **ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/act** DEVE riportare un elemento **entryRelationship** che riporta un attributo **typeCode** valorizzato con "RSON".

CONF-028-1: **ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/act** DEVE riportare un elemento **entryRelationship/observation** che riporta un attributo **classCode** valorizzato con "OBS" ed un attributo **moodCode** valorizzato con "EVN".

CONF-028-1-1:


ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/act/observation/entryRelationship/observation DEVE riportare un elemento **code** con un attributo **code** valorizzato con "[ID PRESTAZIONE]", un attributo **codeSystem** valorizzato con "2.16.840.1.113883.6.104", un attributo **codeSystemName** valorizzato con "ICD9-CM", un attributo **codeSystemVersion** valorizzato con "[VERSIONE CODIFICA]" (attualmente "2002").

La priorità della prescrizione viene indicata attraverso l'opportuno elemento **<priorityCode>** della classe **<act>** e valorizzato come segue.

<priorityCode>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	"U" or "B" or "D" or "P"	Codice priorità
codeSystem	OID	[OID CATALOGO NAZIONALE PRIORITA' PRESCRIZIONI] ⁹	OID del catalogo nazionale di codifica delle priorità delle prescrizioni

⁹ Vedi: <http://www.hl7italia.it>


	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

codeSystemName	ST	"Priorità della prescrizione"	Nome del catalogo
codeSystemVersion	ST	"1"	Versione del sistema di codifica

CONF-028-2:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/act/observation PUO' riportare un elemento **priorityCode**.

CONF- 028-2-1: ClinicalDocument/section/entry/act/observation/priorityCode DEVE riportare un elemento **code** con un attributo **code** valorizzato con "U" or "B" or "D" or "P", un attributo **codeSystem** valorizzato con "[OID CATALOGO NAZIONALE PRIORITA' PRESCRIZIONI]", un attributo **codeSystemName** valorizzato con "Priorità della prescrizione", un attributo **codeSystemVersion** valorizzato con "1".

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

6 Documento di Erogazione della Prescrizione nel formato HL7-CDA Rel. 2

In questa sezione è descritto il formato HL7-CDA Rel. 2.0 per i documenti di erogazione della prescrizione. In particolare, si riportano di seguito le differenze rispetto all'header ed al body dei corrispondenti documenti di prescrizione.

6.1 Header CDA dei documenti di Erogazione Prescrizione Farmaceutica e Specialistica

6.1.1 Identificativo del template HL7: <templateId>

Elemento OBBLIGATORIO (di tipo HL7 Instance Identifier) che indica il template HL7 di riferimento per il documento corrente.

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
root	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.10.2.2"	OID del catalogo degli schemi dei template di documento per i documenti di EROGAZIONE PRESCRIZIONE
extension	ST	"ITPRF_EROG-001"	Versione del template, può essere omessa


Esempio d'utilizzo:

```
<templateId
  root="2.16.840.1.113883.2.9.10.2.2"
  extension="ITPRF_EROG-001"/>
```

Tutti i template sono contenuti nel ramo 10 del root OID nazionale (il "*Root HL7 Italia Template*"), in particolare nel sottoramo 2 dedicato specificatamente ai "*Template CDA Rel. 2*".

Come si può osservare, modificando la versione del template, cambia la cifra dell'attributo **extension** e non quella dell'attributo **root**.

CONF-E1: Il documento di erogazione **DEVE** rispettare le regole di conformance dell'header del documento di prescrizione laddove non diversamente specificato.
CONF-E001: Il documento **DEVE** contenere un e non più di un elemento

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

ClinicalDocument/templated con valore dell'attributo root uguale a "2.16.840.1.113883.2.9.10.2.2".

CONF-E001-1: L'attributo extension dell'elemento ClinicalDocument/templated PUO' essere uguale a "ITPRF_EROG-001" OR essere omesso.

6.1.2 Codice prescrizione erogata: <id> e <setId>

Elementi OBBLIGATORI che identificano la prescrizione erogata.

Per dettagli circa l'utilizzo degli elementi <id> e <setId>, riferirsi rispettivamente alle sezioni 5.2.4 e 5.2.5.

Gli elementi <id> e <setId> devono riportare il codice PLG, previsto dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) (stampato sulla parte superiore della prescrizione) o l'identificativo univoco nazionale dematerializzato del documento di prescrizione (IUP), laddove disponibile.

Per quanto riguarda le successive versioni del documento, l'elemento <id> deve essere modificato, mentre l'elemento <setId> deve restare costante, e quindi valorizzato con il codice PLG o con l'identificativo univoco nazionale dematerializzato del documento di prescrizione (IUP) laddove disponibile. Il PLG è individuato univocamente da un codice, che esprime:


- il numero progressivo regionale per quanto riguarda le ricette SSN (ai sensi del comma 3 dell'art. 50 del decreto legge 30 Settembre 2003, n. 296, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 Novembre 2003, n. 326);
- il numero progressivo relativo all'Ufficio dei SASN nord/centro Italia o sud e isole che distribuisce le ricette, per quanto concerne le ricette SASN.

Tale codice, rappresentato sia in formato a barre che numerico, è costituito da due elementi:

- il primo costituito è da 5 caratteri, suddivisi rispettivamente in Codice Ente di Competenza (Regione o Provincia Autonoma o Ufficio dei SASN, 3 cifre) e nell'anno di produzione del ricettario (2 cifre).
- il secondo è costituito da 10 caratteri, suddivisi rispettivamente in numerazione progressiva della ricetta nell'ambito del medesimo ente competente, e nel carattere di controllo di parità del progressivo.

Di conseguenza, l'erogatore della prestazione, per poter associare lo IUP al PLG all'atto dell'erogazione, deve conoscere l'ente di competenza nel cui dominio lo IUP è stato generato. Allo scopo, occorre utilizzare il root OID 2.16.840.1.113883.2.9.3.4 (MEF) dove collegare lo IUP ed il PLG generati sul territorio nazionale.

Il ramo relativo alla definizione del codice PLG (il 4 per SSN ed il 5 per SASN), determinerà per l'elemento <id> la seguente impostazione.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Esempio d'utilizzo:

Prima Versione:

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.4" extension="13004-0000053458"
assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
```

```
<setId root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.4" extension="13004-0000053458"
assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
```

Esempio versioni successive:

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.9.2.150101.4.4"
extension="123456789101101" assigningAuthorityName="ASL 101 Avellino"/>
```

```
<setId root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.4" extension="13004-0000053458"
assigningAuthorityName="Ministero Economia e Finanze"/>
```

CONF-E002: Il documento **DEVE** contenere **un e non più di un elemento ClinicalDocument/id**.

COND-CONF-E002-1: **SE** l'elemento **ClinicalDocument/relatedDocument** non è presente, l'elemento **ClinicalDocument/id** **DEVE** riportare l'attributo **root** valorizzato con **"2.16.840.1.113883.2.9.4.3" + [OID_CODIFICA_RICETTE]**, l'attributo **extension** valorizzato con l' **[IDENTIFICATIVO RICETTA]**, l'attributo **assigningAuthorityName** valorizzato con **"Ministero dell'Economia e delle Finanze"**.

CONF-E003: Il documento **DEVE** contenere **un e non più di un elemento ClinicalDocument/setId**.


CONF-E003-1: L'elemento **ClinicalDocument/setId** **DEVE** riportare l'attributo **root** valorizzato con **"2.16.840.1.113883.2.9.4.3.4"**, l'attributo **extension** valorizzato secondo le **regole** proposte in **Appendice E**, l'attributo **assigningAuthorityName** valorizzato con il nome descrittivo assegnato alla ASL/AO a cui l'OID della **root** fa riferimento.

COND-CONF-E003-2: **SE** l'elemento **ClinicalDocument/relatedDocument** non è presente, l'elemento **ClinicalDocument/setId** **DEVE** riportare l'attributo **root** valorizzato come l'attributo **root** dell'elemento **ClinicalDocument/id**, l'attributo **extension** valorizzato come l'attributo **extension** dell'elemento **ClinicalDocument/id**, l'attributo **assigningAuthorityName** valorizzato come l'attributo **assigningAuthorityName** dell'elemento **ClinicalDocument/id**.

CONF-E004: Il documento **DEVE** contenere **un elemento ClinicalDocument/versionNumber** valorizzato con un **intero positivo**.

CONF-E005: Il documento **DEVE** contenere **un e non più di un elemento ClinicalDocument/code**.

CONF-E006: L'elemento **ClinicalDocument/code** **DEVE** riportare l'attributo **code** valorizzato con **"29304-3" OR "34109-9"**, l'attributo **codeSystem** valorizzato con **"2.16.840.1.113883.6.1"**, l'attributo **codeSystemName** valorizzato con **"LOINC"**, l'attributo **codeSystemVersion** valorizzato con **"2.19"**, l'attributo **displayName** valorizzato rispettivamente con **"EROGAZIONE PRESCRIZIONE FARMACEUTICA" OR "EROGAZIONE PRESCRIZIONE SPECIALISTICA"**.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

6.1.3 Riferimento al documento di prescrizione: <inFulFillmentOf>

Elemento **OBBLIGATORIO** in caso di presenza di prescrizione elettronica che identifica la relazione del documento di erogazione con il documento di prescrizione. Anche questo elemento permette di accoppiare il codice rilasciato dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato/MEF o il codice identificativo univoco nazionale dematerializzato della prescrizione con la prescrizione elettronica.

Esempio d'utilizzo:

```
<inFulFillmentOf>
  <order classCode="RQO">
    <id
      root="2.16.840.1.113883.2.9.4.3.6"
      extension="150106.1001.000000005.2007032118.DW009"
      assigningAuthorityName="MEF - IUP"/>
    <code
      code="29305-0"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
      codeSystemName="LOINC"
      displayName="PRESCRIZIONE FARMACEUTICA"/>
  </order>
</inFulFillmentOf>
```

CONF-E007: Il documento **DEVE** riportare l'elemento **ClinicalDocument/inFulFillmentOf** che **DEVE** essere privo dell'attributo **nullFlavor**.


CONF-E007-1: **ClinicalDocument/inFulFillmentOf** **DEVE** contenere un elemento **order** che riporta l'attributo **classCode** valorizzato con "RQO".

CONF- E007-1-1: **ClinicalDocument/inFulFillmentOf/order** **DEVE** contenere un elemento **id** ed un elemento **setId**.


CONF- E007-1-2: Il documento **DEVE** contenere un elemento **ClinicalDocument/inFulFillmentOf/order/code**.

COND-CONF-E007-1-2-1: **SE** l'attributo **code** dell'elemento **ClinicalDocument/code** è valorizzato con "29305-0", l'elemento **ClinicalDocument/inFulFillmentOf/order/code** **DEVE** riportare l'attributo **code** valorizzato con "29304-3", l'attributo **codeSystem** valorizzato con "2.16.840.1.113883.6.1", l'attributo **codeSystemName** valorizzato con "LOINC", l'attributo **codeSystemVersion** valorizzato con "2.19", l'attributo **displayName** valorizzato con "EROGAZIONE PRESCRIZIONE FARMACEUTICA".

