

Fascicolo Sanitario Elettronico

Specifica dei requisiti del sistema

Fascicolo ASL TO2

VERIFICHE E APPROVAZIONI

versione	REDAZIONE		CONTROLLO APPROVAZIONE		AUTORIZZAZIONE EMISSIONE	
	NOME	DATA	NOME	DATA	NOME	DATA
V08	B. Fadda/ C. Bordino	21/01/2009	C. Audisio	09/03/2009	M.Rosati	09/03/2009
V07	C. Bordino	18/11/2008	C. Audisio	28/11/2008	M.Rosati	28/11/2008
V06	C. Bordino	03/11/2008	C. Audisio	07/11/2008	M.Rosati	07/11/2008
V05	N. Gaudenzi	18/06/2008	R. Giraudo	18/06/2008	C. Gaveglio	18/06/2008
V04	N. Gaudenzi	15/05/2008	R. Giraudo	20/05/2008	C. Gaveglio	20/05/2008
V03	N. Gaudenzi	26/02/2008	R. Giraudo	19/03/2008	C. Gaveglio	19/03/2008
V02	N. Gaudenzi	26/02/2008	R. Giraudo	19/03/2008	C. Gaveglio	19/03/2008
V01-10	N. Gaudenzi	26/02/2008	R. Giraudo	26/02/2008	C. Gaveglio	26/02/2008
V01-09	N. Gaudenzi	29/01/2008	R. Giraudo	29/01/2008	C. Gaveglio	29/01/2008
V01	N. Gaudenzi S. De Giorgi	15/12/2007	R. Giraudo	15/12/2007	C. Gaveglio	15/12/2007

STATO DELLE VARIAZIONI

ver.	PARAGRAFO O PAGINA	DESCRIZIONE DELLA VARIAZIONE
V08	9.12 8.33 8.39 9.24 9.11 9.26	Corretto codice PZLO (anziche' PAZLO) nella tabella Table 0203 - Identifier type Corretto esempio PID-3 / PID-11 / PID-13 Aggiunto campo MSA-2 ed eliminato riferimento testuale al campo MSA-3 Implementata tabella degli errori Table-0533 Table 0191 – Specificato uso in campo TXA-3 Table CSI 002 – Eliminate le varie tipologie di documento REFERTO (istologico, citologico, etc.) a favore del tipo generico REFERTO
V07	8.3.4 8.3.4 8.3.7 9.9 9.11 9.16 9.19 9.20 9.21 9.26	Modificato sottocampo 5 per tipo CX (PV1-19 e PV1-50) Modificata valorizzazione campo PV1-11 (eliminata matricola) Inserite specifiche per RIS: <ul style="list-style-type: none"> • Corretto OBX-3; aggiunta specifica per RP OBX-5; aggiunto esempio 4 • Aggiunto Tipo RP in Table 0125 • Aggiunto Formato IM in Table 0191 • Aggiunto Sottotipo DICOM in Table 0291 • Aggiunta applicazione in Table 0361 • Aggiunta entità in Table 0362 • Aggiunto applicativo in Table 0363 • Aggiunta tipologia in Table CSI 002
V06	5.3/5.5.1/5.5.2/5.5.5/ 8.3.4	<ul style="list-style-type: none"> • Sostituiti messaggi ORU con messaggi ADT. • Sostituito il messaggio OML con messaggio ADT. • Aggiunti messaggi ACK relativi a messaggi ADT. • Aggiunto campo PV1-11. • Modificata la definizione dei campi PV1-19 e PV1-50.
V05	8.3.3 8.2.7-8.3.4 Cap. 9	Corretto indirizzi di residenza e domicilio. Aggiunto messaggi ADT per: <ul style="list-style-type: none"> ❖ invio trasferimenti, aggiunto campo PV1-6 ❖ cancellazione trasferimento ❖ apertura ricovero ❖ chiusura ricovero ❖ modifica paziente ricoverato ❖ annullamento episodio di ricovero Aggiunto messaggi OML/OUL: <ul style="list-style-type: none"> ❖ apertura episodio laboratorio di analisi ❖ invio dati strutturati laboratorio di analisi Aggiunto segmento ORC Aggiunto segmento OBX per LIS Aggiunto tabella 0119
V04	5.3	Utilizzo del messaggio ORU per la modifica del paziente




	8.3.6 - 8.3.7 8.3.7 3.3.1 8.3.4 9.19 9.20	associato all'evento. Eliminato segmento ADD, il documento viene scritto per esteso nell'OBX-5 anche se supera i 65536 caratteri Corretto nota OBX-3-1 Gestione del paziente anonimo per l'invio dei dati dal DEA. Corretto esempio PV1-1 Aggiornato tabella 0361 Aggiornato tabella 0362
V03	8.3.3 8.3.5 9.11	Precisazione sull'utilizzo del codice fiscale nel campo PID-3 Revisione valore campo TXA-3, sostituito TEXT con MU, perché eccedeva la dimensione. Rivisto tabella 0191.
V02		
V01-10	Par. 3.1 Par. 3.2.2 Par. 3.3 Par. 8.3.4 Par. 8.3.7 Par. 9.26	-Gestione dei cicli di cura ambulatoriali. -Notifica apertura e chiusura dell'episodio mediante messaggio di modifica. -Aggiunto notifica di chiusura dell'episodio ambulatoriale e di pronto soccorso. -Aggiunto data chiusura visita ambulatoriale, campo PV1-45. -Aggiunto quantità per la prestazione, campo OBX-13 -Aggiornata tabella per referti dei cicli
V01-09	Tutto il documento	-Aggiunto campo PV1-50. -Nel segmento TXA, anche per documenti LA è richiesta la data se presente nel sistema informativo inviante.
V01	Tutto il documento	Versione iniziale del documento


INDICE

1. SCOPO E RIFERIMENTI DEL DOCUMENTO.....	7
1.1 SCOPO DEL DOCUMENTO.....	7
1.1.1 <i>Questo documento contiene la descrizione dei requisiti dei sistemi dell'Azienda Sanitaria che prendono parte al progetto di integrazione. Nel presente documento verranno descritti:</i>	7
1.2 RIFERIMENTI	7
2. MODELLO DEI CASI D'USO	8
2.1 ATTORI	8
2.2 MODELLO DEI CASI D'USO	9
3. GESTIONE DOCUMENTI – VISTA FUNZIONALE.....	9
3.1 INTRODUZIONE	9
3.2 I SERVIZI	11
3.2.1 <i>Invia notifica apertura episodio</i>	11
3.2.2 <i>Invia modifica dati episodio</i>	11
3.2.3 <i>Invia nuovo referto/documento</i>	12
3.2.4 <i>Sostituisci referto/documento e/o modifica dati strutturati</i>	13
3.2.5 <i>Invia annullamento episodio</i>	14
3.3 MODALITÀ E ORDINE DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI	15
3.3.1 <i>Sistema DEA/Pronto Soccorso</i>	15
3.3.2 <i>Sistema diagnostico o di cartella clinica</i>	17
3.3.3 <i>Sistema di Ricovero</i>	19
3.3.4 <i>Invia dati relativi ad un ciclo di cura ambulatoriale</i>	19
4. GESTIONE ANAGRAFICA - DIAGRAMMI DI SEQUENZA FUNZIONALE.....	20
5. GESTIONE DOCUMENTI – MESSAGGI HL7.....	21
5.1 INTRODUZIONE	21
5.2 LE “INFORMAZIONI SANITARIE”	21
5.3 LE “INFORMAZIONI SANITARIE” E I MESSAGGI HL7	21
5.4 I MESSAGGI INVIATI DAL FASCICOLO AI SISTEMI GESTIONALI	23
5.5 I SERVIZI	24
5.5.1 <i>Invia notifica apertura episodio</i>	24
5.5.2 <i>Invia modifica dati episodio</i>	25
5.5.3 <i>Invia nuovo referto/documento</i>	26
5.5.4 <i>Sostituisci referto/documento e/o modifica dati strutturati</i>	26
5.5.5 <i>Invia annullamento episodio</i>	27
5.6 MODALITÀ E ORDINE DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI	27
6. GESTIONE ANAGRAFICA - DIAGRAMMI DI SEQUENZA HL7.....	27
7. DATI ANAGRAFICI.....	27
7.1 I DATI GESTITI	27
8. SPECIFICHE DEI MESSAGGI HL7.....	29
8.1 INTRODUZIONE	29
8.2 LA STRUTTURA DEI MESSAGGI	29
8.2.1 <i>Messaggio ADT^A01^ADT_A01 – Admit/Visit Notification (Event A01)</i>	29
8.2.2 <i>Messaggio ACK^A01^ACK – ACK Admit/Visit Notification</i>	29
8.2.3 <i>Messaggio ADT^A02^ADT_A02 – Transfer a Patient (Event A02)</i>	29
8.2.4 <i>Messaggio ACK^A02^ACK – ACK Transfer a Patient</i>	29
8.2.5 <i>Messaggio ADT^A03^ADT_A03 – Discharge/End Visit (Event A03)</i>	30

8.2.6	Messaggio ACK^A03^ACK – ACK Discharge/End Visit	30
8.2.7	Messaggio ADT^A08^ADT_A08 – Update Patient Information (Event A08).....	30
8.2.8	Messaggio ACK^A08^ACK – ACK Update Patient Information.....	30
8.2.9	Messaggio ADT^A11^ADT_A11 – Cancel Admit / Visit Notification (Event A11).....	31
8.2.10	Messaggio ACK^A11^ACK – ACK Cancel Admit / Visit Notification	31
8.2.11	Messaggio ADT^A12^ADT_A12 – Cancel Transfer (Event A12).....	31
8.2.12	Messaggio ACK^A12^ACK – ACK Cancel Transfer.....	31
8.2.13	Messaggio MDM^T02 – Original Document Notification and Content	32
8.2.14	Messaggio ACK^T02^ACK – ACK Original Document Notification and Content	32
8.2.15	Messaggio MDM^T10 – Document Replacement Notification and Content	32
8.2.16	Messaggio ACK^T10^ACK – ACK Document Replacement Notification and Content	32
8.2.17	Messaggio OUL^R22^OUL_R22 –Order Results Management (Event R22).....	33
8.3	I SEGMENTI DEI MESSAGGI.....	33
8.3.1	Segmento MSH: Message Header Segment	33
8.3.2	Segmento EVN: Event type.....	34
8.3.3	Segmento PID: Patient identification.....	34
8.3.4	Segmento PVI: Patient visit segment	36
8.3.5	Segmento TXA: Transcription Document Header	39
8.3.6	Segmento ADD: Addendum Segment.....	40
8.3.7	Segmento OBX: Observation Segment	40
8.3.8	Segmento OBR: Observation Request Segment.....	44
8.3.9	Segmento MSA: Message Acknowledgment Segment.....	45
8.3.10	Segmento ERR: Error segment	45
8.3.11	Segmento ORC: Common Order.....	45
9.	TABELLE DI CODIFICA HL7.....	46
9.1	TABLE 0001 - ADMINISTRATIVE SEX.....	46
9.2	TABLE 0002 - MARITAL STATUS	46
9.3	TABLE 0004 – PATIENT CLASS	46
9.4	TABLE 0008 ACKNOWLEDGEMENT CODE.....	46
9.5	TABLE 0076 - MESSAGE TYPE - e TABLE 0003 EVENT TYPE.....	46
9.6	TABLE 0085 - OBSERVATION RESULT STATUS CODES INTERPRETATION	47
9.7	TABLE 0103 - PROCESSING ID	47
9.8	TABLE 0123 - RESULT STATUS	47
9.9	TABLE 0125 – VALUE TYPE	48
9.10	TABLE 0190 - ADDRESS TYPE	48
9.11	TABLE 0191 – TYPE OF REFERENCED DATA	48
9.12	TABLE 0203 - IDENTIFIER TYPE	48
9.13	TABLE 0270 – DOCUMENT TYPE	49
9.14	TABLE 0271 - DOCUMENT COMPLETION STATUS	49
9.15	TABLE 0272 - DOCUMENT CONFIDENTIALITY STATUS.....	49
9.16	TABLE 0291 – DATA SUBTYPE	49
9.17	TABLE 0299 – ENCODING.....	49
9.18	TABLE 0357 – MESSAGE ERROR CONDITION CODES	49
9.19	TABLE 0361 –APPLICATION	50
9.20	TABLE 0362 –FACILITY	51
9.21	TABLE 0363 – ASSIGNING AUTHORITY.....	51
9.22	TABLE 0396 – CODING SYSTEM TABLE.....	51
9.23	TABLE 0516 – ERROR SEVERITY	51
9.24	TABLE 0533 – APPLICATION ERROR CODE	51
9.25	TABLE CSI 001 – MODALITÀ DI DIMISSIONE	53
9.26	TABLE CSI 002 – TIPO DI DOCUMENTO.....	54
9.27	TABLE 0119 - ORDER CONTROL CODES	54
10.	ALLEGATO A - TABELLE DI CODIFICA DI BASE	54

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS- 09-V08 Pag. <u>6</u> di 55
--	--	--

11.	ALLEGATO B - INDICE DELLE FIGURE.....	55
------------	--	-----------

 csi piemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 7 di 55
--	--	---------------------------------

1. Scopo e riferimenti del documento

1.1 Scopo del documento

1.1.1 Questo documento contiene la descrizione dei requisiti dei sistemi dell'Azienda Sanitaria che prendono parte al progetto di integrazione. Nel presente documento verranno descritti:

- i possibili scenari di integrazione: quali sono le possibili modalità di integrazione fra l'Anagrafe Centrale e quelle locali;
- lo schema dei casi d'uso: esso rappresenta gli attori che partecipano all'integrazione e quali funzionalità/attività svolgono,
- diagrammi di sequenza funzionale: per ogni attività rappresentata nello schema dei casi d'uso viene riportato il dettaglio delle funzionalità interscambiate fra i sistemi, tali funzionalità sono descritte mediante diagrammi che rappresentano la sequenza delle principali operazioni svolte;
- diagrammi di sequenza HL7: per ogni attività rappresentata nello schema dei casi d'uso viene riportato il dettaglio dei messaggi HL7 inviati e ricevuti fra i sistemi a fronte di eventi sanitari attivati dagli operatori o automatici;
- le tabelle di codifica HL7;

Nel documento si è scelto di descrivere l'interscambio di informazione fra le componenti del sistema informativo dell'Azienda Sanitaria, utilizzando HL7 versione 2.5.

