|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Modello SIP**  **Referto** |  |
|  |  |

# Sommario

1 Struttura dell'unità documentaria 3

2 Metadati 8

3 Documenti allegati…………………………………………………………………………………………………………………… 34

# Struttura dell’unità documentaria

Nella tabella seguente è riportata la struttura dell’Unità documentaria denominata “REFERTO” con le informazioni essenziali relative agli elementi che la compongono. Tali informazioni, e in particolare quelle riportate nella colonna Informazioni sul documento, fanno riferimento ai casi tipici e non hanno valore prescrittivo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Elemento dell’unità documentaria** | **Tipo documento** | **Descrizione** | **Informazioni sul documento (firme e formati)** | **Riferimenti temporali** |
| Documento principale | - REFERTO LABORATORIO;  - REFERTO ANATOMIA PATOLOGICA;  - REFERTO MICROBIOLOGIA;  - REFERTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI;  - REFERTO SPECIALISTICA AMBULATORIALE | Referto prodotto in formato PDF oppure secondo il tracciato HL7 CDA2. | Formati: vari (generalmente  PDF, PDF.P7M, XML)  Firma: SI/NO | La validità della firma digitale eventualmente apposta al referto sarà verificata in automatico dal sistema all’atto del versamento alla data di firma del referto registrata nel DB dell’applicativo produttore. |
| Allegato | GENERICO | Eventuale file complementare o integrativo allegato al referto ad esempio un file immagine che riproduce digitalmente il campione di laboratorio, un file testuale dell’anatomo patologo a commento e integrazione del referto vero e proprio, un file del referto di second opinion proveniente da altra Azienda ecc…  **Nota**: il versamento del tipo documento “GENERICO” è facoltativo ed è possibile definire una tipizzazione in base al tipo di documento in alternativa indicare la descrizione del documento nell’apposito elemento <Descrizione> dell’Indice SIP | Formati: vari  Firma: SI/NO | La validità della firma digitale eventualmente apposta al documento allegato sarà verificata in automatico dal sistema all’atto del versamento alla data di registrazione del referto nel DB dell’applicativo produttore. |
| Annesso | ELENCO PRESTAZIONI | Documento che riporta le informazioni su tipo e data di prestazione effettuata e per la quale è stato prodotto il referto.  Il documento può essere prodotto in funzione del versamento nel sistema di conservazione delle informazioni sulle prestazioni effettuate qualora queste non siano contenute, per ragioni di numero massimo di caratteri ammessi, all’interno del dell’Indice SIP.  **Nota:** il versamento del tipo documento “ELENCO PRESTAZIONI” è facoltativo e non è richiesto in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2. | Formati: vari,  preferibilmente formato .csv  Firma: NO |  |
| Annesso | DOCUMENTO ANNULLATIVO | Documento prodotto dal sistema di refertazione che attesta l’annullamento di un referto prodotto in precedenza.  **Nota**: il versamento del tipo documento “DOCUMENTO ANNULLATIVO” è facoltativo. Il documento annullativo deve essere versato come annesso del referto già presente in conservazione e annullato. L’invio avviene utilizzando un apposito servizio (AggiuntaAllegatiSync) che consente di versare un SIP di documento da aggiungere ad unità documentaria già presente. | Formati: vari  Firma: SI/NO | La validità della firma digitale eventualmente apposta al referto sarà verificata in automatico dal sistema all’atto del versamento alla data di firma del documento registrata nel DB dell’applicativo produttore. |

# Metadati

La tabella seguente descrive i metadati per la produzione dell’Indice SIP da inviare in conservazione. Ulteriori metadati utili ai fini del versamento nel sistema di conservazione sono dettagliati nel documento allegato “ModelloSIP\_ REFERTO.xml “.