COND-CONF-E007-1-2-2: **SE** l'attributo **code** dell'elemento **ClinicalDocument/code** è valorizzato con "11488-4", l'elemento **ClinicalDocument/inFulFillmentOf/order/code** **DEVE** riportare l'attributo **code** valorizzato con "34109-9", l'attributo **codeSystem** valorizzato con "2.16.840.1.113883.6.1", l'attributo **codeSystemName** valorizzato con

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

"LOINC", l'attributo `codeSystemVersion` valorizzato con "2.19", l'attributo `displayName` valorizzato con "EROGAZIONE PRESCRIZIONE SPECIALISTICA".

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

6.2 Body CDA del documento di Erogazione Prescrizione Farmaceutica

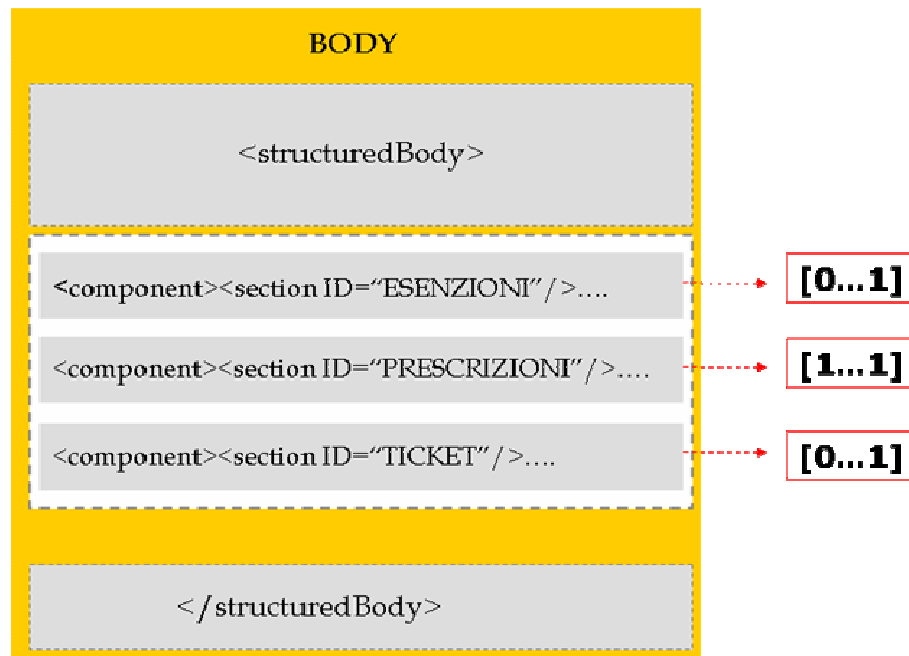


Figura 16 – Struttura generale Erogazione Prescrizione Farmaceutica

CONF-E008: Il documento **DEVE** contenere un elemento **ClinicalDocument/structuredBody**.

CONF-E009: **ClinicalDocument/structuredBody** **DEVE** contenere da uno a tre elementi **component**.

CONF-E009-1: **ClinicalDocument/structuredBody/component** **DEVE** contenere un e non più di un elemento **section**.


CONF-E009-1-1: **ClinicalDocument/structuredBody/component/section** **DEVE** contenere un e non più di un elemento **text**.

CONF-E009-1-2: **ClinicalDocument/structuredBody/component/section** **DEVE** contenere un e non più di un elemento **code**.

CONF-E009-2: Il documento **PUO'** contenere un e non più di un elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/section** che riporta un elemento **code** dell'attributo **code** valorizzato con "ESENZIONI-001".

CONF-E009-3: Il documento **PUO'** contenere un e non più di un elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/section** che riporta un elemento **code** con l'attributo **code** valorizzato con "ADM-001".

CONF-E009-4: Il documento **DEVE** contenere un e non più di un elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/section** che riporta un elemento **code** con l'attributo **code** valorizzato con "29304-3".

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

6.2.1 Esenzioni: <section ID="ESENZIONI">

Per completezza, è richiesto all'erogatore di riportare nel documento di erogazione l'intera sezione *Esenzioni* così come definita nel documento di prescrizione ([Cfr.: Esenzioni Prescrizione Farmaceutica](#)).

6.2.2 Erogazione presidi medicinali: <section ID="EROGAZIONE_FARMACEUTICA">

Come previsto nella sezione apposita del documento di prescrizione, il documento di erogazione riporta per ogni presidio prescritto il corrispondente presidio erogato.

Il codice di sezione individua la sezione di erogazione farmaceutica e l'elemento <text> veicola le informazioni narrative relative ai presidi erogati.


<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	"29304-3"	"Medication Dispensed"
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.1"	OIDdel sistema di codifica LOINC
codeSystemName	ST	"LOINC"	Sistema di codifica
codeSystemVersion	ST	"2.19"	Versione codifica LOINC

<text>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
text	ST	"Erogazione di:"	Descrizione narrativa dell'esenzione

La sezione contiene un elemento <text> OBBLIGATORIO (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 1). L'elemento <text> DEVE contenere al suo interno un elemento <list id="EROG"> con <caption> uguale a **"Farmaci Erogati"** che presenta al suo interno svariati elementi <item> che descrivono i presidi oggetto di erogazione. Ciascun elemento <item>, in presenza di una sezione strutturata al LIVELLO 3 dello standard HL7-CDA Rel. 2.0, DEVE raccogliere la descrizione narrativa all'interno di un elemento <content>, che deve riportare un ID progressivo necessario ad associare ogni singola asserzione testuale al corrispondente elemento strutturato secondo il LIVELLO 3 dello standard HL7-CDA Rel. 2.0. Quest'ultimo elemento deve riportare, a sua volta, il medesimo ID nella seguente struttura presente nell'elemento <code>.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

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

Esempio d'utilizzo:

```
<section ID="EROGAZIONE_FARMACEUTICA">
  <code
    code="29304-3"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
    codeSystemName="LOINC"
    codeSystemVersion="2.19"/>
    <text>Erogazione di Lovoxacin 20 Mg 2 confezioni</text>
  <entry>
    ...
  </entry>
</section>
```


Per ogni entry del documento di prescrizione del tipo `<supply moodCode="RQO">`, la struttura erogatrice crea, nel documento CDA di erogazione, un corrispondente elemento `<entry>` di tipo `<supply moodCode="EVN">` nel quale riporta lo specifico presidio medicinale erogato.

L'applicativo software dell'erogatore recupera le informazioni relative allo specifico medicinale prescritto analizzando i sottoelementi `<code>` degli elementi `<substanceAdministration>` e `<manufacturedLabeledDrug>` relativi al documento di prescrizione, i quali riportano rispettivamente i codici ATC e AIC del principio attivo e del farmaco prescritto.

`<supply>`:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
moodCode		"EVN"	Evento di erogazione

Il codice AIC del presidio erogato DEVE essere inserito nell'elemento `<code>`. Inoltre, a differenza di quanto previsto per il documento di prescrizione, il principio attivo erogato PUO' essere inserito nell'elemento `<code>/<translation>`, che va quindi valorizzato con il codice **"ATC"** adatto.

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

<code> :

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
Code	CS	[CODICE AIC]	Codice AIC del farmaco
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5"	OID Codifica AIC
codeSystemName	ST	"AIC"	Nome del sistema di codifica
displayName	ST	"AIC"	Nome della codifica visualizzato
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione codifica

<code>/<translation> :


Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[CODICE ATC PRINCIPIO ATTIVO]	Principio Attivo
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.6.73"	OID dell'ATC
codeSystemName	ST	"ATC"	Nome del sistema di codifica
displayName	ST	"ATC"	Nome della codifica visualizzato

Per identificare il codice progressivo relativo al package del farmaco¹⁰, PUO' essere utilizzato un ulteriore elemento **<translation>** così valorizzato:

<code>/<translation> :

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	[CODICE]	Principio Attivo

¹⁰ "Codice recante la numerazione progressiva della confezione", come da D.M. 2 Agosto 2001.

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.23"	Codifica progressiva confezioni farmaci
codeSystemName	ST	"Numerazione progressiva confezione"	Nome del sistema di codifica
displayName	ST	[NOME]	Nome della codifica visualizzato

L'elemento **<quantity>** è **OBBLIGATORIO** e veicola le informazioni relative al numero di confezioni di presidio da erogare.

<quantity>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
value	CS	[NUMERO DI UNITA']	Valore intero

Esempio d'utilizzo:


```

<supply classCode="SPLY" moodCode="EVN">
  <quantity value="1"/>
  <product>
    <manufacturedProduct>
      <manufacturedLabeledDrug>
        <code
          code="033940014"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5"
          codeSystemName="AIC"/>
        <translation
          code="78686"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.6.73"
          codeSystemName="ATC"/>
        </code>
        <name>Levofloxacin 250 mg compressa rivestita con film</name>
      </manufacturedLabeledDrug>
    </manufacturedProduct>
  </product>
</supply>

```

COND-CONF-E010: SE l'elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/section** riporta un elemento **code** con l'attributo **code** valorizzato con "29304-3", esso **PUO'** riportare da un minimo di uno ad un massimo di otto elementi **entry/supply**.

CONF-E010-1: ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/supply **DEVE** riportare un elemento

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---


product/manufacturedProduct/manufacturedLabeledDrug/code il cui attributo **code** deve essere valorizzato con **[CODICE AIC]**, l'attributo **codeSystem** con **"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.5"**, l'attributo **codeSystemName** con **"AIC"**.

CONF-E010-2:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/supply/product/manufacturedProduct/manufacturedLabeledDrug/entry/supply/code PUO' riportare un elemento **translation** che riporta un attributo **code** valorizzato con **[CODICE ATC PRINCIPIO ATTIVO]**, un attributo **codeSystem** valorizzato con **"2.16.840.1.113883.6.73"**, un attributo **codeSystemName** valorizzato con **"ATC"**, un attributo **codeSystemVersion** valorizzato con **"2007"**.

CONF-E010-3:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/supply/product/manufacturedProduct/manufacturedLabeledDrug/entry/supply DEVE riportare un elemento **quantity** che riporta un attributo **value** valorizzato con un numero **intero**.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

6.2.3 Pagamento ticket: estensioni CDA

Lo standard HL7-CDA Rel. 2.0 prevede ad oggi esclusivamente il trasporto di informazioni di tipo clinico salvo alcune specifiche eccezioni (ad es.: assicurazioni). L'inclusione nel documento di informazioni puramente amministrative, come il pagamento del ticket, risulta difficile in assenza di una specifica estensione della struttura del CDA.

Attualmente la Rel. 2.0 dello standard HL7-CDA non copre infatti l'inclusione di informazioni finanziarie relative a transazioni tra attori. L'inclusione di tali elementi è tuttavia in corso di discussione in HL7.org in relazione allo sviluppo del CDA Rel. 3.0.

In tale contesto, viste le attuali necessità ed al fine di preservare il modello di dati compatibile con la struttura del RIM HL7, il problema può essere risolto mediante l'utilizzo di un meccanismo di estensione previsto dallo standard e definito "*Informal Extension*", mediato però attraverso un importante correttivo.