1.2 Riferimenti

[V1] "Vista d'insieme - La presa in carico del paziente", M. Rosati, CSI Piemonte 15/06/2007, vers.1]

[HL7-S] "Specifiche HL7", HL7 Italia-HL7 Org, reperibili presso i siti www.hl7italia.it oppure www.hl7.org

[ALL] Documenti allegati con dettagli diversi a seconda della ditta che fornisce i sistemi di gestione.

2. Modello dei Casi d'Uso

Nel seguito è riportato lo schema generale dei casi d'uso per l'integrazione. Nello schema sono riportati gli attori rappresentati con il simbolo "dell'omino" e le attività da essi svolte rappresentati con il simbolo "ovale". Le frecce rappresentano quali attori partecipano all'attività. Una attività può richiamare un'altra, tale richiamo è indicato mediante una freccia con il termine "<<include>>".

2.1 Attori

Nel seguito verranno descritti gli attori che partecipano ai casi d'uso:

Applicazione: applicativo dell'ASL Torino 2.

FSA TO2: Fascicolo Sanitario Aziendale dell'ASL Torino 2.

DEA: applicativo di Pronto Soccorso.

Cartella Clinica: applicativo di cartella clinico o diagnostico.

Simboli presenti nei diagrammi di sequenza:

Boundary



E' un'entità che giace al perimetro del sistema, ma ancora entro esso. Interagisce con attori al di fuori del sistema, entity, controller e altre boundary.

Worker



Rappresenta l'astrazione di un essere umano che agisce entro il sistema. Un worker interagisce con altri worker e entità del sistema.

Entity



Entità passiva che non effettua interazioni per proprio conto. Usato per rappresentare le componenti del sistema informativo dell'Azienda.

2.2 Modello dei casi d'uso

Nel seguito è riportato lo schema dei casi d'uso dell'integrazione fra gli applicativi dell'ASL TO2 e il Fascicolo Sanitario Aziendale:

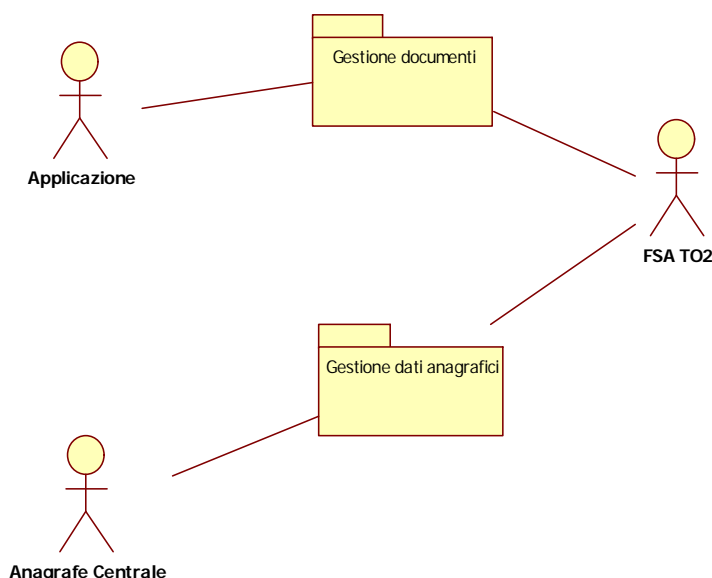


Figura n. 1.– Casi d'uso

3. Gestione documenti – vista funzionale

3.1 Introduzione

Scopo del presente capitolo è descrivere la macro funzionalità denominata “Gestione documenti” utilizzata da una applicazione per inviare documenti al fascicolo.

Con il termine documento si intende quella “informazione sanitaria” prodotta durante un accesso di un paziente ad una struttura sanitaria e che transita da un’applicazione al Fascicolo Sanitario Aziendale perché ritenuta significativa nel processo di “costruzione” del fascicolo del paziente.

Se proviamo ad analizzare le parti che costituiscono l’informazione sanitaria, emerge che essa è costituita da:

- ❖ un testo di un referto o di un documento – è il referto, per esempio, di una prestazione o una lettera emessa a conclusione di un episodio (lettera di dimissione, verbale dea, etc) oppure un documento di anamnesi, etc,
- ❖ dati strutturati – sono metadati o informazioni che caratterizzano il testo del referto/documento.

In generale, i dati strutturati sono informazioni presenti nel contenuto del referto/documento, pertanto il sistema gestionale che gestisce la modifica del referto/documento e del dato strutturato deve preoccuparsi di inviare entrambe le informazioni al fascicolo.

Le informazioni sanitarie sono sempre parte di un episodio sanitario.

Se, ad esempio pensiamo ad una visita specialistica, essa rappresenta una informazione sanitaria costituita dal referto della visita, dalla data di erogazione e dalla struttura che ha erogato la prestazione. La visita a seconda del regime in cui è erogata, fa parte di un episodio ambulatoriale oppure di ricovero oppure di pronto soccorso.

Durante un episodio possono essere erogate più prestazioni e quindi, ad un episodio è possibile associare più informazioni sanitarie.

La tipologia degli episodi non cambia al cambiare del sistema informativo che gestisce le “informazioni sanitarie”; un episodio è sempre un episodio ambulatoriale oppure di ricovero oppure di pronto soccorso.

Al contrario, l'informazione sanitaria gestita e ritenuta rilevante per alimentare il fascicolo può essere diversa a seconda del sistema informativo che gestisce l'informazione stessa.

Ad esempio,

- ❖ una visita specialistica di pneumologia è caratterizzato da due "informazioni sanitarie":
 - 1^ informazione
 - data di erogazione e dalla struttura di erogazione,
 - <altre informazioni, quali i medici che hanno redatto e autenticato il referto>
 - referto della visita;
 - 2^ informazione
 - <dati codificati dell'anamnesi>
 - documento di anamnesi;
- ❖ una visita specialistica di allergologia può essere caratterizzata da quattro "informazioni sanitarie":
 - 1^ informazione
 - data di erogazione e dalla struttura di erogazione,
 - <altre informazioni, quali i medici che hanno redatto e autenticato il referto>
 - referto della visita;
 - 2^ informazione
 - <informazioni di dettaglio>
 - referto della cute;
 - 3^ informazione
 - <informazioni di dettaglio>
 - referto del respiro;
 - 4^ informazione
 - <dati codificati dell'anamnesi>
 - documento di anamnesi.

Per i cicli di cura, ogni sistema gestionale invierà un messaggio di apertura episodio, inoltro documento/referto e chiusura episodio per ogni accesso effettuato dal paziente, seguendo quindi il flusso informativo previsto per gli episodi ambulatoriali. Quindi verrà creato un episodio per ogni accesso effettuato dal paziente durante il ciclo di cura.

Le interazioni tra un'applicazione ed il fascicolo possono essere schematizzate dai diagramma dei casi d'uso che segue.



Figura n. 2.– Caso d'uso Gestione documenti

3.2 I servizi

3.2.1 Invia notifica apertura episodio

L'invio di un'"informazione sanitaria" deve essere sempre preceduta da una notifica di apertura episodio dal sistema informativo di competenza.

Nel caso di informazioni erogate in regime di pronto soccorso, ad esempio, la funzione di "Invia notifica apertura episodio" verrà sempre attivata dal sistema DEA; nel caso di informazioni erogate in regime ambulatoriale, tale funzione verrà attivata dalla cartella clinica che genera l'informazione stessa.

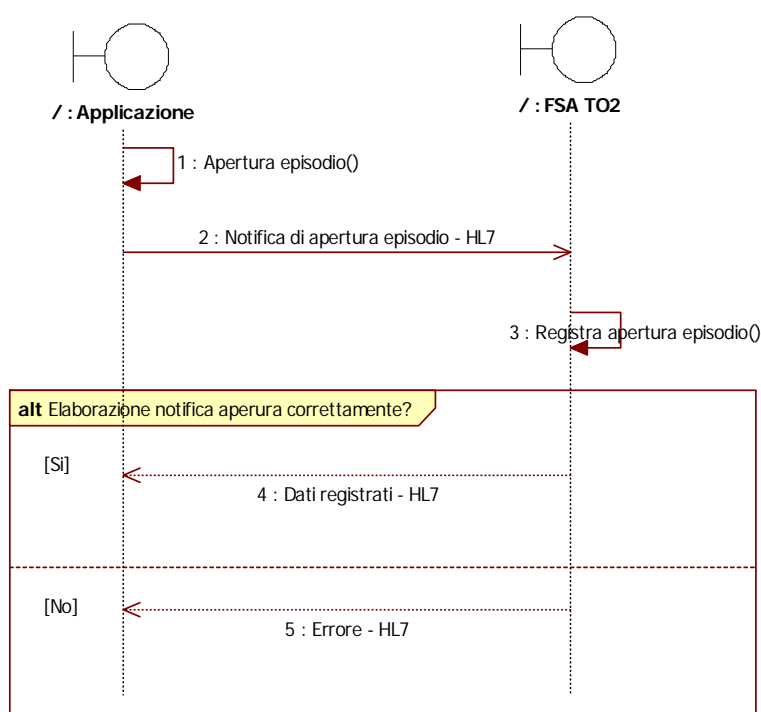


Figura n. 3.– Diagramma sequenza funzionale - Invia notifica apertura episodio

3.2.2 Invia modifica dati episodio

La funzionalità di modifica consente di aggiornare il valore di quei dati strutturati che caratterizzano l'episodio e che sono definiti modificabili in fase di definizione dell'episodio stesso.

Il messaggio di modifica può essere utilizzato per inviare la notifica di chiusura dell'episodio valorizzando l'eventuale data di chiusura che corrisponde nell'episodio di ricovero alla data di dimissione, nell'episodio di pronto soccorso alla data di dimissione e nell'episodio ambulatoriale alla data di chiusura del passaggio ambulatoriale.

Il sistema può inviare il messaggio di apertura e chiusura dell'episodio valorizzando entrambe le date.

La notifica di chiusura non impedisce di inviare nuovi messaggi di modifica dei dati o dei documenti al fascicolo, ma è usato per indicare il termine della presenza del paziente presso la struttura sanitaria. E' bene inviare la modifica di chiusura solo attraverso questo messaggio e non come informazione associata al messaggio "Invia nuovo referto/documento".

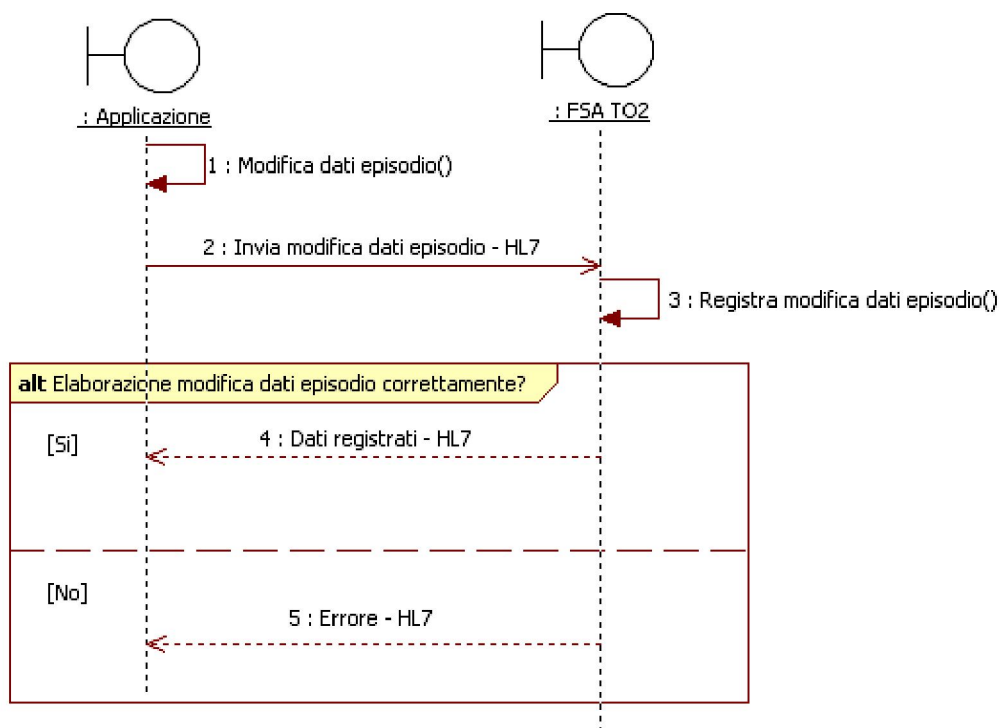


Figura n. 4.– Diagramma sequenza funzionale - Invia modifica dati episodio

3.2.3 Invia nuovo referto/documento

La funzionalità di invio documento/referto consente l’invio dell’”informazione sanitaria” intesa come referto e dati strutturati che lo caratterizzano. Nel caso in cui sono gestite più informazioni sanitarie, verranno attivati tanti invii quante sono le informazioni stesse.