La tabella fornisce per ciascun metadato le seguenti informazioni:

* Denominazione: identifica l’esatta denominazione del corrispondente tag dell’xml di versamento allegato al presente documento;
* Descrizione: fornisce informazioni aggiuntive sul metadato e indicazioni in merito alla compilazione dello stesso;
* Valore/Formato: indica il formato in cui deve essere espresso il metadato o i valori che può assumere;
* Obblig.: sta a indicare l’obbligatorietà, indicata con un SI quando è assoluta e con NO quando è facoltativa.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione** | **Descrizione** | **Valore/Formato** | **Obblig.** |
| <Numero> | Numero identificativo attribuito al referto.  Si precisa che il sistema di conservazione non ammette il versamento di unità documentarie aventi stessa chiave identificativa. Nel caso di sostituzione del referto (ad esempio in caso di errori materiali) gestita con la generazione di nuova versione del referto originario, che conserva lo stesso numero di refertazione della versione originaria è necessario diversificare la chiave identificativa per consentire il versamento di entrambe le versioni. A tal fine si suggerisce di inserire il numero di versione nella parte finale dell’identificativo utilizzando la seguente sintassi “[identificativo]\_ [numero progressivo della versione].  Ad esempio 32347\_1 (1° versione del referto originario n. 32347), 32347\_2 (2° versione del referto originario n. 32347). | XXXXX | SI |
| <Anno> | Anno del referto | Anno (AAAA) | SI |
| <TipoRegistro> | Denominazione o codice attribuita/o dal Produttore al registro. In generale per registro si intende in alternativa:  - repertorio in cui sono registrati in ordine progressivo i documenti ad esso afferenti (ex art. 53, D.P.R. 28/12/2000 n. 445). La denominazione o codice viene attribuita dall’Ente;  - contesto applicativo/documentale nell’ambito del quale avviene l’assegnazione dell’identificativo progressivo e univoco. La denominazione o codice del registro viene concordata con ParER. | Stringa | SI |
| <Oggetto> | Stringa così composta: Referto [tipologia di referto] prodotto da [StrutturaErogante] | Stringa | SI |
| <Data> | Data in cui il referto è stato validato/consolidato, cioè ha raggiunto il suo stato definitivo in base a cui non può più essere modificato (salvo produzione di una nuova versione del referto stesso). Nel caso in cui la validazione/consolidamento avvenga attraverso l’apposizione della firma digitale da parte del medico refertante, la data di firma andrà recuperata dal DB dell’applicativo verticale che ha prodotto il referto e non dalla busta crittografica della firma, dato che la data presente all’interno della busta crittografica può essere poco attendibile. Nel caso in cui il referto presenti la firma digitale non di un medico refertante, ma di più medici refertanti, inserire la data di firma apposta dall’ultimo medico in ordine di tempo | Data (AAAA-MM-GG) | SI |
| <FascicoloPrincipale> | In questa sezione vanno indicate le informazioni relative alla Classifica principale, al Fascicolo principale e all’eventuale Sottofascicolo cui appartiene l’Unità documentaria. È possibile valorizzare solo la Classifica e non i campi descrittivi del Fascicolo nel caso l’Unità documentaria sia stata solo classificata e non fascicolata. Le informazioni richieste sono relative alla sintassi con cui vengono valorizzate le informazioni relative al <FascicoloPrincipale>:  • <Classifica>  • <Identificativo>  • <Oggetto>  e all’eventuale <SottoFascicolo>:  • <Identificativo>  • <Oggetto> | Stringa | NO |
| <FascicoliSecondari> | In questa sezione vanno indicate le informazioni relative alle eventuali Classifiche secondarie, Fascicoli e Sottofascicoli secondari in cui sia stata classificata o fascicolata l’Unità documentaria. Valgono le stesse considerazioni effettuate per il fascicolo principale | Stringa | NO |