L'estensione informale consiste nell'inserimento, all'interno della struttura dati del documento CDA, di elementi XML non facenti parte dello standard HL7-CDA Rel. 2.0 ed è ammessa purché i nuovi elementi appartengano ad un namespace diverso da quello previsto da HL7 per il CDA.

Questa procedura, ammessa dalle regole di estensibilità di HL7, seppur da utilizzare con estrema cautela, permette quindi di inserire nella struttura di un documento CDA elementi attualmente estranei allo standard, ma nel caso specifico concordati al livello nazionale.


In ogni caso, al fine di preservare il modello di dati di HL7, è previsto e reso obbligatorio, per veicolare le informazioni finanziarie, l'utilizzo di classi comunque esistenti in altri domini HL7 e derivate dal RIM.

A tal proposito, la classe `FinancialTransaction` del dominio FIAB permette proprio di veicolare informazioni finanziarie in relazione a transazioni in denaro (ad es.: ticket).

Tale classe contiene infatti tutti gli elementi di base utilizzabili per il trasporto dell'informazione finanziaria necessaria al documento di prescrizione.

Ciò premesso, per veicolare le informazioni relative al ticket, si prevede l'utilizzo di questa classe all'interno del body del documento CDA di Erogazione della Prescrizione in una sezione ad essa dedicata.

A tendere, questo tipo di approccio sembra essere quello che garantisce il miglior rispetto del modello di dati HL7, poiché la futura versione dello standard CDA farà riferimento a classi esistenti del RIM già utilizzate in altri domini, in quanto dovrà includere informazioni di carattere finanziario.

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

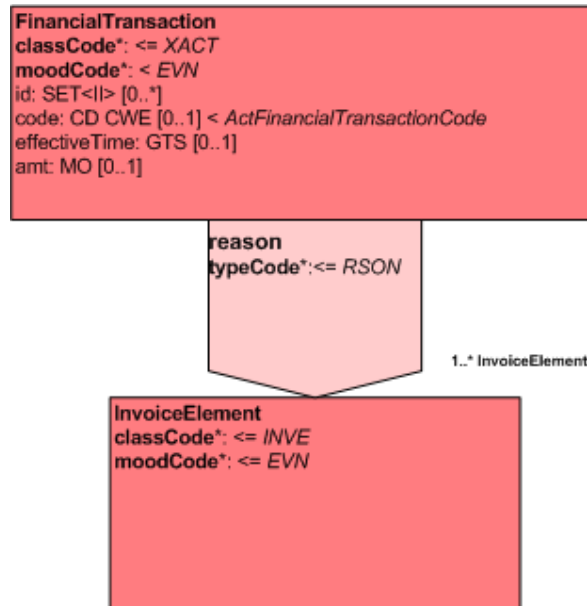


Figura 17 – HL7 – Estratto R-MIM dal dominio FIAB (FIAB RM020000)

6.2.3.1 Ticket: <section ID=" TICKET">

Sezione che individua la parte del documento contenente informazioni relative al ticket pagato al momento dell'erogazione del presidio medico da parte del paziente.

La Sezione DEVE essere omessa in caso di esenzione totale del paziente dal pagamento del ticket rilevabile attraverso il sottoelemento <code> dell'elemento <act> contenuto nella sezione del documento relativa alle esenzioni (ad es.: esenzioni per reddito).


L'elemento <text> della sezione veicola le informazioni narrative relative al ticket pagato (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 1).

<text>:


Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
text	ST	"Ticket pagato:" + [VALORE]	Descrizione narrativa del valore del ticket

Il codice di sezione <code> (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 2) individua la sezione amministrativa contenente i dati del ticket ed è strutturato come segue:

<section>/<code>:

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	"ADM-001"	Codice che identifica il contenuto della sezione
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.99"	OID che identifica la codifica relativa ai codici sezione utilizzati nella localizzazione italiana del CDA
codeSystemName	ST	"ITCDA_SECTION_TYPE"	Nome del sistema di codifica
codeSystemVersion	ST	"1"	Versione codifica

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Al fine di includere l'estensione informale prevista per la sezione viene quindi utilizzato il modello mostrato nelle prossime figure.

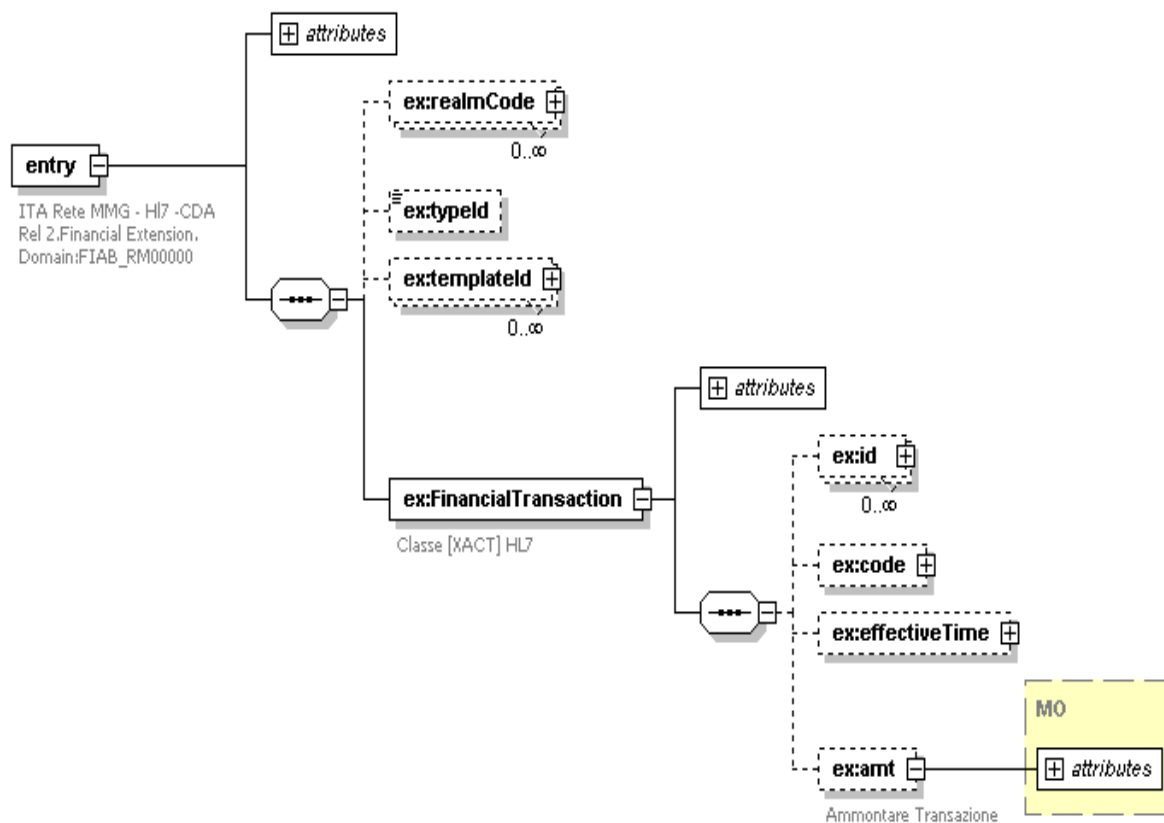



Figura 18 – Modello estensione informale CDA

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

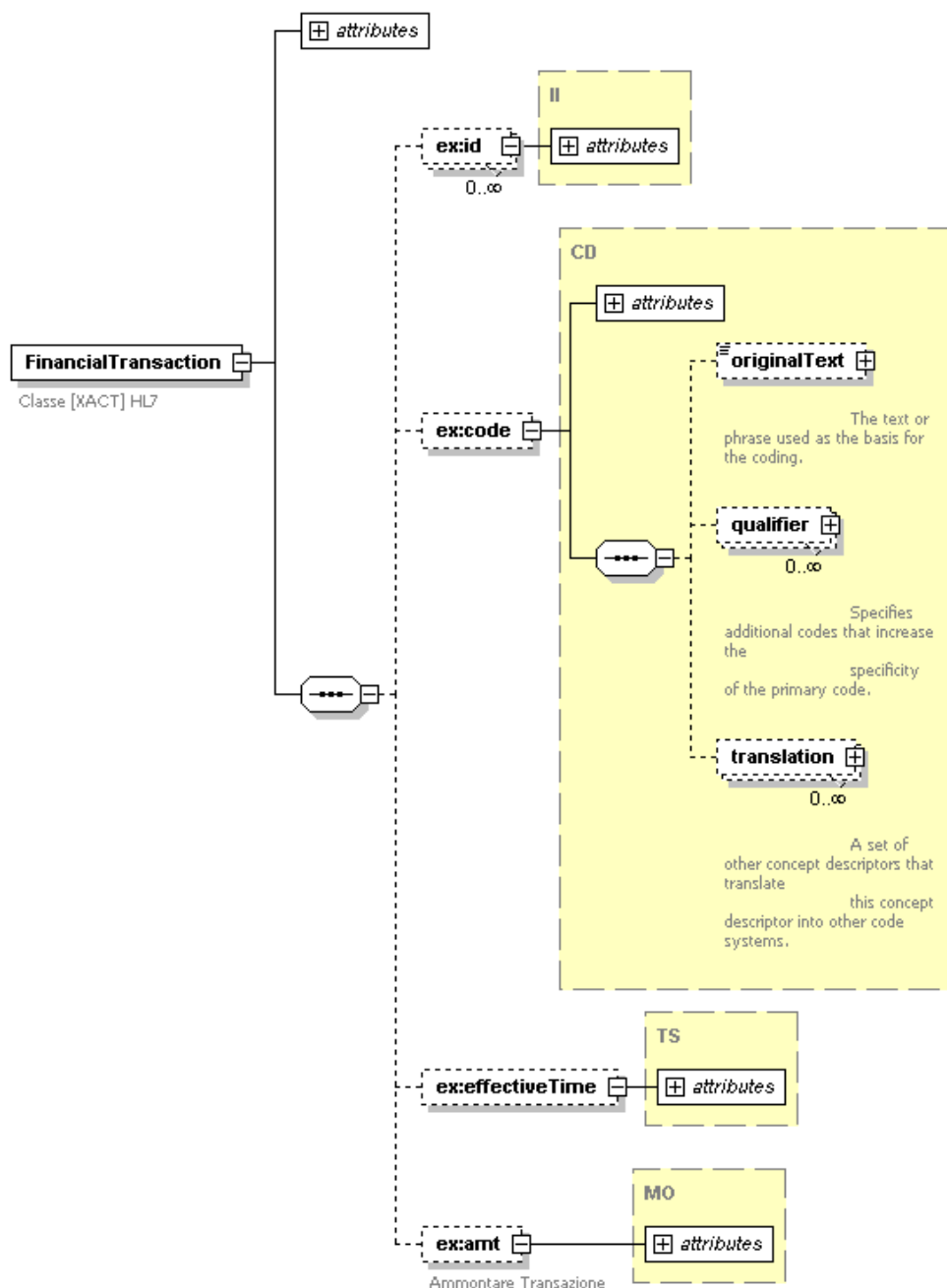



Figura 19 – Estensione CDA: Dettaglio della classe FinancialTransaction

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

La tipologia di transazione finanziaria viene veicolata attraverso l'elemento **<code>** dell'elemento **<FinancialTransaction>** che individua lo specifico tipo di transazione.