Tutte le informazioni sono inviate al fascicolo solo quando risultano validate, firmate e non più modificabili. E’ possibile che il sistema di origine non gestisca la firma; in questo caso esse devono essere validate e non più modificabili.

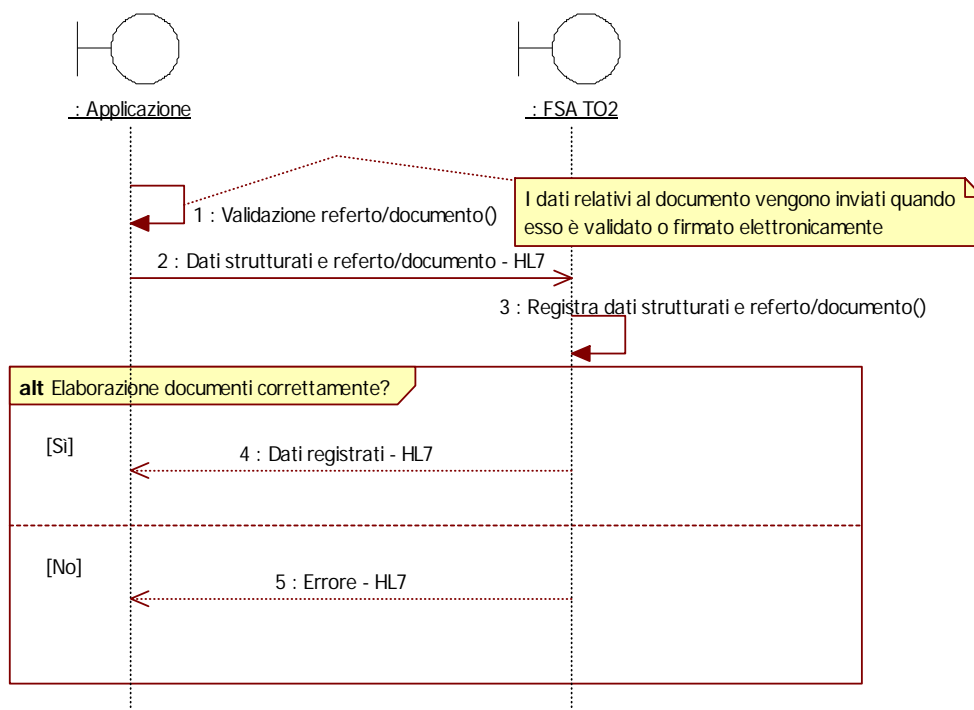


Figura n. 5.– Diagramma sequenza funzionale - Invia nuovo referto/documento

3.2.4 Sostituisci referto/documento e/o modifica dati strutturati

In generale, il processo di alimentazione del fascicolo non prevederebbe l'aggiornamento dei dati e delle informazioni proprio per la sua natura di essere un contenitore di referti già validati. Tuttavia, a causa di errori umani o informatici che possono occorrere nel sistema inviante, è necessario prevedere la sostituzione di un referto o documento, la sostituzione e/o all'annullamento dei relativi dati strutturati associati.

La funzione "Sostituisci referto/documento e/o modifica dati strutturati" consente di inviare al fascicolo aggiornamenti sulle informazioni sanitarie, intese come dati strutturati e/o referto associato.

Nel caso di sostituzione del referto/documento, il nuovo, che va a sostituire quello già presente nel fascicolo, deve essere validato o firmato e non più modificabile.

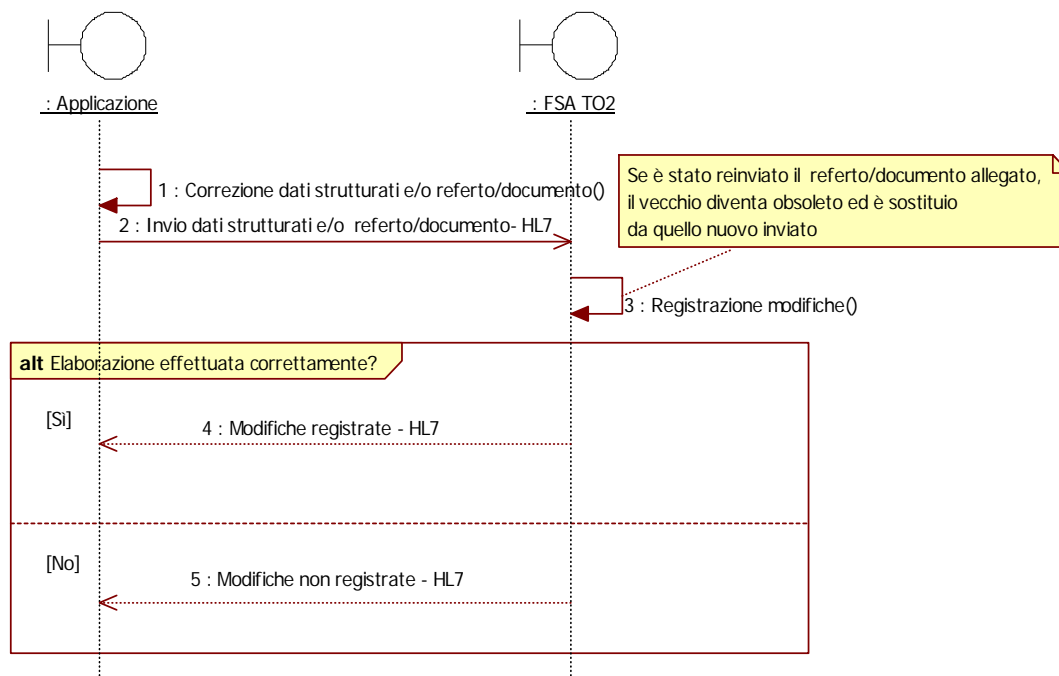


Figura n. 6.– Diagramma sequenza funzionale - Sostituisci referto/ documento e/o modifica dati strutturati

3.2.5 Invia annullamento episodio

La funzione consiste nell'inviare al fascicolo l'informazione che un determinato episodio è stato annullato nel sistema gestionale. Annullare l'episodio significa annullare tutte le informazioni che lo caratterizzano e lo costituiscono (anche le informazioni sanitarie sono state generate a fronte di erogazione di prestazioni).

Quando un episodio viene annullato nel fascicolo sanitario, esso non può essere rinviato con lo stesso identificativo di episodio.

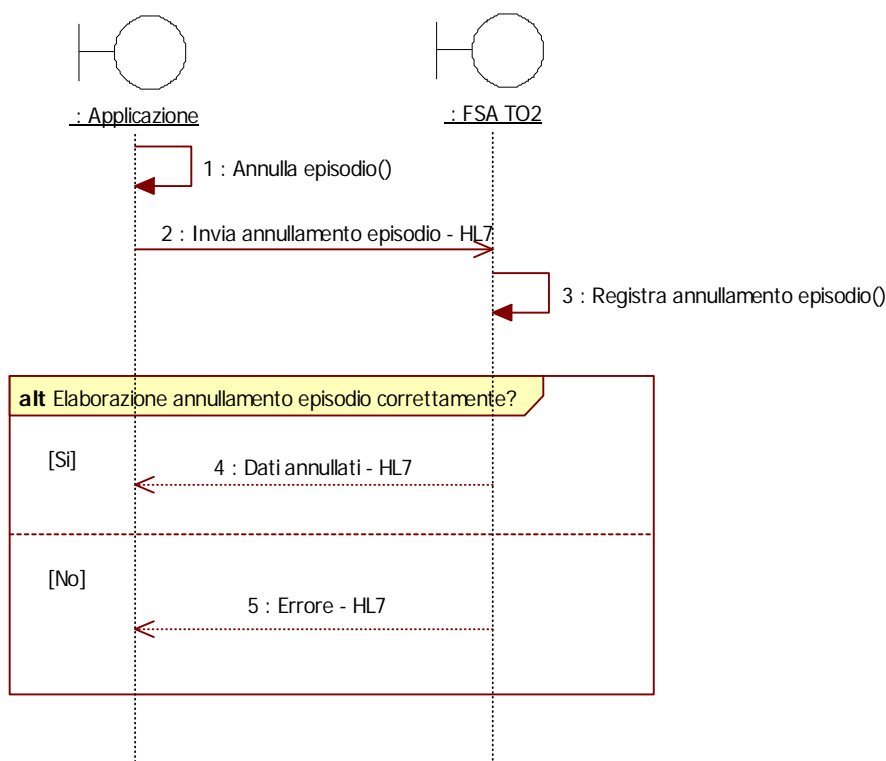


Figura n. 7.– Diagramma sequenza funzionale - Invia annullamento episodio

3.3 Modalità e ordine di attivazione dei servizi

Nel fascicolo sanitario tutte le “informazioni sanitarie” sono ricondotte ad un episodio sanitario, pertanto, la prima attività che il sistema inviante compie è quella di comunicare al fascicolo l’apertura dell’episodio attraverso il servizio “Invia notifica apertura episodio”.

Tutte le “informazioni sanitarie” emesse durante l’episodio sono inviate al fascicolo in un tempo successivo all’apertura riportando il codice di identificazione dell’episodio stesso ed utilizzando il servizio di “Invia nuovo referto/documento”.

I servizi di “Invia modifica dati episodio”, “Sostituisci referto/documento e/o modifica dati strutturati” e “Annulla episodio” sono utilizzati per aggiornare le informazioni nel fascicolo sanitario.

L’ordine con cui sono attivati i servizi dipende non solo dalla funzione che essi svolgono (apertura episodio piuttosto che invio delle informazioni), ma soprattutto dalla tipologia del sistema che produce le informazioni.

I paragrafi che seguono descrivono, quindi, l’ordine cronologico di attivazione dei servizi attraverso diagrammi di sequenza funzionale per ogni tipologia di sistema. Si ricorda che per la descrizione dei servizi bisogna fare riferimento al paragrafo “I servizi”.

3.3.1 Sistema DEA/Pronto Soccorso

In un sistema DEA valgono le seguenti regole:

- ❖ l’informazione sull’apertura del passaggio di pronto soccorso viene inviata nel momento in cui l’informazione è registrata nel sistema informativo del DEA, l’apertura dell’episodio avviene se il paziente non è un anonimo;
- ❖ le nuove “informazioni sanitarie” sono inviate nel momento in cui risultano validate, firmate e non più modificabili;
- ❖ i dati dell’episodio modificati sono inviati quando essi risultano validati;
- ❖ le “informazioni sanitarie” modificate sono inviate in sostituzione di quelle inviate già al fascicolo quando risultano

validate, firmate e non più modificabili;

- ❖ l'informazione sulla chiusura del passaggio di pronto soccorso viene inviata nel momento in cui l'informazione è registrata nel sistema informativo del DEA;
- ❖ l'informazione sull'annullamento dell'episodio è inviato nel momento in cui l'annullamento occorre nel sistema inviante e risulta validato.

I due diagrammi che seguono riassumono, rispettivamente, le regole di invio di nuovi dati e di invio di dati modificati.