| <AziendaErogante> | Denominazione dell’Azienda di cui fa parte la struttura specifica (ad esempio U.O.C. oppure U.O. oppure U.O.S. o simili) responsabile della produzione del referto.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <StrutturaErogante> | Denominazione che identifica la struttura specifica (ad esempio U.O.C. oppure U.O. oppure U.O.S. o simili) che all’interno dell’Azienda è responsabile della produzione del referto.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | SI |
| <IDStrutturaErogante> | Identificativo che identifica la struttura specifica (ad esempio U.O.C. oppure U.O. oppure U.O.S. o simili) che all’interno dell’Azienda è responsabile della produzione del referto.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | SI |
| <ResponsabileStrutturaErogante> | Nominativo del Responsabile della struttura specifica (ad esempio U.O.C. oppure U.O. oppure U.O.S. o simili) che all’interno dell’Azienda è responsabile della produzione del referto.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | SI |
| <IDPazienteAnagraficaLocale> | Identificativo del paziente all’interno dell’applicativo verticale che ha prodotto il referto | Stringa | Almeno uno dei due metadati è OBBLIGATORIO |
| <IDPazienteAnagraficaAziendale> | Identificativo del paziente all’interno dell’anagrafica centrale dell’azienda | Stringa |
| <CodiceAssistito> | Codice fiscale del paziente, oppure nel caso in cui questo non sia presente, con uno dei seguenti codici che variano a seconda della condizione giuridica che legittima la presenza del paziente straniero sul territorio italiano: codice STP, codice ENI; codice PSU, codice regionale per i soggetti richiedenti asilo politico.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | SI |
| <TipoCodiceAssistito> | Indicazione del tipo di codice valorizzato nell’elemento <CodiceAssistito> (es. CF, STP, ENI ecc…).  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | SI |
| <NumeroTesseraSanitaria> | Numero della tessera sanitaria regionale.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <NumeroTesseraTEAM> | Numero della tessera TEAM.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <CognomePaziente> | Cognome del paziente | Stringa | SI |
| <NomePaziente> | Nome del paziente | Stringa | SI |
| <DataNascitaPaziente> | Data di nascita del paziente | AAAA-MM-GG | SI |
| <LuogoNascitaPaziente> | Denominazione del comune o il codice ISTAT | Stringa | SI |
| <Operatore> | Nominativo dell’operatore che ha redatto il referto se diverso dal medico refertante  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <Refertanti> | Nominativo e codice fiscale del medico refertante, che apponendo la propria firma digitale al referto ne assume la paternità legale.  L’elemento <Refertanti> è predisposto per accogliere i dati identificativi non di un solo medico, ma di più medici, nel caso in cui i refertanti siano diversi. | Stringa | SI |
| <AltreRisorsePartecipanti> | Nominativi di tutti coloro che a vario titolo - ad eccezione dei medici refertanti già metadati con il tag <Refertanti> - sono intervenuti in una qualsiasi delle fasi del processo di erogazione della prestazione sanitaria e del corrispondente referto.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <PrescrittoriDestinatari> | Nominativo e codice fiscale del medico destinatario del referto.  L’elemento <PrescrittoriDestinatari> è predisposto per accogliere i dati identificativi non di un solo medico,  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <AziendaPrescritticeDestinataria> | Denominazione dell’Azienda a cui appartiene il medico destinatario del referto.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <StrutturaPrescritticeDestinataria> | Denominazione della struttura specifica (ad esempio U.O. oppure U.O.C oppure U.O.S o simili) a cui appartiene il medico destinatario del referto.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <IdStrutturaPrescritticeDestinataria> | Identificativo della struttura specifica (ad esempio U.O. oppure U.O.C oppure U.O.S o simili) a cui appartiene il medico destinatario del referto.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <IdRichiesta> | ID della richiesta di prestazione/i : l'ID di una accettazione diretta o l'ID di una richiesta proveniente da CUP o l'ID di una richiesta proveniente dall'order entry.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | SI |