<FinancialTransaction>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	"CHRG"	Charge - transazione finanziaria
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.5.4" OR "2.16.840.1.113883.11.14804"	Sistema di codifica
codeSystemName	ST	"ActFinancialTransactionCode"	Nome del sistema di codifica

L'ammontare complessivo della transazione viene inserito nell'elemento **<amt>** (il cui tipo HL7 è **MO**), che veicola anche le informazioni relative alla valuta utilizzata.

<FinancialTransaction>/<amt>:


Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
currency	CS	"EUR"	Valuta
value	REAL	(\+ -)?[0-9]+(\.[0-9]+)?	[Reg.Ex.] Importo ticket pagato

Esempio d'utilizzo:

```

<ex:entry
  xsi:schemaLocation="urn:hl7-DIT-Ext:v1 ./ItrealmCDA_extension.xsd"
  ex:HL7-className="FIAB_RM020000">
  <ex:FinancialTransaction ex:classCode= »XACT » ex:moodCode= »EVN »>
    <ex:code
      code= »CHRG »
      codeSystem="2.16.840.1.113883.11.14804"
      codeSystemName="ActFinancialTransactionCode"
      displayName="Standard Charge"/>
    <ex:effectiveTime value="20070125123421+0100"/>
    <ex:amt currency="EUR" value="15.35"/>
    <ex:reason ex:typeCode="RSON">
      <ex:invoiceElement ex:classCode="INVE" ex:moodCode="EVN"/>
    </ex:reason>
  </ex:FinancialTransaction>
</ex:entry>

```

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

COND-CONF-E011: SE l'elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/section** riporta un elemento **code** il cui attributo **code** è valorizzato con "**ADM_TICKET-001**", esso **PUO'** riportare **un e non più di un elemento ex:entry** appartenente al namespace "**urn:hl7-DIT-Ext:v1**".

CONF-E011-1: ClinicalDocument/structuredBody/component/section/ex:entry DEVE riportare un elemento **FinancialTransaction** appartenente al namespace "**urn:hl7-DIT-Ext:v1**" che riporta un attributo **classCode** valorizzato con "**XACT**", un attributo **moodCode** valorizzato con "**EVN**".

CONF-E011-1-1:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/ex:entry/FinancialTransaction DEVE riportare un elemento **code** che riporta un attributo **code** valorizzato con "**CHRG**", un attributo **codeSystem** valorizzato con "**2.16.840.1.113883.11.14804**" OR "**2.16.840.1.113883.5.4**", un attributo **codeSystemName** valorizzato con "**ActFinancialTransactionCode**".

Il presente esempio presuppone l'esistenza di un file di schema di estensione (ItrealmCDA_extension.xsd) conforme a quello specificato in Appendice D. Il namespace utilizzato al momento per l'estensione (urn:hl7-DIT-Ext:v1) è riportato a titolo provvisorio e non corrisponde al namespace da utilizzare per la versione definitiva, che sarà assegnato contestualmente alla formale approvazione dell'estensione da parte di HL7 Italia. L'attributo **domainName="FIAB_RM020000"** (opzionale) è stato inserito per veicolare le informazioni relative al dominio HL7 dai quali è stata mutuata l'estensione.

Codice	Descrizione
1	Importi farmaceutici
1.1	Importo relativo al ticket
1.2	Importo per galenici
1.3	Importo integrativo
1.4	Importo prestazioni specialistiche
1.5	Importo diritto di chiamata


Visto il dettaglio dei pagamenti richiesti nell'ambito dell'art. 50, è stato richiesto l'accreditamento di una nuova tabella ad HL7 Italia per dettagliare eventualmente gli importi farmaceutici (2.16.840.1.113883.2.9.6.1.99) tramite un costrutto **<translation>** nell'ambito dell'elemento **<code>**. Va inoltre considerato che si dovranno poter gestire due importi.

Esempio d'utilizzo:

```

<ex:entry
  xsi:schemaLocation="urn:hl7-DIT-Ext:v1 ./ItrealmCDA_extension.xsd"
  ex:HL7-className="FIAB_RM020000">


```

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

<ex:FinancialTransaction ex:classCode= »XACT » ex:moodCode= »EVN »>
  <ex:code
    code= »CHRG »
    codeSystem="2.16.840.1.113883.11.14804"
    codeSystemName="ActFinancialTransactionCode"
    displayName="Standard Charge">
    <ex:translation
      code="1"
      codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.99"
      codeSystemName="Tipologie importi"
      displayName="Importi farmaceutici">
      <qualifier>
        <value
          code="1.5"
          codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.99"
          codeSystemName="Tipologie importi"
          displayName="Importo per diritto di chiamata"/>
        </value>
      </qualifier>
    </ex:translation>
  </ex:code>
  <ex:effectiveTime value= »20070125123421+0100 »/>
  <ex:amt currency= »EUR » value= »15.35 »/>
  <ex:reason ex:typeCode= »RSON »>
    <ex:invoiceElement ex:classCode= »INVE » ex:moodCode= »EVN »/>
  </ex:reason>
</ex:FinancialTransaction>
</ex:entry>

```

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

6.3 Body CDA del documento di Erogazione Prescrizione Specialistica

Il ciclo di erogazione della prescrizione specialistica viene completato con l'emissione di uno o più referti in relazione a quanto previsto nel documento di prescrizione¹¹.

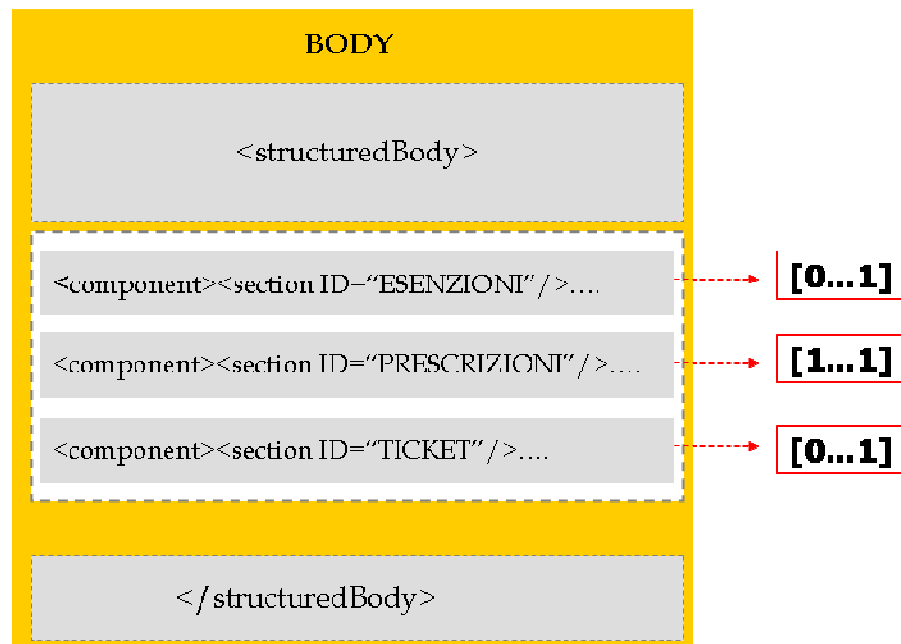



Figura 20 – Struttura generale Erogazione Prescrizione Specialistica

Al momento della conferma dell'erogazione delle prestazioni, che avviene presso le casse di erogazione delle strutture pubbliche e private convenzionate, viene prodotto un documento di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che riporta le informazioni relative alle esenzioni, alle prestazioni promesse ed al ticket.

6.3.1 Esenzioni: <section ID="ESENZIONI">

Per completezza è richiesto all'erogatore di riportare nel documento di erogazione l'intera sezione *Esenzioni* così come definita nel documento di prescrizione (Cfr.: [Esenzioni Prescrizione Farmaceutica](#)).

¹¹ In futuro l'erogazione di prescrizione specialistica potrà essere trattata come un messaggio HL7 v3; tuttavia, nella situazione attuale, appare opportuno utilizzare il formato HL7-CDA Rel. 2.0 per motivi di omogeneità.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

6.3.2 Erogazione prestazioni di specialistica: <section ID="EROGAZIONE_SPECIALISTICA">

Sezione OBBLIGATORIA che riporta il dettaglio delle prestazioni di specialistica che saranno oggetto di erogazione.

Come previsto nella sezione apposita del documento di prescrizione, il documento di erogazione riporta per ogni prestazione prescritta la corrispondente conferma di erogazione.

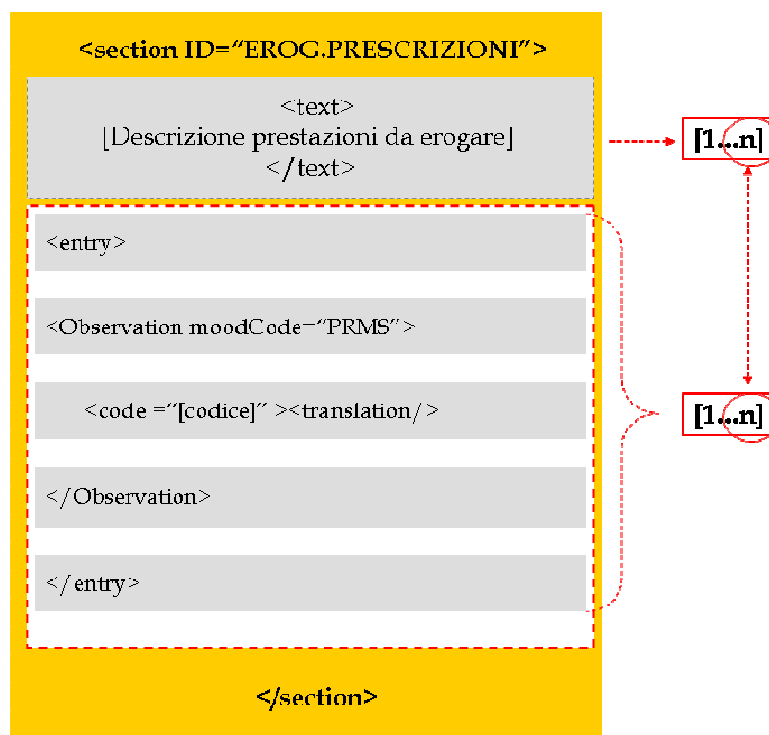



Figura 21 – Struttura descrizione Erogazione Prescrizione Specialistica

La sezione contiene un elemento **<text>** OBBLIGATORIO (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 1). L'elemento **<text>** DEVE contenere al suo interno un elemento **<list id="EROG">** con **<caption>** uguale a **"Prestazioni Erogate"** che presenta al suo interno svariati elementi **<item>** che descrivono le prestazioni oggetto di erogazione. Ciascun elemento **<item>**, in presenza di una sezione strutturata al LIVELLO 3 dello standard HL7-CDA Rel. 2.0, DEVE raccogliere la descrizione narrativa all'interno di un elemento **<content>**, che deve riportare un ID progressivo necessario ad associare ogni singola asserzione testuale al corrispondente elemento strutturato secondo il LIVELLO 3 dello standard HL7-CDA Rel. 2.0. Quest'ultimo elemento deve riportare, a sua volta, il medesimo ID nella seguente struttura presente nell'elemento **<code>**.

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

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

<text>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
text	ST	"Erogazione di:"	Descrizione narrativa della prestazione da erogare


Il codice di sezione **<code>** (HL7-CDA Rel. 2.0 - LIVELLO 2) individua la sezione contenente i dati di erogazione ed è strutturato come descritto di seguito.

<section>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	CS	"EROGAZIONE_PRESCRIZIONI-001"	Codice che identifica il contenuto della sezione
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.99"	OID che identifica la codifica relativa ai codici sezione utilizzati nella localizzazione italiana del CDA
codeSystemName	ST	"ITCDA_SECTION_TYPE"	Nome del sistema di codifica
codeSystemVersion	ST	"1"	Versione codifica

Esempio d'utilizzo:

```
<section ID="EROGAZIONE_SPECIALISTICA">
  <code
    code="EROGAZIONE_PRESCRIZIONI-001"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.99"
    codeSystemName="ITCDA_SECTION_TYPE"/>
  <text> Erogazione di:
    <list>
      <caption>Prestazioni Erogate</caption>
      <item> RX torace</item>
    </list>
```

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

```

</text>
<entry>
...
</entry>

```

Per ogni entry del documento di prescrizione contenente un elemento **<observation moodCode="RQO">**, la struttura erogatrice crea, nel documento CDA di erogazione, un corrispondente elemento **<entry>** di tipo **<observation moodCode="PRMS">** ("Promessa"), nella quale riporta le specifiche prestazioni oggetto di erogazione.

L'applicativo software dell'erogatore, all'accettazione, recupera le informazioni relative allo specifico esame prescritto analizzando i sottoelementi **<code>** degli elementi **<observation>** e del documento di prescrizione, i quali riportano rispettivamente i codici del nomenclatore nazionale e regionale delle prestazioni.

<observation>:


Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
classCode	-	"OBS"	Richiesta di osservazione
moodCode	-	"PRMS"	Promessa di effettuare un'osservazione

<observation>/<code>:

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[ID PRESTAZIONE]	ID della prestazione prelevato dal catalogo nazionale
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11"	OID del catalogo nazionale delle prestazioni
codeSystemName	ST	"Catalogo Prestazioni Italia"	Nome del catalogo

Per inserire sia il codice del nomenclatore nazionale, sia il codice del nomenclatore regionale è possibile utilizzare gli appositi elementi **<translation>** previsti per il datatype CD. Se ritenuto utile, allo stesso modo è possibile inserire eventuali codici a livello di Azienda.

<observation>/<code>/<translation>:

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

Attributo	Tipo	Valore	Dettagli
code	ST	[ID PRESTAZIONE]	ID della prestazione prelevato dal catalogo regionale
codeSystem	OID	"2.16.840.1.113883.2.9.2.[REGIONE].6.1.11"	OID del catalogo regionale delle prestazioni
codeSystemName	ST	Catalogo Prestazioni della Regione [REGIONE]	Nome del catalogo
codeSystemVersion	ST	[VERSIONE]	Versione della codifica

Esempio d'utilizzo:


```

<section ID="PRESCRIZIONE">
  <code
    code="EROGAZIONE_SPECIALISTICA-001"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.99"
    codeSystemName="ITCDA_SECTION_TYPE"/>
    <text>Erogazione di RX Torace</text>
  <entry>
    <observation classCode="OBS" moodCode="PRMS">
      <code
        code="92.40.02"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11"
        codeSystemName="Catalogo Prestazioni Italia"/>
      <translation
        code="91.40.2"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.2.9.150.6.1"
        codeSystemName="Catalogo Prestazioni della Regione
Campania"/>
      </code>
    </observation>
  </entry>
</section>

```

COND-CONF-E012: SE l'elemento **ClinicalDocument/structuredBody/component/section** riporta un elemento **code** con l'attributo **code** valorizzato con **"EROGAZIONE_SPECIALISTICA-001"**, esso **PUO'** riportare **da un minimo di uno ad un massimo di otto** elementi **entry/observation**.

CONF-E012: ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/observation **DEVE** riportare un attributo **classCode** valorizzato con **"OBS"**, un attributo **moodCode** valorizzato con **"PRMS"**.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

CONF-012-1:


ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/observation DEVE riportare un elemento **code** il cui attributo **code** **DEVE** essere valorizzato con "[ID PRESTAZIONE]", l'attributo **codeSystem** con "2.16.840.1.113883.2.9.6.1.11", l'attributo **codeSystemName** con "Catalogo Prestazioni Italia", l'attributo **codeSystemVersion** con "1".

CONF-012-1-1:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/observation/code PUO' riportare un elemento **translation**.

CONF-012-1-1-1:

ClinicalDocument/structuredBody/component/section/entry/observation/code/translation DEVE riportare un elemento **code** con un attributo **code** valorizzato con "[ID PRESTAZIONE]", un attributo **codeSystem** valorizzato con "2.16.840.1.113883.2.9." + [REGIONE] + ".6.1", un attributo **codeSystemName** valorizzato con "Catalogo Prestazioni della Regione" + [REGIONE], un attributo **codeSystemVersion** valorizzato con "1".

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

7 Casi d'uso della Prescrizione

Si descrivono di seguito brevemente alcuni casi d'uso (descritti tramite Sequence Diagram UML v2.1 [UML]) esemplificativi di utilizzo dei documenti di prescrizione ed erogazione strutturati in formato CDA.

7.1 Prescritto/Erogato Farmaceutica [Paziente->MMG-Farmacia]

Il caso d'uso esemplifica la sequenza degli eventi dal momento in cui il paziente presenta la necessità di cura al momento dell'erogazione dei presidi medicinali da parte della farmacia.

Il caso d'uso evidenzia la creazione di documenti di prescrizione ed erogazione e le relative interazioni con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

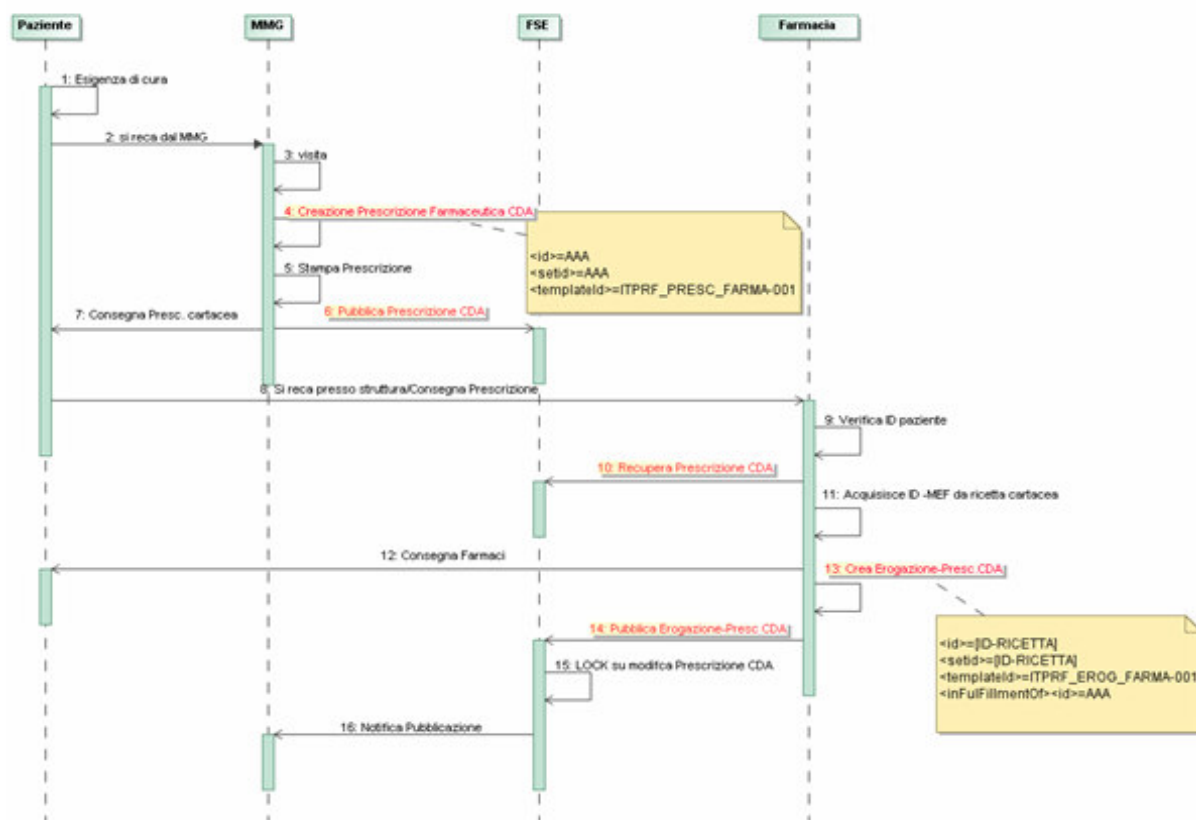


Figura 22 – Caso d'uso: Prescritto/Erogato Farmaceutica [Paziente->MMG-Farmacia]

7.2 Prescritto/Erogato Specialistica [Paziente->MMG->AO]

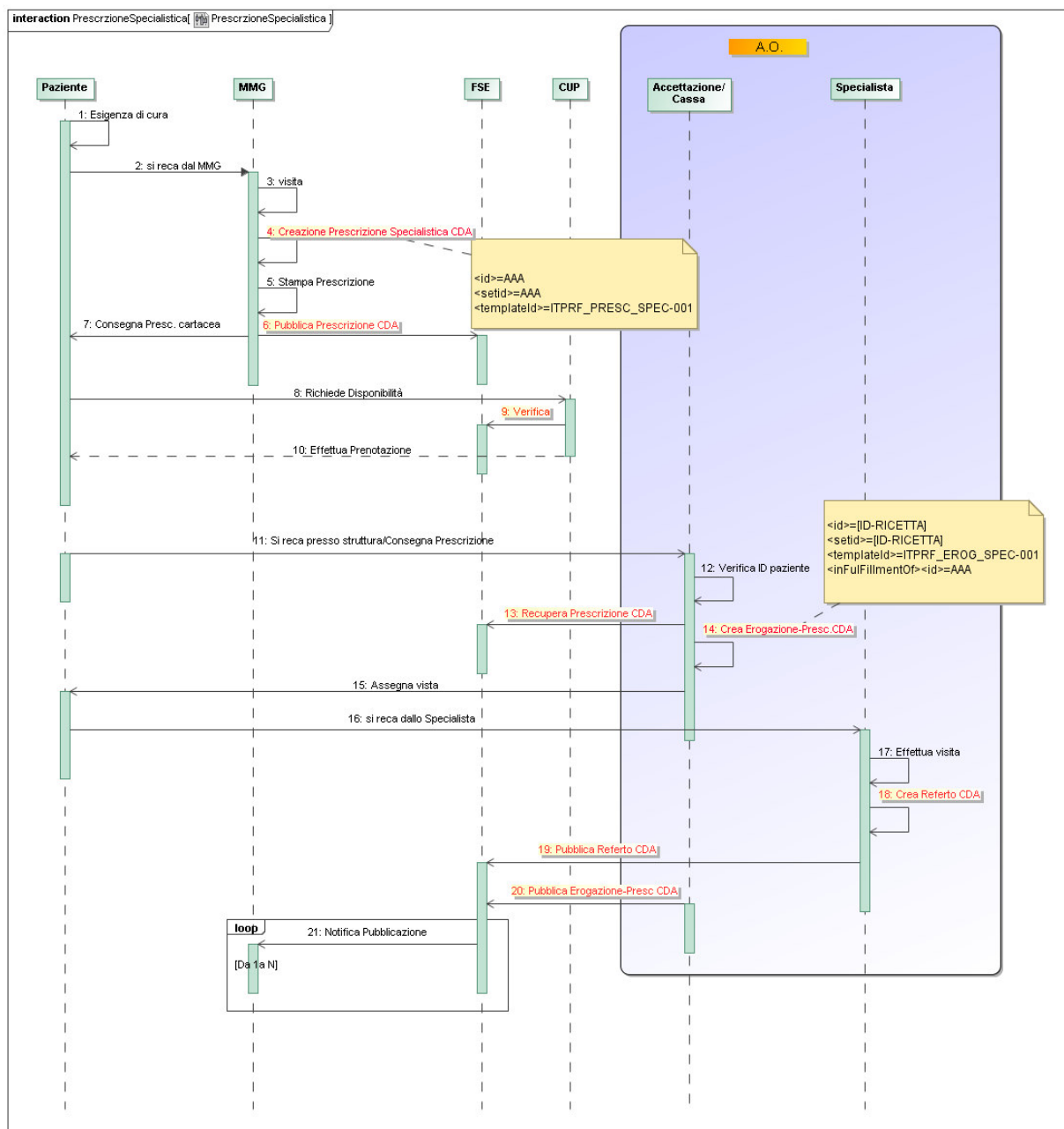




Figura 23 – Caso d’uso: Prescritto/Erogato Specialistica [Paziente->MMG->AO]

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

8 Bibliografia


Codice	Titolo
[HL7CDA2]	Clinical Document Architecture Release 2.0 (ANSI/HL7 CDA R2-2005) www.HL7.org , www.HL7italia.it
[HL7v2]	HL7 Version 2.5 www.HL7.org , www.HL7italia.it
[HL7v3]	HL7 Version 3.0 www.HL7.org , www.HL7italia.it
[IBSE]	Strategia architetturale per la Sanità Elettronica - Tavolo di lavoro permanente Sanità Elettronica delle Regioni e delle Province Autonome (TSE) GdLT: IBSE Marzo 2006 http://www.sanitaelettronica.gov.it/xoops/modules/docmanager/view_file.php?curent_file=361&curent_dir=39
[UML]	OMG, <i>Unified Modeling Language</i> http://www.omg.org/technology/documents/modeling_spec_catalog.htm#UML , ed in particolare: OMG, <i>Unified Modeling Language: Superstructure</i> - Version 2.1.2

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Appendice A – Elenco OID

(normativa)

Le codifiche ufficiali e loro modifiche DEVONO essere richieste direttamente alle organizzazioni o agli enti competenti.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Appendice B – Cenni sulla Firma Digitale XML


(normativa)

Per gli standard di firma da adottare va fatto OBBLIGATORIAMENTE riferimento alla Deliberazione CNIPA del 18 maggio 2006 (G.U. 3 ottobre 2006, n° 230), *Regole tecniche per la definizione del profilo di busta crittografica per la firma digitale in linguaggio XML*:

http://www.cnipa.gov.it/site/_contentfiles/01383700/1383762_DELIBERAZIONE%2018%20maggio%202006_b.pdf

ed al relativo Allegato tecnico:

http://www.cnipa.gov.it/site/_files/Allegato%20Deliberazione%2034%20del%2018%20MAGGIO%202006_.pdf

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Appendice C - Clinical Document Architecture: Panoramica

(informativa)

Nel seguito del capitolo viene fornita una panoramica dello standard HL7-CDA Rel. 2.0 in relazione agli elementi utili ai fini della strutturazione della prescrizione come definita dalla normativa vigente. La presentazione non sostituisce in alcun modo la lettura dei documenti dello standard che rappresentano l'unica fonte normativa, ma è intesa per facilitare l'implementatore nella creazione di documenti strutturati.

C1 - Health Level 7 (HL7)

HL7¹² è un organismo internazionale di standard afferente all'ANSI (American National Standards Institute) e formato da specialisti del mondo sanitario che ha come mission la predisposizione di standard per lo scambio, la gestione e l'integrazione in formato elettronico delle informazioni sanitarie, promuovendone l'uso all'interno delle diverse organizzazioni assistenziali.

Nel corso degli anni HL7 si è affermato come lo standard universalmente adottato a livello internazionale per la messagistica e per i documenti elettronici (CDA Rel. 2.0) in ambito sanitario ed è adottato da tutti i più rilevanti programmi nazionali di sanità elettronica sia in ambito europeo che extraeuropeo. HL7 ha una vasta rete di organizzazioni affiliate a livello nazionale responsabili per la localizzazione.

C1.1 - L'HL7 Reference Information Model (RIM) e la struttura dello standard

Lo standard HL7 versione 3¹³ è basato su un approccio *Model Driven* ed è fondato su unico RIM (*Reference Information Model*) che è il sorgente di tutti i modelli informativi definiti nei diversi domini coperti da HL7v3, compreso lo stesso standard CDA Rel. 2.0. Il RIM è, inoltre, riconosciuto come standard ISO¹⁴.

Il RIM definisce un modello astratto per la rappresentazione dell'insieme delle informazioni sanitarie così come veicolate tra attori ed organizzazioni del mondo sanitario.


Il RIM è specificato tramite un modello UML¹⁵, che definisce l'insieme delle classi che rappresentano entità, ruoli e partecipazioni ammessi da HL7v3 e dai quali vengono derivati tutti i modelli dei diversi domini attraverso un processo formale (tipico di un

¹² <http://www.hl7.org>.

¹³ Il RIM è stata la principale innovazione rispetto al precedente HL7 v2.x.

¹⁴ ISO/HL7 21731:2006.

¹⁵ Unified Modeling Language, gestito dall'Object Management Group (OMG). Vedi: www.uml.org.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

approccio *Model Driven*) di trasformazione e raffinazione ("*refinement*"¹⁶).