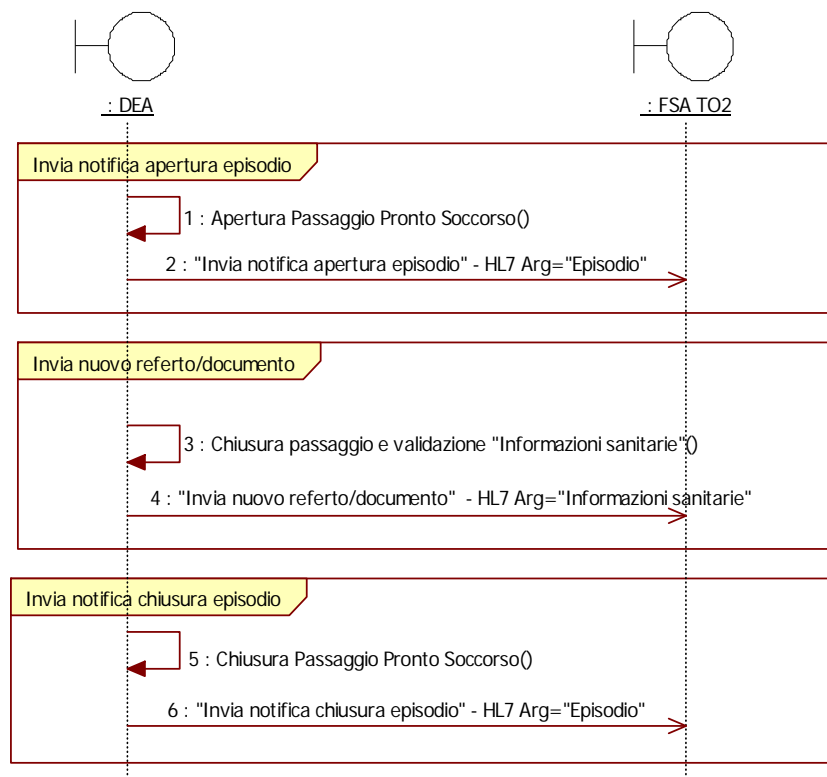


Figura n. 8.– Diagramma sequenza funzionale - Invio nuovi dati dal sistema DEA

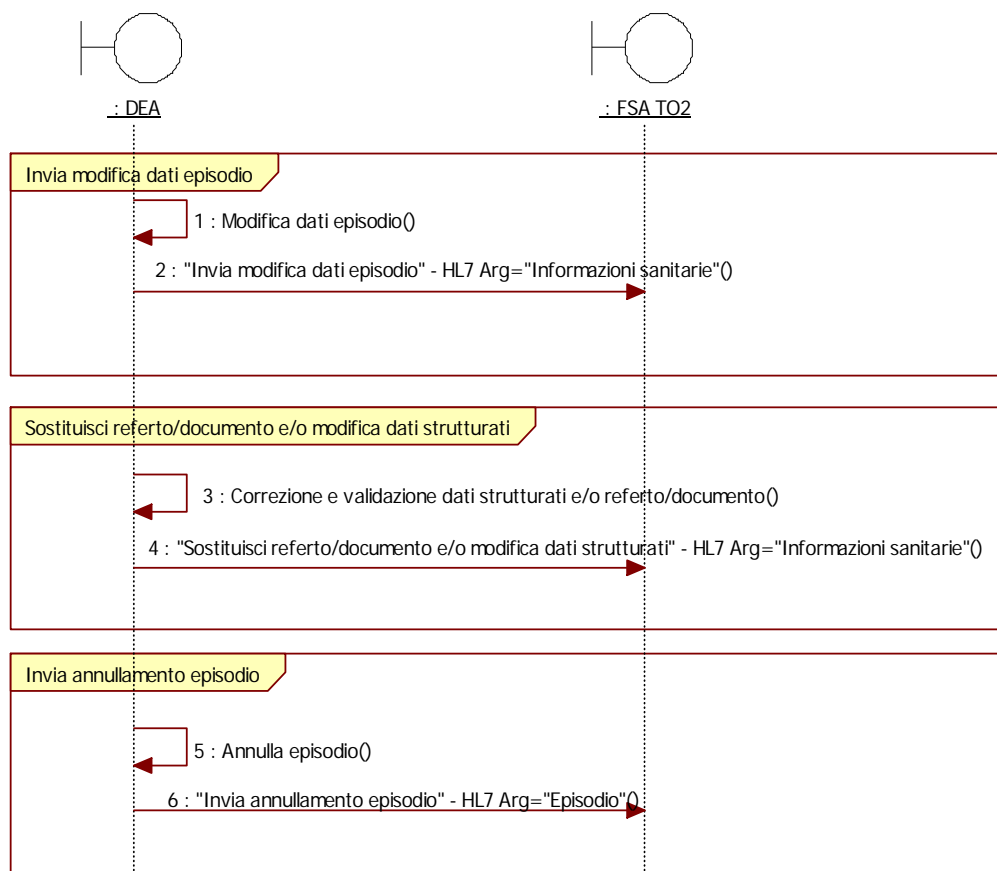


Figura n. 9.– Diagramma sequenza funzionale - Invio dati modificati dal sistema DEA

3.3.2 Sistema diagnostico o di cartella clinica

In un sistema diagnostico o di cartella clinica valgono le seguenti regole:

nel caso in cui le prestazioni associate all'informazione sanitaria" inviate al fascicolo sono erogate in regime non ambulatoriale (pronto soccorso o ricovero)

- ❖ l'informazione sull'apertura dell'episodio viene inviata rispettivamente dal sistema di gestione del DEA o del ricovero e non dalla cartella clinica,
- ❖ le nuove "informazioni sanitarie" sono inviate dalla cartella clinica nel momento in cui le informazioni risultano validate, firmate e non più modificabili,
- ❖ l'informazione sull'annullamento dell'episodio è inviato di gestione del DEA o del ricovero e non dalla cartella clinica.

nel caso in cui le prestazioni associate all'informazione sanitaria" inviate al fascicolo sono erogate in regime ambulatoriale

- ❖ l'informazione sull'apertura dell'episodio sono inviate dalla cartella clinica nel momento in cui vengono generate nella cartella clinica.
- ❖ l'informazione sulle nuove "informazioni sanitarie" sono inviate dalla cartella clinica nel momento in cui le informazioni stesse risultano validate, firmate e non più modificabili;
- ❖ l'informazione sulla chiusura dell'episodio sono inviate dalla cartella clinica nel momento in cui l'episodio

viene chiuso.

- ❖ l'informazione sull'annullamento dell'episodio è inviato dalla cartella clinica nel momento in cui l'annullamento occorre nel sistema stesso e risulta validato.

nel caso in cui le prestazioni associate all'informazione sanitaria" inviate al fascicolo sono erogate sia in regime ambulatoriale che non ambulatoriale

- ❖ i dati dell'episodio modificati sono inviati dalla cartella clinica quando essi risultano validati.
- ❖ le "informazioni sanitarie" modificate sono inviate dalla cartella clinica in sostituzione di quelle inviate già al fascicolo quando risultano validate, firmate e non più modificabili.

Nel caso in cui tali regole necessitano di una specializzazione legata al sistema informativo inviante, esse saranno descritte nel corrispettivo allegato al presente documento e redatto per la singola ditta fornitrice [ALL].

I due diagrammi che seguono riassumono le regole di invio di nuovi dati (apertura episodio ed invio nuovo referto/documento) sia che essi siano generati a fronte di prestazioni erogate in regime ambulatoriale che di DEA. Per le regole di invio di dati modificati il diagramma è analogo a quello presente nel paragrafo precedente ("Sistema DEA/Pronto").

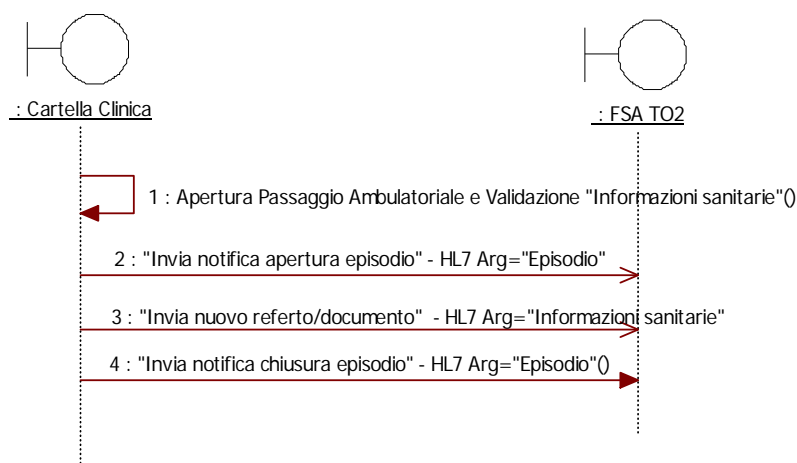


Figura n. 10.– Diagramma sequenza funzionale - Invio nuovi dati dal sistema di Cartella Clinica (prestazioni erogate in regime ambulatoriale)

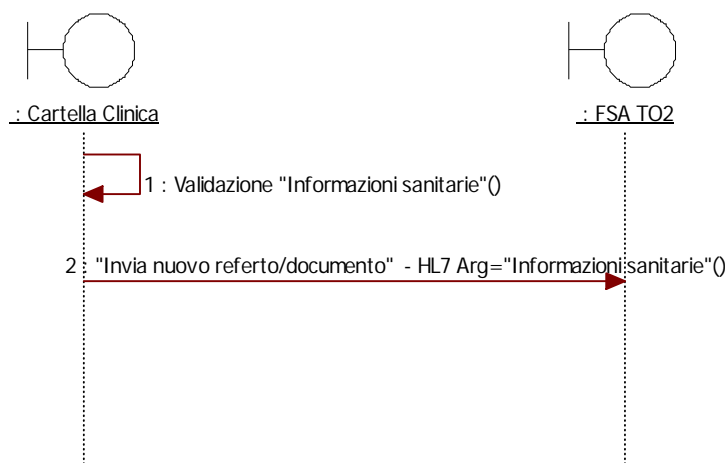


Figura n. 11.– Diagramma sequenza funzionale - Invio nuovi dati dal sistema di Cartella Clinica (prestazioni erogate in regime non ambulatoriale)

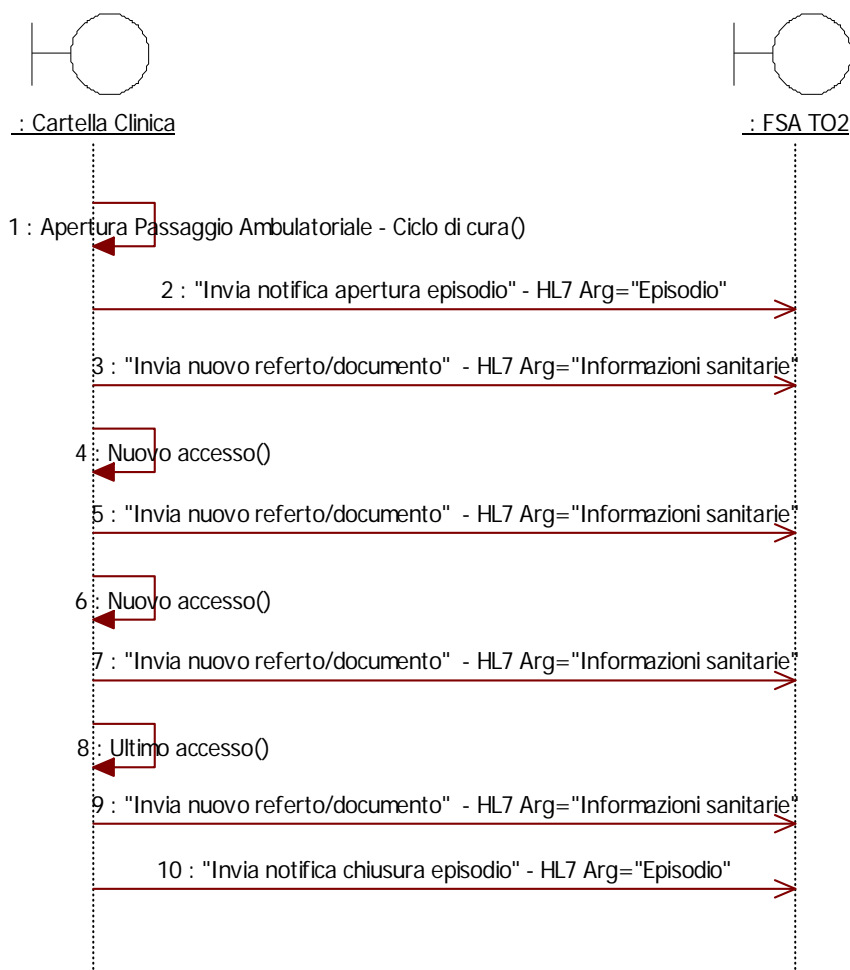
3.3.3 Sistema di Ricovero

In un sistema di gestione del ricovero (ADT), il sistema gestionale deve trasmettere l'informazione di apertura dell'episodio al momento dell'accettazione del paziente, analogamente a quanto deve accadere per le operazioni di trasferimento e di dimissione/fine episodio. Deve inoltre provvedere ad inviare al Fascicolo, contestualmente o successivamente la fine dell'episodio, la scheda di dimissione ospedaliera quando essa è validata, firmata e non più modificabili. E' inoltre compito del sistema di gestione del ricovero informare il fascicolo circa la modifica dell'episodio o il suo annullamento.

3.3.4 Invia dati relativi ad un ciclo di cura ambulatoriale

I cicli di cura richiedono una gestione specifica come invio delle informazioni al fascicolo. Il ciclo di cura è caratterizzato da una serie di appuntamenti che si svolgono in un periodo di tempo che può durare anche alcuni mesi. Durante ogni accesso il paziente si presenta nella struttura sanitaria per ricevere delle cure e viene prodotto un referto della visita. Per trasmettere questa informazione il sistema gestionale deve creare l'apertura dell'episodio quando viene creato l'episodio in cartella clinica, quindi inoltra ad ogni accesso il referto. Quando il ciclo di cura ha termine il sistema invia un messaggio di modifica dell'episodio con la data di chiusura del ciclo di cura.

Quindi il sistema gestionale comunica la data di apertura del ciclo, i referti e la data di chiusura del ciclo, mentre non vengono comunicate le singole date degli appuntamenti. Tuttavia vengono comunicate le date di esecuzione delle prestazioni. La struttura dei messaggi e dei dati trasmessi è quindi analoga a quella dei messaggi già previsti, viene modificata solo la sequenza con i quali vengono inviati al fascicolo. I documenti di ogni accesso devono essere inviati come referti-ciclo, mentre l'ultimo documento a chiusura del ciclo deve essere inviato come referto.



4. Gestione anagrafica - diagrammi di sequenza funzionale

Da definire.

5. Gestione documenti – messaggi HL7

5.1 Introduzione

In questo paragrafo vengono descritti i servizi presentati funzionalmente nel capitolo precedente attraverso diagrammi di sequenza HL7. Tali diagrammi rappresentano per ogni caso d'uso descritto nel capitolo “Descrizione dei casi d'uso”, l'interazione che avviene fra i diversi attori evidenziando i messaggi HL7 scambiati.

Per descrivere meglio il flusso sono riportate anche alcune attività funzionali che vengono svolte dagli attori. La struttura dei messaggi HL7 è descritta nel capitolo “Specifiche dei messaggi HL7”.

5.2 Le “informazioni sanitarie”

Scopo del presente paragrafo è fornire uno schema semantico del contenuto delle “informazioni sanitarie” che transitano dal sistema gestionale al fascicolo sanitario ed due schemi sintattici che mappano lo schema dei messaggi HL7 scambiati.