| <DataRichiesta> | Data e l'ora della richiesta di prestazione.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | aaaa-mm-ggThh:mm:ss | SI |
| <CodicePrioritaRichiesta> | Codice di priorità assegnato alla richiesta di prestazione (ad es. urgenza oppure routine).  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <ModalitaDiAccesso> | Indicazione della modalità o regime (ricovero ordinario, day hospital, pronto soccorso, ambulatoriale, day service etc. etc.) con cui il paziente ha avuto accesso alla struttura ospedaliera per l'erogazione della prestazione sanitaria e per la produzione del corrispondente referto.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | SI |
| <CodiceNosografico> | Codice nosografico/nosologico che coincide con il numero della cartella di ricovero a cui appartiene logicamente il referto, nel caso in cui lo stesso sia stato prodotto per un paziente in regime di ricovero ordinario o in regime di day hospital.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <CodiceProntoSoccorso> | Nel caso in cui l'accesso al pronto soccorso non esiti in un ricovero, inserire il numero di accesso al pronto soccorso che individua anche la cartella di pronto soccorso a cui appartiene logicamente il referto che sia stato prodotto per un paziente che è ricorso alla struttura d'emergenza.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <CodiceEpisodio> | Codice di accesso alla struttura ambulatoriale che individua anche il numero del fascicolo ambulatoriale a cui appartiene logicamente il referto, nel caso in cui lo stesso sia stato prodotto per un paziente esterno.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento <AziendaErogante> non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <CodiceDayService> | Codice di accesso di day service che individua anche il numero del fascicolo di day service a cui appartiene logicamente il referto, nel caso in cui lo stesso sia stato prodotto durante un accesso in day service del paziente.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <CodicePercorsoPDTA> | Codice del PDTA che individua il fascicolo a cui appartiene logicamente il referto, nel caso in cui lo stesso sia stato prodotto per un paziente che ha fruito di un dato Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <TipoEDataPrestazione> | Indicazione relativa al tipo di esame o di prestazione per la quale è stato prodotto il referto accompagnato dalla data e ora della prestazione.  In caso di più prestazioni e superamento del numero massimo di caratteri ammesso pari a 4096 è possibile riportare le informazioni su tipo e data di prestazione in un file (preferibilmente in formato .csv) da versare all'interno del pacchetto di versamento come documento annesso denominato "ELENCO\_PRESTAZIONI". Se si adotta questa l’elemento <TipoEDataPrestazione> andrà valorizzato con la stringa "VEDI ELENCO PRESTAZIONI".  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | SI |
| <TipoCodicePrestazione> | Tipo di nomenclatore (nomenclatore aziendale, nomenclatore regionale, nomenclatore nazionale) usato per codificare la/e prestazione/prestazioni.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | NO |
| <TipoDataPrestazione> | Descrizione della data della prestazione inserita nell’elemento <TipoEDataPrestazione>.  La data può corrispondere a:  - DATA\_FINE\_ESAME, per i referti di specialistica ambulatoriale e radiologia  - DATA\_ACCETTAZIONE\_ESAME per i referti di laboratorio e microbiologia (data di "check-in")  - DATA\_ACCETTAZIONE\_PRIMO\_CAMPIONE per i referti di anatomia patologica(data di "check-in")  Qualora l’informazione non sia disponibile inserire la stringa fissa “NON DISPONIBILE”.  **Nota**: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l’informazione non è richiesta e l’elemento non dovrà comparire nell’Indice SIP | Stringa | SI |
| <TipoProcedura> | Per i soli referti di anatomia patologica, inserire eventuali informazioni relative alla procedura utilizzata (del tipo “Estemporanea”, “Pap test”, “Routine”, “Urgente” ecc…). | Stringa | NO |