Di seguito si riporta un estratto del RIM¹⁷ (*FoundationClasses Subject Area*) che rappresenta le principali classi normative di HL7v3, ovvero l'insieme delle classi generiche da cui sono state derivate le classi utilizzate nei diversi domini coperti dallo standard (ad es.: Account & Billing, Pharmacy, CDA,...).

¹⁶ HL7 sta lavorando per un ulteriore allineamento verso la famiglia di standard MDA dell'Object Management Group (www.omg.org). HL7 ha inoltre un accordo di collaborazione con OMG nel Healthcare Service Specification Project (HSSP).

¹⁷ Per la documentazione completa del RIM vedi: <http://www.hl7.org/Library/standards.cfm>.

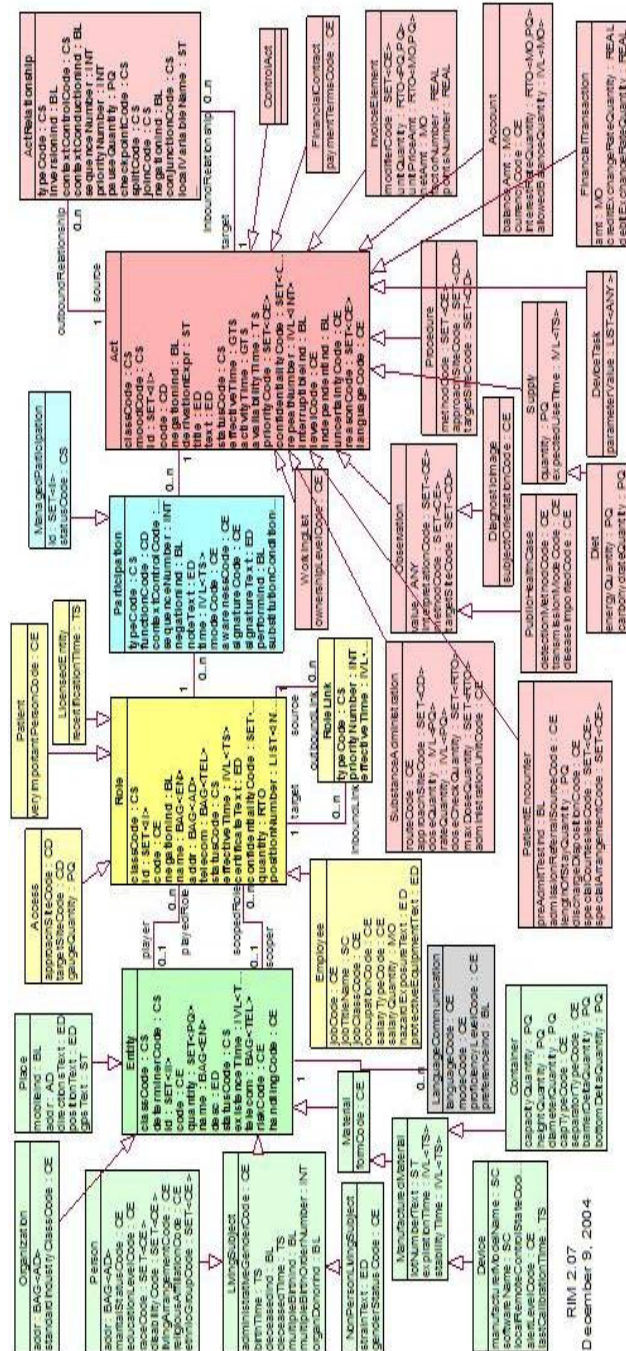



Figura 24 – HL7 Normative Class: FoundationClasses Subject Area

Dal RIM vengono derivati, in modo formale, i modelli D-MIM (*Domain Message*

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

*Information Model*¹⁸) e successivamente R-MIM (*Refined Message Information Model*¹⁹) e, infine, l'HDM (*Hierarchical Message Description*²⁰), da cui, attraverso l'Implementation Technology Specification²¹ (ITS), vengono generati i messaggi utilizzando una specifica tecnologia²². Questo processo composto da successive trasformazioni consente di mantenere la consistenza dello standard evitando i problemi di interoperabilità che hanno contraddistinto la versione 2.x.


¹⁸ D-MIM (Domain Message Information Model) è così definito da HL7: "A form of Refined Message Information Model (R-MIM) constructed to represent the totality of concepts embodied in the individual R-MIMs needed to support the communication requirements of a particular HL7 domain" (HL7 v3 Glossary).

¹⁹ L'R-MIM (*Refined Message Information Model*) è così definito da HL7: "An information structure that represents the requirements for a set of messages. A constrained subset of the Reference Information Model (RIM) which MAY contain additional classes that are cloned from RIM classes. Contains those classes, attributes, associations, and data types that are needed to support one or more Hierarchical Message Descriptions (HMDs). A single message can be shown as a particular pathway through the classes within an R-MIM" (HL7 v3 Glossary). L'R-MIM (ed il D-MIM) possono essere rappresentati anche con Class Diagram UML standard oltre che con la notazione HL7 che in termini MDA è un caso di DSL (Domain Specific Language).

²⁰ L'HDM (*Hierarchical Message Description*) è così definito da HL7: "A specification of the exact fields of a message and their grouping, sequence, optionality, and cardinality. This specification contains message types for one or more interactions, or that represent one or more common message element types. This is the primary normative structure for HL7 messages" (HL7 v3 Glossary).

²¹ L'ITS (Implementation Technology Specification) è così definito da HL7: "A specification that describes how HL7 messages are sent using a specific implementation technology. It includes, but is not limited to, specifications of the method of encoding the messages, rules for the establishment of connections and transmission timing and procedures for dealing with errors" (HL7 v3 Glossary).

²² HL7 per la versione 3 ha realizzato l'ITS per XML.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del “Documento di Prescrizione” secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

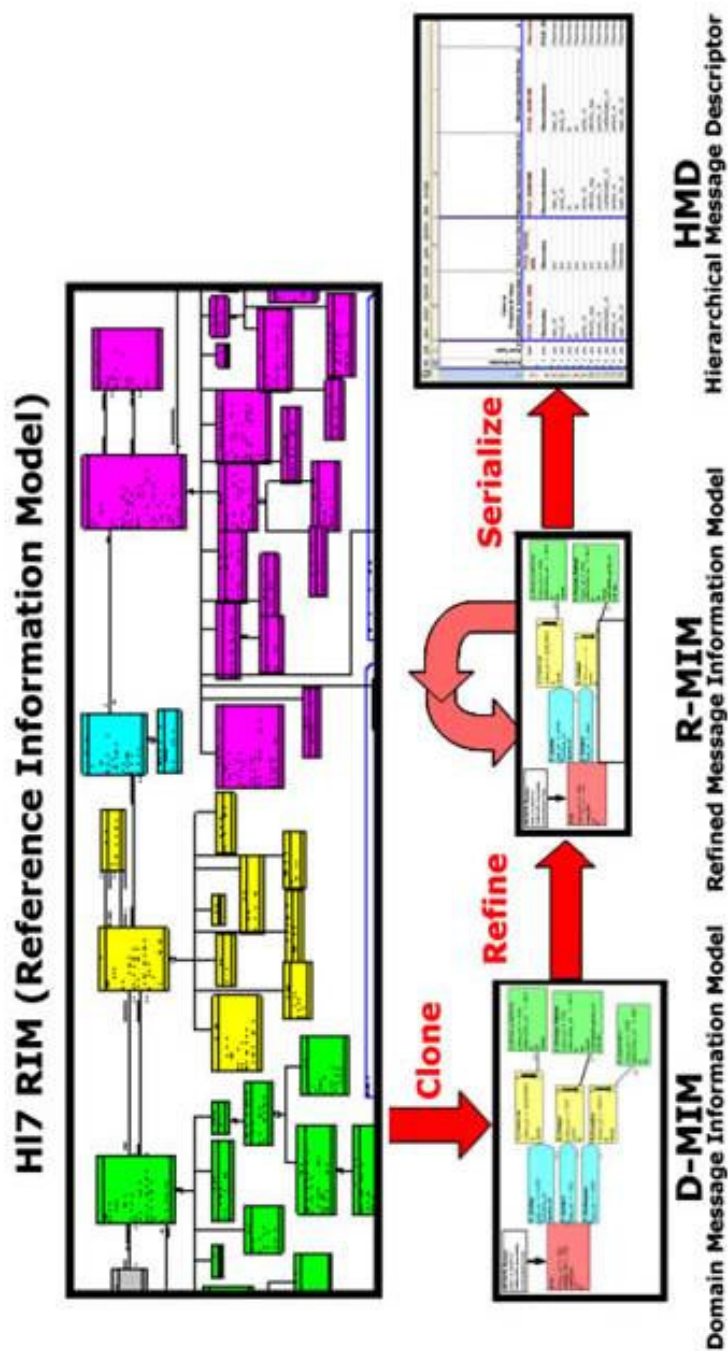



Figura 25 – Processo di generazione dei messaggi/documenti HL7v3

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

HL7 ha prodotto una serie di standard basati sul RIM tra i quali rientra il *Clinical Document Architecture Release 2*, su cui è basato il presente documento, rilasciato con codice **ANSI/HL7 CDA, R2-2005 il 04/21/2005**.

C2 - Clinical Document Architecture Release 2

Clinical Document Architecture è uno standard che specifica la struttura e la semantica di documenti clinici per lo scambio all'interno del dominio sanitario.

Un documento CDA è un oggetto informativo strutturato in grado di contenere testi, immagini, suoni ed altri contenuti multimediali. Esso è composto da differenti blocchi informativi che veicolano informazioni relative ad esempio al paziente, al medico, alla struttura sanitaria, all'autore del documento, al firmatario del documento, agli eventi clinici, alle osservazioni o alle procedure mediche a cui il documento si riferisce. Ogni documento peraltro DEVE essere, come prescrive lo standard, "*human readable*" e quindi in grado di essere visualizzato in maniera algoritmica dal ricevente del documento senza la necessità di conoscerne le specificità.

Da un punto di vista tecnico, la struttura dei documenti CDA, come già ricordato, deriva in modo formale dal Reference Information Model (RIM) di HL7 versione 3 e ne utilizza, quindi, i relativi *datatype*²³.


L'utilizzo formale del RIM di HL7v3 garantisce la flessibilità necessaria anche in relazione alle future evoluzioni dello standard fornendo un modello per l'implementazione di documenti strutturati.

Lo standard CDA si presta alla rappresentazione di diverse tipologie di documenti clinici fornendo peraltro un elevato grado di flessibilità nelle modalità di rappresentazione di concetti.

In tale contesto è quindi necessario, anche in funzione delle specificità del paese nella gestione delle informazioni e processi sanitari, adattare lo standard in relazione ai singoli oggetti informativi che si vuole rappresentare (ad es.: prescrizione farmaceutica, prescrizione specialistica, referto, lettera di dimissione,...) fornendo per ciascuno di questi il dettaglio relativo alla modalità di rappresentazione in CDA dei concetti, delle informazioni e delle codifiche in essi contenute.

Lo standard HL7-CDA Rel. 2.0 fornisce in tale ambito delle specifiche norme che tale processo di adattamento DEVE ad ogni modo seguire (HL7 Refinement and Localization) per garantire, durante il processo di LOCALIZZAZIONE della specifica (definizione dei vocabolari, codifiche, estensioni), la completa conformità allo standard.

²³ Secondo la definizione fornita da HL7, i datatype definiscono il formato strutturale dei dati trasportati all'interno di un attributo RIM e influenzano l'insieme di valori consentiti che un attributo può assumere.

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

C2.1 - Principali componenti di un documento CDA

Un documento CDA è composto da una serie di blocchi logici caratterizzati da uno specifico significato semantico. È opportuno precisare che lo standard CDA fornisce un modello astratto per la rappresentazione delle informazioni cliniche ed assolutamente indipendente dalle modalità specifiche di realizzazione/serializzazione. La rappresentazione in formato XML è solo una delle possibili modalità di implementazione, o per meglio dire, l'unica per la quale HL7 abbia attualmente fornito una guida di implementazione.

La rappresentazione in formato XML delle classi del documento CDA segue l'**XML Implementation Technology Specification (ITS) V3**, che descrive le modalità di serializzazione dei concetti, datatype e vocabolari astratti di HL7 nello specifico formato tecnologico XML.

Sezione	Inizio	Fine	Scopo
CDA Header	<ClinicalDocument>	<StructuredBody> OR <NonXMLBody>	Identifica e classifica il documento da informazioni sull'autenticazione, sul paziente, sull'evento di cura e sugli attori sanitari coinvolti
CDA Body	<StructuredBody> OR <NonXMLBody>	</ClinicalDocument>	Contiene il report clinico e può alternativamente contenere un corpo non strutturato (ad es.: BLOB PDF) o un insieme di markup che ne descrivono il contenuto

Esempio di struttura CDA:


```

<ClinicalDocument>
  ...
  <structuredBody>
    [XML]
  </structuredBody>
  ...
</ClinicalDocument>

<!-- OR -->

<ClinicalDocument>
  ...
  <NonXMLBody>
    [BLOB, ad es. PDF]
  </NonXMLBody>
  ...
</ClinicalDocument>

```

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Le specifiche CDA definiscono un'architettura multilivello, dove ogni livello deriva da un livello più basso. In particolare, esistono tre possibili livelli di astrazione, che specificano il grado di granularità del markup richiesto e non fanno riferimento alla granularità del contenuto.

Il **livello 1** rappresenta la radice della gerarchia e fornisce le specifiche più generali del documento.

Il **livello 2** definisce un insieme di vincoli sulla struttura e sulla semantica del documento basata sui template HL7.

Il **livello 3** aggiunge markup aggiuntivo al documento che consente di esprimere formalmente il contenuto clinico.

Il livello minimo di strutturazione del CDA previsto per il dominio italiano è il livello 2.

Nella figura seguente²⁴ è rappresentata la struttura completa di un documento CDA Rel. 2.0 tramite un modello R-MIM. Nella parte sinistra della figura è rappresentato l'header e le sue classi, mentre nella parte destra è rappresentato il body con le sue classi.

²⁴ Direttamente ripresa dalle specifiche HL7.

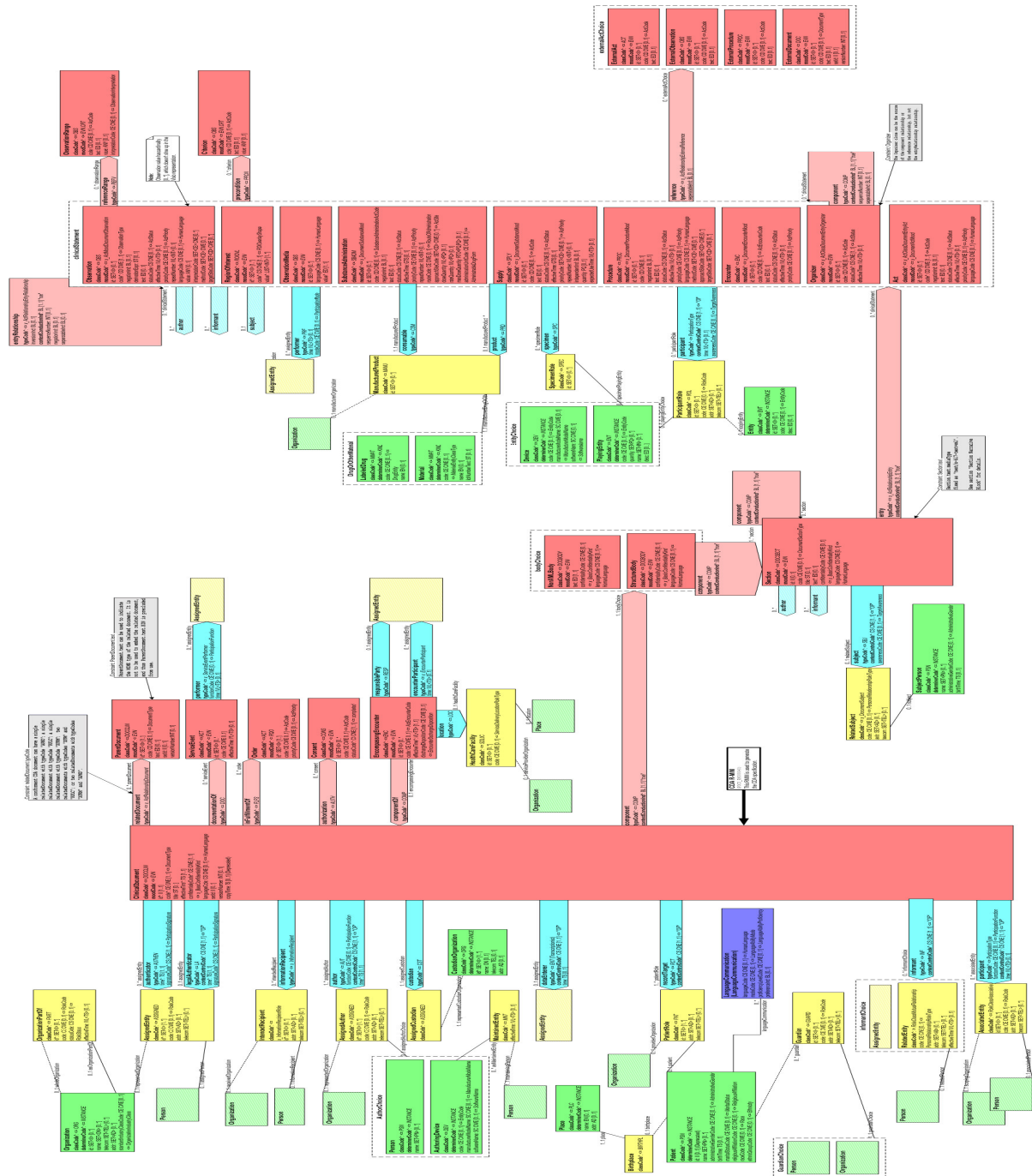




Figura 26 – Modello R-MIM (Refined Message Information Model) completo del CDA Rel. 2.0

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

C2.2 - CDA Header

Di seguito si riportano i **principali** componenti dell'header di un documento CDA.


Elemento	Inizio	Fine	Significato
author	<author>	</author>	Autore del documento CDA
custodian	<custodian>	</custodian>	Ente che custodisce la copia originale del documento
legalAuthenticator	<legalAuthenticator>	</legalAuthenticator>	Soggetto che autentica il contenuto del documento
relatedDocument	<relatedDocument>	</relatedDocument>	Utilizzato per mantenere traccia delle diverse versioni/trasformazioni dei documenti (ad es. sostituzione/aggiunta/trasformazione)
documentationOf	<documentationOf>	</documentationOf>	Prestazione eseguita che il CDA documenta
recordTarget	<recordTarget>	</recordTarget>	Destinatario delle osservazioni contenute nel documento (paziente)

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

C2.3 - CDA Body

Di seguito si riportano i **principali** componenti del body del documento CDA.

Elemento	Inizio	Fine	Scopo
section	<section>	</section>	Descrive una sezione del documento coerente per contenuto. Tutti gli altri elementi sono sempre contenuti in tale elemento
entry	<entry>	</entry>	Avvolge i diversi elementi che compongono quanto definito dalla sezione
observation	<observation>	</observation>	Osservazione generica di un fatto clinico sia in termini di richiesta che in termini di effettiva osservazione (richiesta di un esame o esame effettuato)
act	<act>	</act>	Azione generica


	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Appendice D – Schema XSD estensioni CDA

(informativa)

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<xs:schema xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" xmlns:ex="urn:hl7-DIT-Ext:v1"
targetNamespace="urn:hl7-DIT-Ext:v1" elementFormDefault="qualified"
attributeFormDefault="qualified">
  <xs:import schemaLocation="datatypes.xsd"/>
  <xs:include schemaLocation="voc.xsd"/>
  <!--
Dichiarazione elemento entry da utilizzare per l'estensione informale.
-->
  <xs:element name="entry">
    <xs:annotation>
      <xs:documentation>
        ITA Rete MMG - HL7 -CDA Rel 2.Financial Extension.
        Domain:FIAB_RM020000
      </xs:documentation>
    </xs:annotation>
    <xs:complexType>
      <xs:sequence>
        <xs:element name="realmCode" type="CS" minOccurs="0"
maxOccurs="unbounded"/>
        <xs:element name="typeId" minOccurs="0"/>
        <xs:element name="templateId" type="II" minOccurs="0"
maxOccurs="unbounded"/>
        <!-- Dichiarazione classe XACT da utilizzare per l'estensione
informale.-->
        <xs:element name="FinancialTransaction">
          <xs:annotation>
            <xs:documentation>Classe [XACT] HL7
            </xs:documentation>
          </xs:annotation>
          <xs:complexType>
            <xs:sequence>
              <xs:element name="id" type="II"
minOccurs="0"
maxOccurs="unbounded"/>
              <xs:element name="code" type="CD"
minOccurs="0"/>
              <xs:element name="effectiveTime"
type="TS"

```


	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

```

minOccurs= »0 »/>
<xs:element name= »amt » type= »MO »
minOccurs= »0 »>
<xs:annotation>
  <xs:documentation>
    Ammontare Transazione
  </xs:documentation>
</xs:annotation>
</xs:element>
</xs:sequence>
<xs:attribute name= »nullFlavor »
type= »NullFlavor »/>

<xs:attribute name= »contextConductionInd »
  type= »bl »/>
<xs:attribute name= »typeCode »
  type= »x_ActRelationshipEntry »/>
<xs:attribute name= »classCode" use="required"
  fixed="XACT"/>
<xs:attribute name= »moodCode" use="required"
  fixed="EVN"/>
</xs:complexType>
</xs:element>
</xs:sequence>
<xs:attribute name="HL7-className" type="st" use="optional"
  fixed="FIAB_RM020000"/>
</xs:complexType>
</xs:element>
</xs:schema>

```


	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

Appendice E - Composizione dello IUD

(informativa)

E1 – Ricognizione delle modalità di creazione degli Identificativi Unici di Documento (IUD) in sistemi e progetti regionali

Regione	Campi	Formato	Univocità	Ulteriori Commenti
Emilia Romagna (SOLE)	Codice regionale AUSL emissione prescrizione	Numerico	A livello regionale	
	Codice identificativo del medico prescrittore			
	Ultima cifra dell'anno in corso			
	Numero progressivo della prescrizione interna generata dall'applicativo di cartella clinica del medico prescrittore			
Veneto (IESS) e Friuli Venezia Giulia	Codice AUSL emissione prescrizione	Numerico	Forse a livello nazionale (perché il codice del medico di base è preceduto dal codice della regione)	
	Codice identificativo del medico prescrittore			
	Ultime due cifre dell'anno in corso			
	Numero progressivo della prescrizione interna generata dall'applicativo di cartella clinica del medico prescrittore			
Lombardia (CRS-SISS)	Numero progressivo della prescrizione	Alfanumerico	A livello regionale	Gestito mediante smartcard dell'operatore
	Codice prescrittore			
	Check digit			

	Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica	Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2 Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF
---	--	--

Puglia (SIST)	Numero progressivo della prescrizione, codice prescrittore	Numerico	A livello regionale	Lo IUP è gestito lato server ed è scaricato sul PC del medico a lotti
Sardegna (MEDIR)	In fase di decisione	In fase di decisione	In fase di decisione	proposta di inserirlo sulla smart card dell'operatore

E2 – Ipotesi di normalizzazione dello IUD

Il requisito fondamentale dell'identificativo del documento è che esso sia univoco sull'intero dominio nazionale del FSE in vista della futura federazione degli FSE regionali.

Si precisa che l'ID non viene costituito per essere un codice PARLANTE ma solo per essere UNIVOCO nel dominio di riferimento. Pertanto le applicazioni NON DEVONO utilizzare l'ID per risalire alle caratteristiche del documento.


La codifica proposta suggerisce di valorizzare l'attributo `root` con l'OID assegnato ad ogni ASL/AO distribuita sul territorio nazionale.

L'attributo `extension`, invece, riporterebbe una codifica univoca per un particolare sotto-dominio così composta:

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

Nel dettaglio:

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

	<p>Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica</p> <p>TSE - Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica</p>	<p>Titolo: Standard tecnici per la creazione del "Documento di Prescrizione" secondo lo standard HL7-CDA Rel. 2</p> <p>Data: 22/04/2009 Versione: v02.00 Stato: DEF</p>
---	---	---

Appendice F – Processo di riconciliazione IUD-PLG

(informativa)

In questa appendice viene illustrato, a scopo informativo, come sia possibile riaccoppiare, in fase di erogazione, una prescrizione in formato CDA identificata da un IUD non ufficialmente riconosciuto a livello nazionale con l'ID fornito dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato/MEF stampato sulla corrispondente ricetta cartacea. Le indicazioni qui riportate sono delle linee guida **non vincolanti**.

Dal momento che, ad oggi, è necessario permettere la parallela convivenza di processi cartacei ed elettronici di prescrizione, ed in assenza di strumenti di distribuzione elettronica certificata di detti ID di prescrizione, anche la prescrizione in formato CDA conterrà un ID Univoco generato (IUD). L'Appendice E illustra un'ipotesi per la sua generazione.

Tale ID univoco sarà successivamente riaccoppiato, **durante il processo di erogazione della prescrizione**, con l'ID fornito dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato/MEF al fine di permettere una corretta individuazione della prescrizione secondo le modalità attualmente previste dalla normativa.

Allo scopo, una delle modalità possibili potrebbe essere quella di stampare lo IUD della prescrizione in formato codice a barre direttamente sulla ricetta cartacea, ad esempio subito in basso rispetto al codice a barre del numero del Poligrafico dello Stato, già prefincato sul cartaceo. In tal modo, l'erogatore della prescrizione avrebbe modo di leggere otticamente (ad es. tramite pistola laser) entrambi i codici e di conseguenza sarebbe in grado sia di recuperare il formato elettronico della prescrizione che di accoppiare l'erogazione in atto di realizzazione con il documento di origine.

In futuro, la disponibilità, per il proscrittore, di utilizzare l'identificativo in forma elettronica o la completa dematerializzazione dell'attuale processo basato sulla distribuzione preventiva degli identificativi delle ricette, potrà permettere l'eliminazione del meccanismo di riconciliazione descritto in questo documento, il quale, comunque, non è vincolante e non ha carattere normativo.