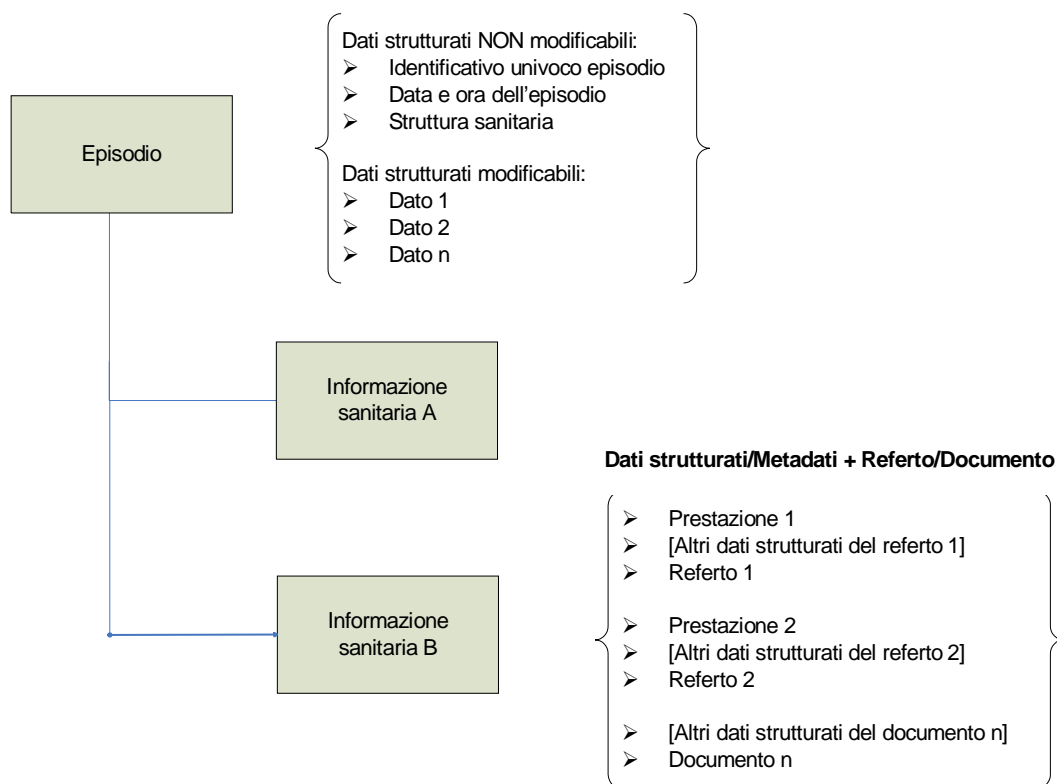


Figura n. 12.– Mappa delle “informazioni sanitarie”

5.3 Le “informazioni sanitarie” e i messaggi HL7

La gestione di un episodio clinico può essere gestito da più messaggi, in generale:

- da un messaggio di apertura dell'episodio (ADT^A01) che contiene:
 - dati strutturati che caratterizzano l'episodio e non possono essere modificati:
 - identificativo univoco dell'episodio,
 - data ed ora dell'episodio,
 - Struttura sanitaria di erogazione;
 - dati strutturati legati all'episodio che possono essere modificati;
- da un messaggio per invio di un referto/documento allegato all'episodio (MDM^T02); viene inviato un messaggio per

ogni documento da trasmettere;

- da un messaggio di modifica di dati strutturati (ADT^A08), questo messaggio deve essere inviato anche quando viene modificato il paziente associato all'episodio (l'identificativo dell'episodio per esempio il numero nosologico deve essere mantenuto identico per poter effettuare la corretta identificazione);
- da un messaggio di cancellazione di dati strutturati (MDM^T02 – l'OBX contiene il codice del dato strutturato e lo stato con valore "D");
- da un messaggio di sostituzione di un documento (MDM^T02– l'OBX contiene il codice del nuovo documento, il nuovo contenuto e lo stato con valore "C"; il segmento TXA contiene l'identificativo del documento obsoleto nel campo "Parent Document Number" e l'identificativo del nuovo documento nel campo "Unique Document Number");
- da un messaggio di annullamento di un episodio (ADT^A11)

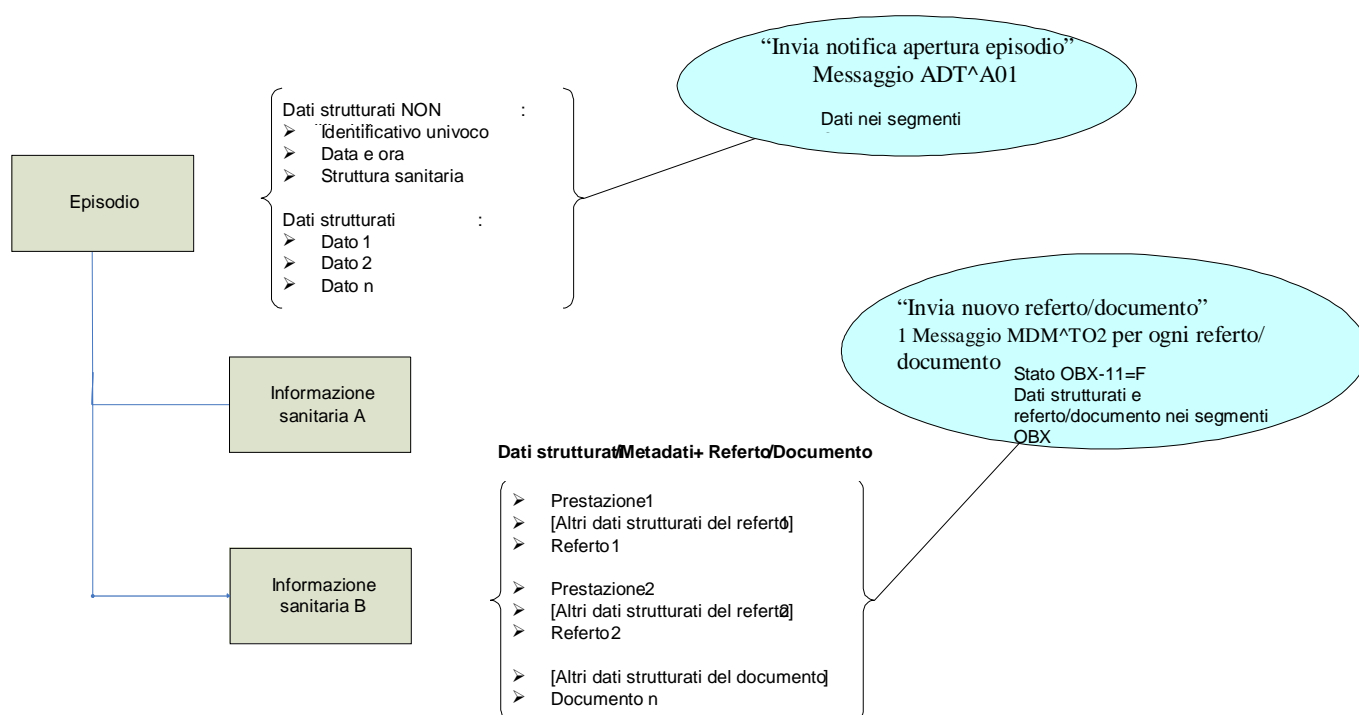


Figura n. 13.– Mappa dei messaggi HL7 per nuove informazioni

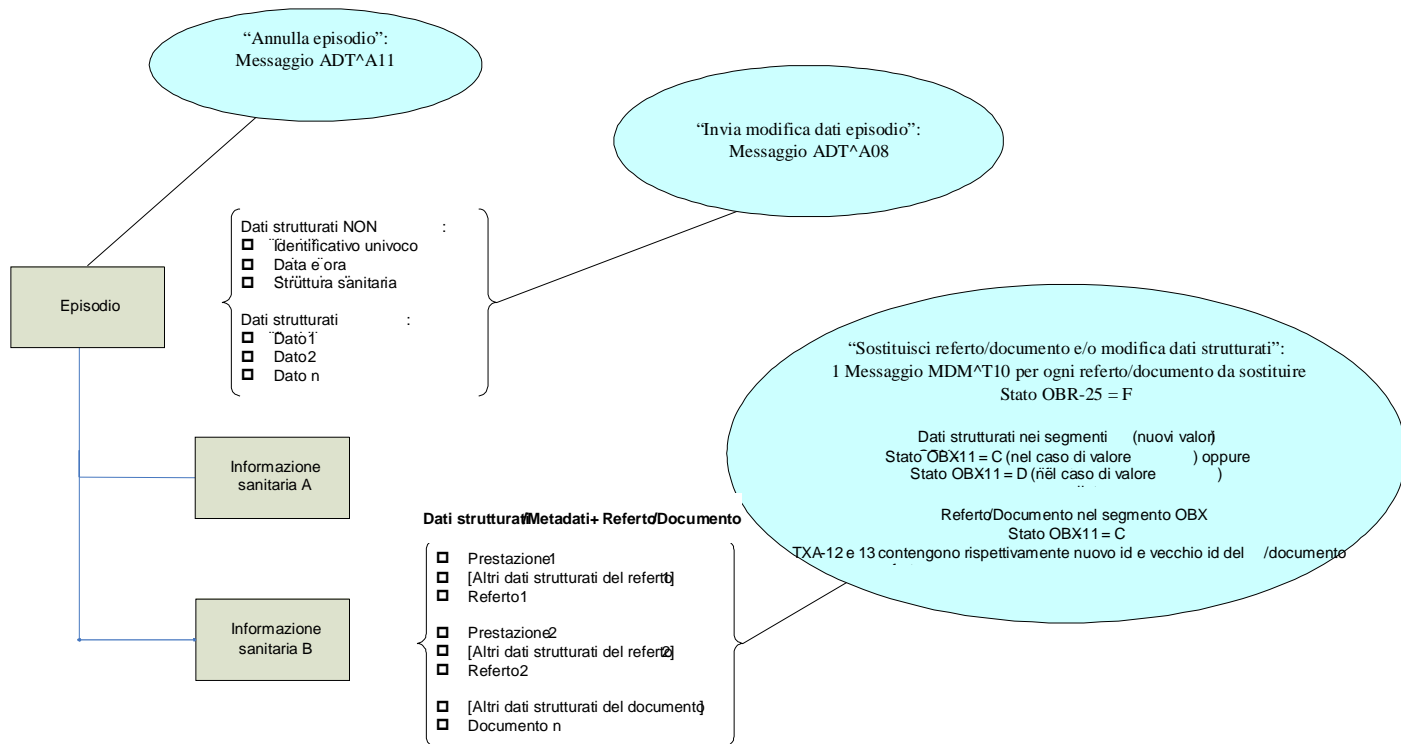


Figura n. 14.– Mappa dei messaggi HL7 per informazioni modificate

5.4 I messaggi inviati dal fascicolo ai sistemi gestionali

In risposta ai messaggi inviati al fascicolo dai sistemi informativi aziendali, il fascicolo stesso restituisce il corrispettivo messaggio di acknowledge.