| <IdCampione> | Per i soli referti di anatomia patologica (per le altre tipologie di referti valorizzare con la stringa "NON\_PERTINENTE") inserire l'ID che identifica il campione prelevato. Nel caso in cui il referto faccia riferimento a prestazioni eseguite su più campioni, i molteplici ID dei campioni vanno inseriti tutti dentro il medesimo elemento <IdCampione> | Stringa | SI |
| <IdEsame> | Per i soli referti di anatomia patologica (per le altre tipologie di referti valorizzare con la stringa "NON\_PERTINENTE") inserire il numero dell’esame | Stringa | SI |
| <AccessionNumber> | Per i soli referti di diagnostica per immagini (per le altre tipologie di referto valorizzare con "NON\_PERTINENTE") inserire l'Accession Number fornito dal sistema RIS-PACS aziendale che ha generato le immagini per produrre il referto | Stringa | Almeno uno dei due metadati è OBBLIGATORIO |
| <IdStudioDICOM> | Per i soli referti di diagnostica per immagini (per le altre tipologie di referto valorizzare con "NON\_PERTINENTE") inserire l'INSTANCESTUDYID fornito dal sistema PACS aziendale che ha generato le immagini per produrre il referto | Stringa |
| <DataFirma> | Inserire la stessa data inserita nell’elemento <Data> con l’aggiunta dell’orario | aaaa-mm-ggThh:mm:ss | SI |
| <Validita> | 4 scenari d’uso:  1) se quando il referto viene versato a ParER lo stesso risulta valido, l’elemento <Validita> dovrà essere valorizzato con "REFERTO VALIDO";  2) se quando il referto viene versato a ParER è già stata prodotta una nuova versione dello stesso, l’elemento <Validita> dovrà essere valorizzato con "REFERTO VERSIONATO";  3) se quando il referto viene versato a ParER lo stesso risulta valido, ma successivamente esso viene annullato, allora l'applicativo versante dovrà effettuare due chiamate al sistema di conservazione: una prima chiamata rappresentata dall’Indice SIP in cui l’elemento <Validita> dovrà essere valorizzato con "REFERTO VALIDO"; una seconda chiamata contenente soltanto i metadati (e non i file) utili ad aggiornare il metadato <Validita> che dovrà essere valorizzato con "REFERTO ANNULLATO". Questa seconda chiamata avviene utilizzando un apposito servizio denominato "AggiuntaAllegatoSync" ;  4) se quando il referto viene versato a ParER lo stesso risulta valido, ma successivamente viene prodotta una nuova versione dello stesso (versionamento per sostituzione) allora l'applicativo versante dovrà effettuare due chiamate al sistema di conservazione: una prima chiamata rappresentata dall'Indice SIP del referto in cui l’elemento <Validita> dovrà essere valorizzato con “REFERTO VALIDO”; una seconda chiamata contenente soltanto i metadati (e non i file) utili ad aggiornare il metadato <Validita> che dovrà essere valorizzato con “REFERTO VERSIONATO”. Questa seconda chiamata avviene utilizzando un apposito servizio denominato “AggiuntaAllegatoSync”. Inoltre sarà necessario valorizzare il collegamento tra referti (vedi oltre) | Stringa | SI |
| <TempoConservazione> | Valore ricavato dal piano di conservazione o massimario di scarto.  In caso di conservazione permanente inserire la stringa “ILLIMITATA”. In caso sia definito il tempo di conservazione inserire il numero di anni in formato numerico.  Qualora l’informazione non sia disponibile inserire la stringa fissa “NON DISPONIBILE” | Stringa | SI |
| <Consultabilita> | Il tag andrà valorizzato con la stringa fissa "DATI\_STATO\_SALUTE" oppure con "DATI\_GENETICI" nel caso in cui il refertto contenga dati genetici | “DATI\_GENETICI” “DATI\_STATO\_ SALUTE” | SI |
| <AnonimatoRiserbo> | Indicare se presso l’Azienda viene gestito – nei casi previsti dalla legge – l’anonimizzazione del referto (ad esempio utilizzo di codici anagrafici fittizi, indicazione di “anonimo” nel nominativo del paziente). | “SI” “NO” | SI |
| <DescrizioneAnonimatoRiserbo> | Il metadato dovrebbe essere valorizzato nella maniera più descrittiva possibile (es. “nome di fantasia”, “anagrafica fittizia”, “tutela legge xxxx”) | Stringa | NO |
| <DenominazioneApplicativo> | Denominazione commerciale dell’applicativo che produce il documento. Qualora l’informazione non sia disponibile inserire la stringa “NON DISPONIBILE” | Stringa | SI |