5.5 I servizi

5.5.1 Invia notifica apertura episodio

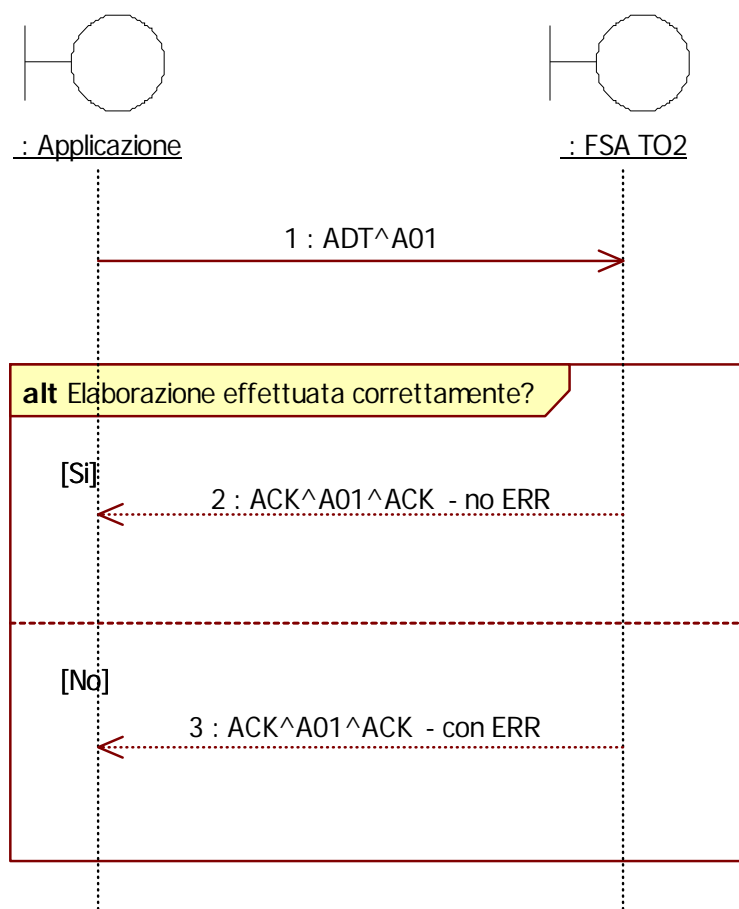


Figura n. 15.– Diagramma sequenza HL7 - Invia notifica apertura episodio

5.5.2 Invia modifica dati episodio

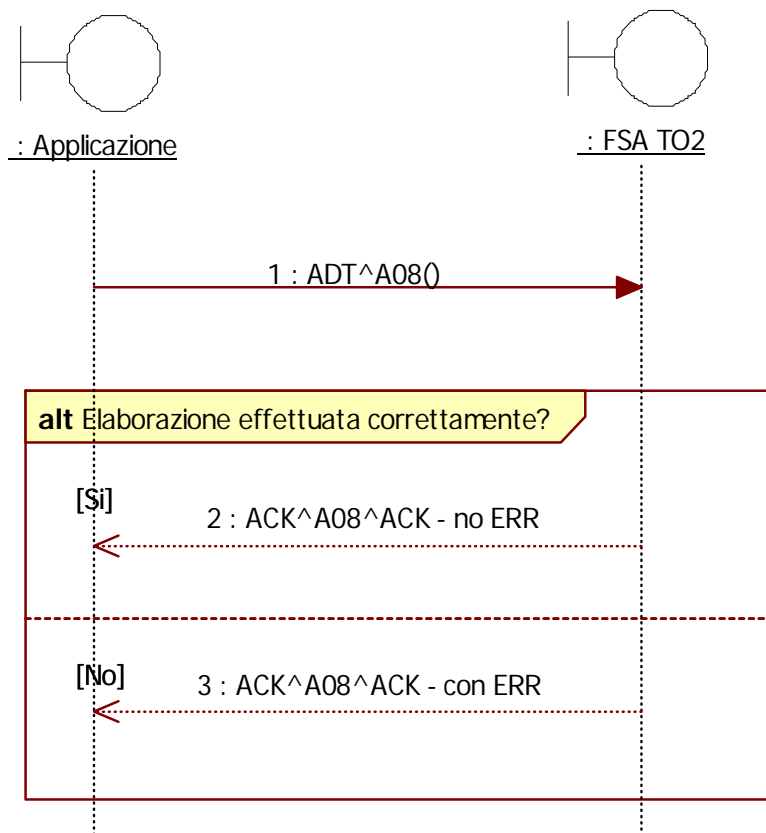


Figura n. 16.– Diagramma sequenza HL7 - Invia modifica dati episodio

5.5.3 Invia nuovo referto/documento

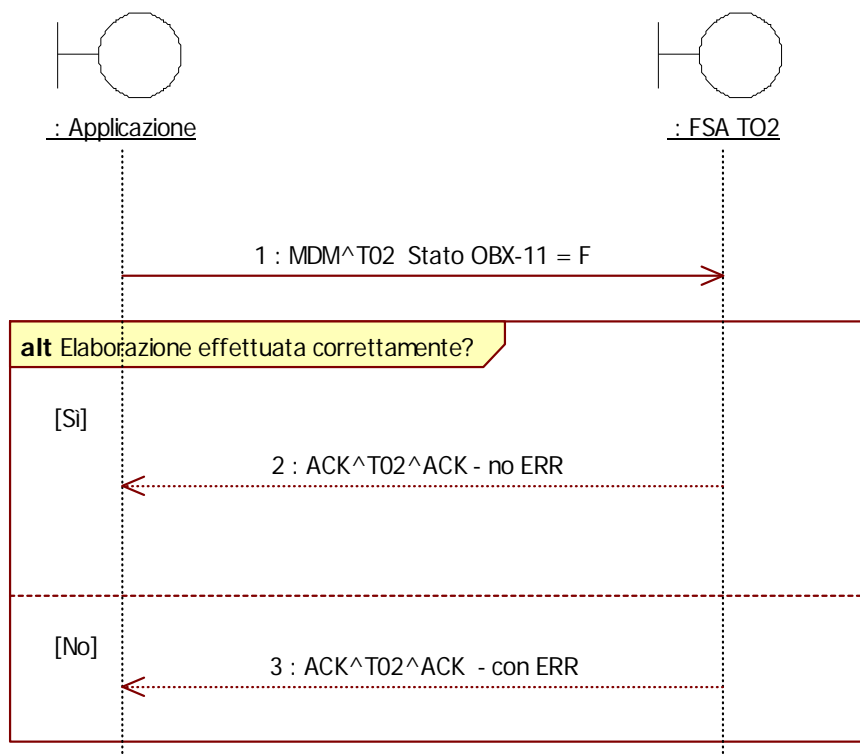


Figura n. 17.– Diagramma sequenza HL7- Invia nuovo referto/documento

5.5.4 Sostituisci referto/documento e/o modifica dati strutturati

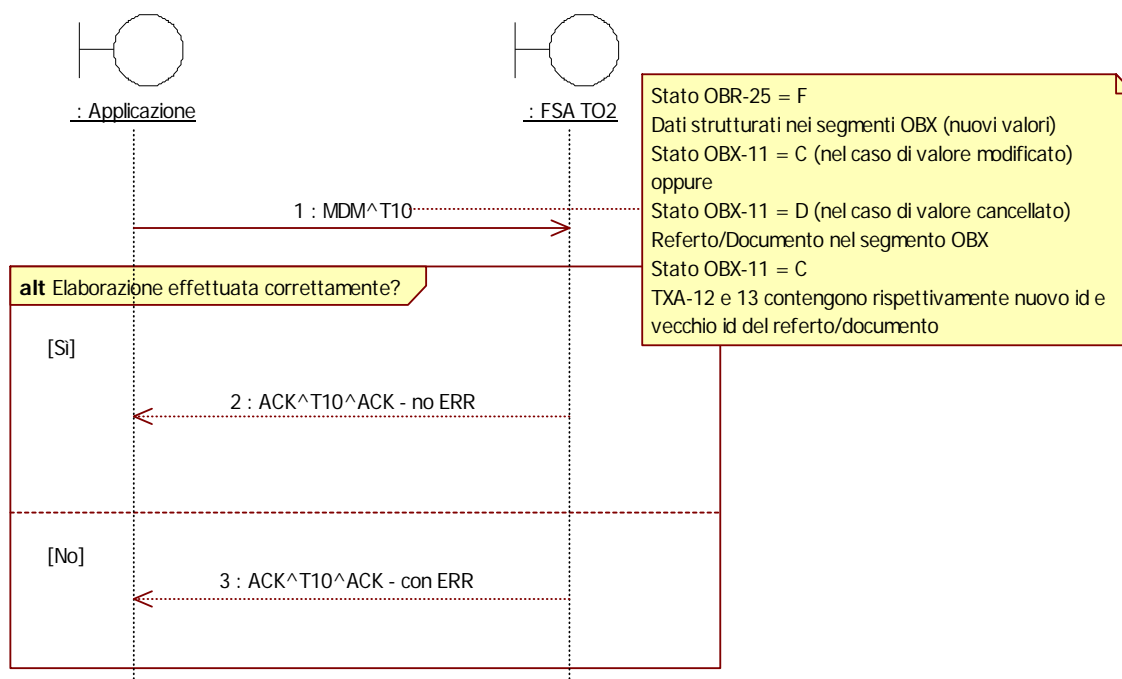


Figura n. 18.– Diagramma sequenza HL7- Sostituisci referto/documento e/o modifica dati strutturati

5.5.5 Invia annullamento episodio

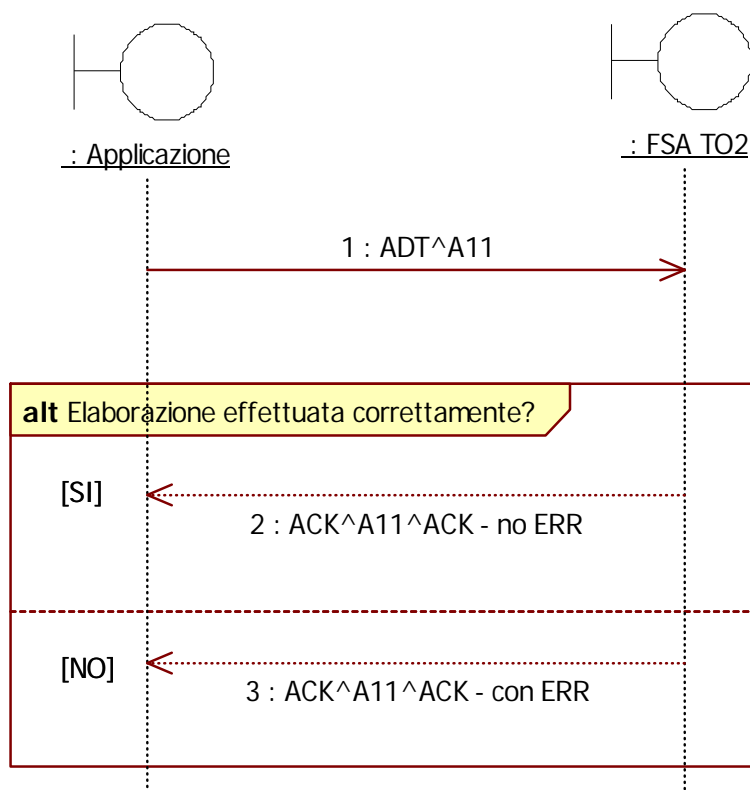


Figura n. 19.– Diagramma sequenza HL7- Invia annullamento episodio

5.6 Modalità e ordine di attivazione dei servizi

La modalità e l'ordine di attivazione dei servizi è descritta nel capitolo funzionale; per costruire i diagrammi temporali in HL7 è sufficiente partire dai singoli diagrammi funzionali e sostituire al singolo servizio interessato il corrispondente diagramma HL7.

6. Gestione anagrafica - diagrammi di sequenza HL7

Da definire.

7. Dati anagrafici

In questo paragrafo vengono descritti i dati anagrafici che vengono inviati dai sistemi gestionali al fascicolo aziendale.

7.1 I dati gestiti

Dato	Obbligatorietà	Codifica	Note
Dati anagrafici			
Cognome	Sì	-	
Nome	Sì	-	

Data di nascita	Sì	-	
Comune di nascita	Sì	ISTAT	
Stato di nascita	Sì	ISTAT	
Sesso	Sì	M / F	
Codice fiscale	Sì (per italiani)	-	Nel caso di stranieri, il codice fiscale è vuoto ed il campo Codice STP per stranieri è valorizzato.
Dati di residenza			
Comune di residenza	No	ISTAT	
CAP di residenza	No	-	
Indirizzo di residenza	No	-	
Num. civico di residenza	No	-	
ASL di residenza	No	ISTAT	
Regione di residenza	No	ISTAT	
Dati di domicilio			
Comune di domicilio	No	ISTAT	
CAP di domicilio	No	-	
Indirizzo di domicilio	No	-	
Num. civico di domicilio	No	-	
ASL di domicilio	No	ISTAT	
Regione di domicilio	No	ISTAT	
Altri dati			
Num telefono	No	-	Può essercene più di uno, al massimo 3.
Cittadinanza	No	ISTAT	
Tessera sanitaria	No	-	
Tessera TEAM	No	-	
Codice STP per stranieri	Sì (per gli stranieri)	-	Nel caso di stranieri, il codice fiscale è vuoto ed il campo Codice STP per stranieri è valorizzato.
Stato civile	No	HL7	
Data di decesso	No		

8. Specifiche dei messaggi HL7

8.1 Introduzione

In questo capitolo verranno descritti i messaggi HL7 utilizzati per l'interscambio di informazioni fra i sistemi informativi dell'area clinica ed il fascicolo sanitario aziendale.

Nei paragrafi successivi verranno presentati i segmenti e i campi che sono di interesse per ciascun messaggio.

Nel presente capitolo si farà riferimento alla versione 2.5 di HL7.

8.2 La struttura dei messaggi

8.2.1 Messaggio ADT^A01^ADT_A01 – Admit/Visit Notification (Event A01)

Il messaggio rappresenta la notifica di accettazione del ricovero di un paziente per gli episodi di ricovero.

Il messaggio ADT^A01^ADT_A01 è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
EVN	Event Type	
PID	Patient Identification	Dati anagrafici del paziente
PV1	Patient Visit	Dati di accettazione

8.2.2 Messaggio ACK^A01^ACK – ACK Admit/Visit Notification

Risposta alla notifica di accettazione del ricovero di un paziente per gli episodi di ricovero.

Il messaggio ACK^A01^ACK è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
[[SFT]]	Software segment	non usato
MSA	Message acknowledge	
[[ERR]]	Error information	

8.2.3 Messaggio ADT^A02^ADT_A02 – Transfer a Patient (Event A02)

Il messaggio rappresenta la notifica di trasferimento di un paziente per gli episodi di ricovero.

Il messaggio ADT^A02^ADT_A02 è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.


Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
EVN	Event Type	
PID	Patient Identification	Dati anagrafici del paziente
PV1	Patient Visit	Dati sulla visita

PV1-3 contiene il nuovo reparto identificato dal numero di matricola, PV1-6 contiene il vecchio reparto identificato dal numero di matricola.

8.2.4 Messaggio ACK^A02^ACK – ACK Transfer a Patient

Risposta alla notifica di trasferimento di un paziente per gli episodi di ricovero.

Il messaggio ACK^A02^ACK è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 30 di 55
---	--	----------------------------------

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
[[SFT]]	Software segment	non usato
MSA	Message acknowledge	
[[ERR]]	Error information	

8.2.5 Messaggio ADT^A03^ADT_A03 – Discharge/End Visit (Event A03)

Il messaggio rappresenta la notifica di dimissione di un paziente per gli episodi di ricovero.

Il messaggio ADT^A03^ADT_A03 è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
EVN	Event Type	
PID	Patient Identification	Dati anagrafici del paziente
PV1	Patient Visit	Dati di accettazione

8.2.6 Messaggio ACK^A03^ACK – ACK Discharge/End Visit

Risposta alla notifica di dimissione di un paziente per gli episodi di ricovero.

Il messaggio ACK^A03^ACK è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
[[SFT]]	Software segment	non usato
MSA	Message acknowledge	
[[ERR]]	Error information	

8.2.7 Messaggio ADT^A08^ADT_A08 – Update Patient Information (Event A08)

Il messaggio rappresenta la notifica di modifica del paziente associato all'episodio di ricovero o della modifica dei dati di ricovero.

Il messaggio ADT^A08^ADT_A08 è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
EVN	Event Type	
PID	Patient Identification	Dati anagrafici del paziente
PV1	Patient Visit	Dati di accettazione


Nel PV1 deve essere riportato il numero nosologico da annullare, il PID contiene tutte le informazioni relative al paziente.

8.2.8 Messaggio ACK^A08^ACK – ACK Update Patient Information

Risposta alla notifica di modifica del paziente associato all'episodio di ricovero o della modifica dei dati di ricovero.

Il messaggio ACK^A08^ACK è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 31 di 55
---	--	----------------------------------

[SFT]	Software segment	non usato
MSA	Message acknowledge	
[ERR]	Error information	

8.2.9 Messaggio ADT^A11^ADT_A11 – Cancel Admit / Visit Notification (Event A11)

Il messaggio rappresenta la notifica di annullamento di un episodio di ricovero.

Il messaggio ADT^A11^ADT_A11 è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
EVN	Event Type	
PID	Patient Identification	Dati anagrafici del paziente
PV1	Patient Visit	Dati di accettazione

Nel PV1 deve essere riportato il numero nosologico da annullare.

8.2.10 Messaggio ACK^A11^ACK – ACK Cancel Admit / Visit Notification

Risposta alla notifica di annullamento di un episodio di ricovero.

Il messaggio ACK^A11^ACK è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
[SFT]	Software segment	non usato
MSA	Message acknowledge	
[ERR]	Error information	

8.2.11 Messaggio ADT^A12^ADT_A12 – Cancel Transfer (Event A12)

Il messaggio rappresenta la notifica di cancellazione di un trasferimento di un paziente per gli episodi di ricovero.

Il messaggio ADT^A12^ADT_A12 è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
EVN	Event Type	
PID	Patient Identification	Dati anagrafici del paziente
PV1	Patient Visit	Dati sulla visita


PV1-3 contiene il reparto prima del trasferimento identificato dal numero di matricola, PV1-6 contiene il reparto dopo il trasferimento identificato dal numero di matricola.

8.2.12 Messaggio ACK^A12^ACK – ACK Cancel Transfer

Risposta alla notifica di cancellazione di un trasferimento di un paziente per gli episodi di ricovero.

Il messaggio ACK^A12^ACK è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
[SFT]	Software segment	non usato
MSA	Message acknowledge	

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 32 di 55
---	--	----------------------------------

[ERR]	Error information	
-------	-------------------	--

8.2.13 Messaggio MDM^T02 – Original Document Notification and Content

Il messaggio è utilizzato per notificare un documento validato; il documento è inteso come costituito da alcuni metadati e dal suo contenuto.

Ogni messaggio MDM^T02 contiene uno ed un solo documento (segmento OBX con il campo “Value Type” uguale ad “ED”).

Il messaggio MDM^T02 è costituito dai seguenti elencati nella tabella che segue.

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
EVN	Event Type	
PID	Patient Identification	Dati anagrafici del paziente
PV1	Patient Visit	Dati sulla visita
TXA	Document Notification	Dati di intestazione del documento
{		
OBX	Observation/Result (one or more required)	Contenuto del documento
}		

8.2.14 Messaggio ACK^T02^ACK – ACK Original Document Notification and Content

Risposta alla notifica della creazione del documento.

Il messaggio ACK^T02^ACK è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
[SFT]	Software segment	non usato
MSA	Message acknowledge	
[ERR]	Error information	

8.2.15 Messaggio MDM^T10 – Document Replacement Notification and Content

Notifica di sostituzione del documento, con allegato il contenuto.

Il messaggio MDM^T10 è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.


Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
EVN	Event Type	
PID	Patient Identification	Dati anagrafici del paziente
PV1	Patient Visit	Dati sulla visita
TXA	Document Notification	Dati di intestazione del documento
{		
OBX	Observation/Result (one or more required)	Contenuto del documento
}		

8.2.16 Messaggio ACK^T10^ACK – ACK Document Replacement Notification and Content

Risposta alla notifica della sostituzione del documento.

Il messaggio ACK^T10^ACK è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 33 di 55
---	--	----------------------------------

[[SFT]]	Software segment	non usato
MSA	Message acknowledge	
[[ERR]]	Error information	

8.2.17 Messaggio OUL^R22^OUL_R22 –Order Results Management (Event R22)

Il messaggio contiene i risultati strutturati degli esami eseguiti dal laboratorio di analisi.

Il messaggio OUL^R22^OUL_R22 è costituito dai segmenti elencati nella tabella che segue.

Segmento	Descrizione	Note
MSH	Message Header	Indicazioni generali sul messaggio inviato.
EVN	Event Type	
PID	Patient Identification	Dati anagrafici del paziente
PV1	Patient Visit	Dati di accettazione
[[Risultati	
OBR		
[ORC]	Common Order Segment	
{OBX}	Observation/Result (one or more required)	
]]		


8.3 I segmenti dei messaggi

8.3.1 Segmento MSH: Message Header Segment

Il segmento MSH è uno dei segmenti di controllo. Fornisce una serie di informazioni generali, tra le quali:

- ❖ chi invia,
- ❖ chi riceve,
- ❖ quale messaggio si sta inviando,
- ❖ data e ora di creazione del messaggio,
- ❖ l'identificativo univoco per il riconoscimento del messaggio.

SEQ	LEN	DT	OPT	ELEMENT NAME	TBL	NOTE	ESEMPIO
1	1	ST	R	Field Separator		Contiene il carattere pipe “ ” ed identifica il carattere usato come separatore nel resto del messaggio.	
2	4	ST	R	Encoding Characters		Contiene i separatori utilizzati, ovvero “^~\&” per identificare il separatore, rispettivamente, del componente, di ripetizione, di escape e di sottocomponente.	^~\&
3	227	EI	O	Sending Application	Table 0361 – Application	Applicazione inviante	HIS_DEA
4	227	EI	O	Sending Facility	Table 0362 – Facility	L'entità organizzativa responsabile dell'invio delle informazioni. Ditta inviante	SINCOS
5	227	EI		Receiving Application	Table 0361 – Application	Applicazione ricevente	FSATO2
6	227	EI	O	Receiving Facility	Table 0362 – Facility	L'entità organizzativa che riceve le informazioni. Ditta ricevente	CSI

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 34 di 55
---	--	----------------------------------

7	26	TS	R	Date/Time Of Message		Data e ora in cui è stato creato il messaggio dal sistema inviante. Il formato è aaaammgghhMMss. Il valore è analogo al valore del campo EVN^ Recorded Date/Time.	20080104130101
9	15	CM	R	Message Type	Table 0076 message code Table 0003 trigger code	Tipo del messaggio HL7. L'informazione specifica il codice del messaggio (es: ADT, MDM, etc), il trigger event (R01, A01, etc)	MDM^T02
10	20	ST	R	Message Control ID		Identificativo unico del messaggio, generato dall' inviante.	34
11	3	PT	R	Processing ID	Table 0103 - Processing ID		P
12	60	VID	R	Version ID		Identifica la versione HL7 ed è utilizzata dal sistema ricevente per interpretare correttamente il messaggio. Il valore del campo è fissato a "2.5".	2.5

8.3.2 Segmento EVN: Event type

Il segmento EVN è uno dei segmenti di controllo. E' specificata una sola informazione richiesta:


- ❖ data e ora di creazione del messaggio.

SEQ	LEN	DT	OPT	ELEMENT NAME	TBL	NOTE	ESEMPIO
2	26	ID	R	Recorded Date/Time		Data e ora registrazione evento nel formato aaaammgghhMMss. Il valore è analogo al valore del campo MSH^ Date/Time Of Message.	20080104130101

8.3.3 Segmento PID: Patient identification

Il segmento PID contiene i dati del paziente.

SEQ	LEN	DT	OPT	ELEMENT NAME	TBL	NOTE	ESEMPIO
3	250	CX	R	Patient Identifier List		Lista degli identificativi associati al paziente, contiene le informazioni relative al: codice fiscale, codice TEAM, codice STP, identificativo anagrafe centrale, identificativo dell'anagrafe locale. Vedi nota (1)	RSSMRI69A03L219 D^^^NNITA~8038 0000100001234567^ ^^^HC^^^20100101 ~ 0101040000159^^^ PNT^^^20081231~1 9827^^^PZCE~928 73^^^PZLO
5	250	XP	R	Patient Name		Nome, cognome. Vedi nota (2)	MARIO^ROSSI
7	26	TS	O	Date/Time of Birth		Data di nascita nel formato	19690420

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 35 di 55
---	--	----------------------------------

						aaaammgg	
8	1	IS	O	Administrative sex	Table 0001 - Administrative Sex	Sesso del paziente	M
11	250	XAD	O	Patient Address		Domicilio, residenza, luogo di nascita del paziente. Vedi nota (3)	VIA ROMA&&20^^001272^^10100^100^L^^010~ VIA ROMA&&20^^001272^^10100^100^L^^010~^^001272^^^100^B
13	250	XTN	O	Phone Number – Home		Lista dei numeri di telefono (4)	^^^^^^^^^^0118236753~33882739278
16	250	CE	O	Marital Status	Table 0002 - Marital Status	Stato civile	M
26	250	CE	O	Citizenship	ISTAT	Cittadinanza	100
29	26	TS	O	Patient Death Date and Time		Data di morte nel formato aaaammgg	20071216

Note

(1) Struttura campo CX PID-3

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	Note	
1	15	ST	R		ID Number	Codice (fiscale, STP, anagrafico,...). Il codice fiscale è lungo 16 caratteri, ma, anche se eccedente le dimensioni del campo, deve essere riportato per intero	80380000100001234567
5	5	ID	O	Table 0203 - Identifier type	Identifier Type Code		HC
7	8	DT	O		Effective Date	Data di rilascio nel formato aaaammgg	20061231
8	8	DT	O		Expiration Date	Data di scadenza nel formato aaaammgg	20081231

Il codice fiscale è obbligatorio; in sua assenza è obbligatorio l'invio del codice PNT (STP). I due codici (fiscale e PNT) non possono essere valorizzati contemporaneamente.

Esempi:


RSSMRI69A03L219D^^^NNITA
 80380000100001234567^^^HC^^^20100101
 0101040000159^^^PNT^^^20081231
 19827^^^PZCE
 92873^^^PZLO

(2) Struttura campo XPN PID-5

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	Note
1	194	FN	O		Family Name	Cognome
2	30	ST	O		Given Name	Nome

Esempio:

MARIO^ROSSI

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 36 di 55
---	--	----------------------------------

(3) Struttura campo XAD PID-11

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	Note
1	184	SAD	O		Street name	Indirizzo nel formato “indirizzo&&numero civico”
3	50	ST	O	ISTAT	City	Codice del Comune
5	12	ST	O		Zip or postal Code	CAP
6	3	ID	O	ISTAT	Country	Codice dello stato
7	3	ID	O	Table 0190 - Address type	Address type	Tipo di indirizzo
9	20	IS	O	ISTAT	County	Regione

Per il luogo di nascita deve essere valorizzato solo i campi 3 e 6.

Esempi:

VIA ROMA&&20^001272^10100^100^L^010

VIA ROMA&&20^001272^10100^100^H^010

^001272^^100^B^010

^^^^257^B

(4) Struttura campo XTN PID-13

Esempi:

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	Note
12	199	ST	C		Unformatted Telephone number	Numeri di telefono

Esempi:

^^^^^^^^^^011/9482753~335938473

8.3.4 Segmento PV1: Patient visit segment

Il segmento PV1 contiene i dati caratterizzanti dell'episodio:

- ❖ tipologia dell'accesso del paziente,
- ❖ struttura e medico che effettua la prestazione,
- ❖ identificativo univo dell'episodio,
- ❖ informazioni sull'accettazione e dimissione del paziente.