| <VersioneApplicativo> | Versione dell’applicativo che produce il documento. Qualora l’informazione non sia disponibile inserire la stringa “NON DISPONIBILE” | Stringa | SI |
| <ProduttoreApplicativo> | Denominazione del produttore dell’applicativo che produce il documento. Qualora l’informazione non sia disponibile inserire la stringa “NON DISPONIBILE” | Stringa | SI |
| <IDRefertoApplicativoProduttore> | Identificativo assegnato originariamente al referto da parte dell’applicativo verticale, nel caso in cui esso non venga già valorizzato nell’elemento <Numero> | Stringa | NO |
| <DenominazioneRepository> | Nome commerciale del repository | Stringa | NO |
| <ProduttoreRepository> | Denominazione del produttore del repository | Stringa | NO |
| <DataCustodia> | Data e ora in cui il referto, proveniente dall'applicativo verticale, viene acquisito nel repository | aaaa-mm-ggThh:mm:ss | NO |
| <DocumentoCollegato> | I collegamenti che andranno metadatati per i referti sono i seguenti:  a) nel caso in cui il referto sia stato sottoposto a versionamento per sostituzione. La nuova versione del referto deve puntare al precedente referto versionato. <DocumentoCollegato> sarà quindi usato per metadatare il puntumento alla precedente versione del referto. Qualora la nuova versione del referto presenti lo stesso ID del referto versionato, sarà necessario aggiungere all'ID della nuova versione del referto una stringa (es. \_ più numero progressivo della versione) al fine di differenziare gli identificativi dei documenti;  b) qualora il referto sia un referto di second opinion (nativo digitale o acquisito su supporto digitale a seguito di scansione). In fase di versamento del referto di second opinin, in <DocumentoCollegato> dovranno essere inserite le informazioni che costituiscono la chiave del referto di primo parere precedentemente versato in conservazione;  c) nel caso di produzione di un nuovo referto che integra le informazioni contenute in un referto precedente. Nel sistema di conservazione, i due referti saranno due unità documentarie distinte, ma gestite come tra loro collegate. <DocumentoCollegato> sarà quindi usato per metadatare il puntumento al referto integrato;  d) nel caso di produzione di referti parziali e completi o nel caso di collegamento tra il referto di estemporanea e il relativo referto post-operatorio per i referti di Anatomia Patologica  Gli elementi ricompresi in <DocumentiCollegati> andranno valorizzati con gli identificativi (<ChiaveCollegamento>) dei referti collegati al referto che si sta versando. Le informazioni richieste sono relative alla sintassi con cui vengono valorizzate le informazioni relative a ai metadati di identificazione dell’UD “REFERTO”:  • <Numero>  • <Anno>  • <TipoRegistro> | Stringa | NO |
| <DescrizioneCollegamento> | La descrizione ha lo scopo di dar conto del tipo e della natura del singolo collegamento. Inserire una stringa stringa variabile a seconda delle casistiche a), b), c) e d):  - nel caso di collegamento di cui al punto a) utilizzare come descrizione la stringa "VERSIONAMENTO PER SOSTITUZIONE";  - nel caso di collegamento di cui al punto b) utilizzare come descrizione la stringa "SECOND OPINION";  - nel caso di collegamento di cui al punto c) utilizzare come descrizione la stringa "VERSIONAMENTO PER INTEGRAZIONE/ADDENDUM";  - nel caso di collegamento di cui al punto d) utilizzare come descrizione la stringa "PARZIALE/COMPLETO" o "POST-OPERATORIO";  Nota interna: per la gestione del collegamento tra referti versionati (per sostituzione o per integrazione) vedere documento "NOTE\_ModelloSIP Referto**"** | Stringa | NO |

# Documenti allegati

Si riporta l’elenco degli allegati al presente documento:

- ModelloSIP\_ Referto.xml

- Modello SIP\_AggiornamentoMetadatiAnnullamento.xml

- Modello SIP\_AggiornamentoMetadatiVersionamento.xml

- Modello SIP\_AggiornamentoProfiloArchivistico.xml

- REFERTO. xsd

- REFERTO CDA2\_xsd

- AGGIORNAMENTO METADATI PER ANNULLAMENTO.xsd

- AGGIORNAMENTO METADATI PER VERSIONAMENTO.xsd

- AGGIRONAMENTO METADATI PROFILO ARCHIVISTICO.xsd