SEQ	LEN	DT	OPT	ELEMENT NAME	TBL	NOTE	ESEMPIO
2	1	IS	R	Patient class	Table 0004 Patient class	Tipologia dell'accesso del paziente	E
3	80	PL	O	Assigned patient location	ISTAT	Struttura, UO e matricola della UP: <matricola UP>^^<STS11> oppure <matricola UP>^^<HSP11+BIS>&<UO> Vedi nota (1).	2209^^000031 (dispensario centrale igiene sociale, allergologia attività clinica) 2000^^01001100&0801 (S.Giovanni Bosco SC Cardiologia, ricoveri ordinari)
6	80	PL	O	Prior patient location	ISTAT	Struttura, UO e matricola della UP: <matricola UP>^^<STS11> Ad uso dell'ADT per inviare la precedente unità operativa di ricovero	2000^^01001100&0801 (S.Giovanni Bosco SC Cardiologia, ricoveri ordinari)
9	250	XCN	O	Consulting Doctor		Medico che effettua la visita	

						ambulatoriale. Vedi nota (3).	
11	80	PL	O	Temporary Location	ISTAT	Struttura e UO richiedente: ^^^<STS11> oppure ^^^<HSP11+ BIS>&<UO> Usato per inviare l'unità operativa richiedente. Dato obbligatorio solo per le richieste da Pronto Soccorso, Cartella Clinica, sistemi di gestione del ricovero. Vedi nota (1).	^^^01001100&0801 (S.Giovanni Bosco SC Cardiologia)
19	250	CX	O	Visit Number		Può contenere <ul style="list-style-type: none"> per le diagnostiche il numero di passaggio della diagnostica per il pronto soccorso il numero di passaggio in pronto soccorso per la cartella clinica il numero di accesso in cartella clinica per la gestione del ricovero il numero di SDO Vedi nota (2)	65353543674^^^LIS
36	3	IS	O	Discharge Disposition	Table CSI 001 – Modalità di dimissione	Può contenere: <ul style="list-style-type: none"> la modalità di dimissione dal pronto soccorso la modalità di dimissione dal ricovero vuoto per le prestazioni ambulatoriali 	2
44	26	TS	O	Admit Date/Time		Può contenere: <ul style="list-style-type: none"> Data e ora di accettazione del ricovero, oppure Data e ora della visita ambulatoriale, oppure Data e ora di accesso al pronto soccorso. Nel formato aaaammgghhmm.	200712041505
45	26	TS	O	Discharge Date/Time		Può contenere: <ul style="list-style-type: none"> Data e ora di dimissione, oppure Data e ora di uscita dal pronto soccorso. Data e ora di chiusura della visita ambulatoriale 	200712041715
50	250	CX	O	Alternate Visit ID		E' il codice univoco dell'episodio sul sistema originante la richiesta. A seconda del richiedente può	200712041715^^^PS

						contenere: <ul style="list-style-type: none"> In caso di richiesta da pronto soccorso il numero di passaggio di pronto soccorso per il pronto soccorso; numero di accesso in cartella clinica per le cartelle cliniche ambulatoriali; numero di SDO per applicativi che gestiscono il ricovero; L'informazione è necessaria per permettere la modificabilità dei dati. Vedi nota (4)	
--	--	--	--	--	--	--	--

(1) Struttura campo PL PV1-3

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	20	IS	O		Point of care	Matricola unità operativa	2209
4	227	HD	O	ISTAT	Facility	Struttura sanitaria (HSP11 + BIS oppure STS11) & Unità operativa (Codice specialità + progressivo, 4 caratteri)	^^^01001100&0801

(2) Struttura campo CX PV1-19

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	15	ST	R		ID Number	Può contenere: <ul style="list-style-type: none"> numero di passaggio di pronto soccorso; numero di accesso in cartella clinica nel formato anno (yyyy) + numero; numero di SDO; identificativo richiesta anatomia patologica; numero di accesso per la radiologia; numero di accesso per il laboratorio analisi 	2008000000143
5	5	ID	O	Table 0363 – Assigning Authority	Assigning Authority Code	Tipo di richiesta. E' il codice dell'applicativo che ha generato l'identificativo. Usato per individuare il tipo di richiesta.	LIS

(3) Struttura campo XCN PV1-9

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	15	ST	O		ID Number	Codice del medico secondo la codifica regionale per MMG	
2	194	FN	O		Family Name	Cognome del Medico (1)	
3	30	ST	O		Given Name	Nome del medico	

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 39 di 55
---	--	----------------------------------

Se il medico è contenuto nell'archivio locale in formato testuale, riportarlo in questo campo lasciando il campo 3 vuoto.
 Se esiste ID Number non vengono valorizzati i campi 2 e 3.

(4) Struttura campo CX PV1-50

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	15	ST	R		ID Number	Può contenere: <ul style="list-style-type: none"> numero di passaggio di pronto soccorso numero di accesso in cartella clinica nel formato anno (yyyy) + numero numero di SDO 	2008000000143
5	5	ID	O	Table 0363 – Assigning Authority	Assigning Authority Code	Tipo di richiesta. E' il codice dell'applicativo originante la richiesta che ha generato l'identificativo. Usato per individuare il tipo di richiesta.	PS


8.3.5 Segmento TXA: Transcription Document Header

Il segmento TXA contiene i dati caratterizzanti del documento:

- ❖ tipologia, formato, stato e identificativo unico del documento,
- ❖ livello di validazione del documento e medici che hanno redatto e autenticato il documento.

La struttura del messaggio MDM^T02 prevede la presenza di un solo segmento TXA (e quindi, la specifica di un solo identificativo di documento), pertanto, nell'ipotesi che debbano essere inviati più documenti/referti, è necessario generare un messaggio MDM^T02 per ogni documento/referto.

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	4	SI	R		Set ID- TXA	Dato non utilizzato, impostato ad "1".	1
2	30	IS	R	Table 0270 – Document Type	Document Type	Tipologia del documento.	AMB
3	2	ID	C	Table 0191 – Type Of Referenced Data	Document Content Presentation	E' il formato dell'allegato, qualora esso sia presente nel messaggio.	MU
9	250	XCN	O		Originator Code/Name	Lista dei medici che redigono il documento, è usato	^Rossi^Mario~^Bianchi^Luca
12	30	EI	R		Unique Document Number	Numero univoco del documento generato/gestito dall'entità organizzativa responsabile dell'invio delle informazioni.	^^198237
13	30	EI	C		Parent Document Number	Numero univoco del documento che deve essere sostituito	^^198256
17	2	ID	R	Table 0271 – Document Completion Status	Document Completion Status	Livello di completamento del documento. Gli unici valori dello stato presi in esame sono quelli che indicano che il documento è stato validato	AU

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 40 di 55
---	--	----------------------------------

						manualmente o legalmente.	
18	2	ID	O	Table 0272 – Document Confidentiality Status	Document Confidentiality Status	Valorizzato a “R”	R
22	250	PPN	C		Authentication Person, Time stamp	Lista dei medici che hanno autenticato o firmato il documento e quando. Secondo le specifiche HL7, se TXA-17 è valorizzato con AU o LA, LA TXA-22 deve essere valorizzato. Per il verbale di pronto soccorso e la lettera di dimissione coincide con il medico dimettente.	^Rossi^Mario^^^^^^^^ ^200712041032~^Bianchi^Luca^^^^^^^^^^ 200712041100

(1) Struttura campo XCN TXA-9

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	Note	ESEMPIO
2	194	FN	O		Family name	Cognome	Rossi
3	30	ST	O		Given name	Nome	Mario

(2) Struttura campo PPN TXA-22

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	Note	ESEMPIO
1	15	ST	O		ID Number	Codice della persona che autentica	
2	194	FN	O		Family name	Cognome	Rossi
3	30	ST	O		Given name	Nome	Mario
15	26	TS	O		Date/Time Action Performed	Data e ora dell'autenticazione nel formato aaammgghmm	200712041032

8.3.6 Segmento ADD: Addendum Segment.

NON USARE

8.3.7 Segmento OBX: Observation Segment

Il segmento OBX contiene i dati strutturati ed il testo del documento.

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	4	SI	R		Set ID- OBX	Numero da sequenza dell'obx: se nel messaggio ci sono più OBX, ognuno avrà un id crescente.	1
2	2	ID	R	Table – 0125 Value Type	Value Type	Specifica il tipo di OBX.	ED
3	250	CE	O	Table CSI 002- Tipo di documento	Observation Identifier	E' l'identificativo univoco dell'observation (OBX): <ul style="list-style-type: none"> per le prestazioni è costituito dal codice branca e dal codice prestazione e dal codice secondo la codifica dell'applicativo inviante. Vedi nota (1). per il tipo ED (quindi 	REFERTO

						l'observation contiene un referto) contiene la tipologia di documento. • per il tipo RP non è valorizzato	
4	20	ST	O		Observation Sub-Id	E' un sotto identificativo utilizzato per specificare dati in più segmenti OBX che si riferiscono alla stessa prestazione (Observation Identifier). Il raggruppamento è realizzato specificando lo stesso Observation Sub-Id per ogni informazione dell'observation.	1
5	*	*	C/R		Observation Value	Valore dell'informazione contenuta nell'OBX o valore dell'esame. Nel caso di un allegato, sarà il contenuto dell'allegato in formato base64 utilizzando il tipo ED.	
11	1	ID	R/NA	Table 0085 - Observation result status codes interpretation	Observation Result Status	Il campo è valorizzato con "F" quando viene inviato un nuovo documento oppure un dato strutturato validato. Assume valore "C" quando viene inviata una modifica di un dato strutturato oppure un documento che deve sostituire un documento già inviato. Assume valore "D" quando viene inviata una cancellazione di un dato strutturato.	F
13	20	TS	C		User Defined Access Checks	Quantità, utilizzato per indicare il numero di volte che è stata eseguita una prestazione, se è stata eseguita una sola volta conterrà il valore 1. Nel caso l'OBX non si riferisca ad una prestazione il campo non sarà valorizzato.	
14	26	TS	O		Date/Time of Observation	Data e ora di erogazione, nel caso della prestazione. Vuota negli altri casi. Il formato è aaaammgghhmm.	200712061505

(1) Struttura campo CE OBX-3

Se il campo identifica una prestazione:

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	Note	ESEMPIO
1	20	ST	O		Identifier	Codice della prestazione secondo la codifica regionale, carattere &, disciplina	89.7&01
2	199	ST	O		Text	Descrizione della prestazione.	Visita generale
3	20	ID	O	Table 0396 -	Name of Coding System	Sistema di codifica della	99RPR

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 42 di 55
---	--	----------------------------------

				Coding system		prestazione. Il valore è 99RPR.	
4	20	ST	O		Alternate Identifier	Codice della prestazione secondo la codifica presente nel catalogo dell'applicativo inviante.	101
5	199	ST	O		Alternate Text	Descrizione della prestazione presente nel catalogo dell'applicativo inviante.	Visita di allergologia
6	20	ID	O	Table 0396 - Coding system	Name of Alternate Coding System	Sistema di codifica locale. Il valore è 99LPR.	99LPR

Se il campo identifica il tipo di documento allegato nell'OBX:

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	20	ST	O	Table CSI 002 – Tipo di documento	Identifier	Codice del tipo di documento	REFERTO
3	20	ID	O	Table 0396 - Coding system	Name of Coding System	99CDO	99CDO

(2) Struttura campo ED OBX-5

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
2	9	ID	R	Table 0191 - Type Of Referenced Data	Type of data		multipart
3	18	ID	O	Table 0291 - Data Subtype	Data Subtype		Octet-Stream
4	6	ID	R	Table 0299 - Encoding	Encoding		Base64
5	65536	TX	R		Data		

Struttura campo RP OBX-5

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	15	ST	R		Pointer		1555487
3	9	ID	R	Table 0191 - Type Of Referenced Data	Type of Data		IM
4	19	ID	R	Table 0291 - Data Subtype	Subtype		DICOM

Esempio:

^multipart^Octet-Stream^Base64^JVBERi0xLjMKJcfsj6IKOCAwIG9iago8PC9MZW5n/GggOSAwIFlvrmlsdGVyIC9GbGF0ZURl

N.B. Anche se l'allegato supera 65536 byte in formato base64 deve comunque essere scritto completamente in questo campo senza suddividerlo.

Esempi di utilizzo del segmento OBX.

Esempio 1. Sono state erogate due prestazioni (visita e prick) e ad esse, è associato un solo referto:

OBX|1|CE|89.7&01^99RPR^100^99LPR|1|||||F|1|200703060930

OBX|2|CE|91.90.6&01^99RPR^201^99LPR|1|||||F|1|200703060930

OBX|3|ED|REFERTO|1|<testo del referto>

Esempio 2. È stata erogata una prestazione e ad essa sono associati due risultati strutturati diversi per la stessa prestazione (il codice prestazione è uguale, l'Observation Sub-Id è diverso)

OBX|1|CE|<prestazione1>|1|<valore 1>|||||F|1|200703060930

OBX|2|CE|<prestazione2>|2|<valore 2>|||||F|1|200703060930

Esempio 3. È stata erogata una prestazione e ad essa, è associato un referto codificato in base64 il cui testo supera 65536 byte:

OBX|1|CE|89.7&01^99RPR^101^99LPR|1|||||F|1|200703060930

OBX|2|ED|REFERTO|1|<testo del referto con dimensione superiore a 65536>

Esempio 4. È stata erogata una prestazione e ad essa è associato un riferimento ad un'immagine DICOM ed un referto codificato in base64 il cui testo supera 65536 byte:

OBX|1|CE|88.22&01^99RPR^101^99LPR|1|||||F|1|200703060930

OBX|2|RP||1|1235547^IM^DICOM|||||F

OBX|3|ED|REFERTO-RIS^99CDO|1|<testo del referto con dimensione superiore a 65536>

(3) Struttura campo CE OBX-5

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	20	ST	O		Identifier	Codice del valore	531
2	199	ST	O		Text	Testo	ULCERA GASTRICA
3	20	ID	O	Table 0396 - Coding system	Name of Coding System	Sistema di codifica utilizzato	I9C

(4) Struttura campo ST OBX-5


SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	199				String data		

Struttura del segmento OBX per valori esami del laboratorio di analisi:

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	4	SI	R		Set ID- OBX	Numero da sequenza dell'obx: se nel messaggio ci sono più OBX, ognuno avrà un id crescente.	1
2	2	ID	R	Table – 0125 Value Type	Value Type	Può assumere i valori: ❖ "SN" --> risultato alfanumerico oppure antibiotico ❖ "NM" --> risultato numerico oppure microrganismo	NM

						❖ “CE” --> sigla ❖ “TS” --> altrimenti	
3	250	CE	O	Table CSI 002- Tipo di documento	Observation Identifier	Analisi singola: 1)Per un risultato “standard”: OBX-3^0 id. analisi OBX-3^1 nome analisi OBX-3^2 “ESEL” OBX-3^3 id. analisi “@” versione OBX-3^5 “ESEL” 2)Per un microrganismo: OBX-3^0 “11475-1” OBX-3^1 “Micro organism identified” OBX-3^2 “LN” 3)Per un antibiotico: OBX-3^0 id. antibiotico OBX-3^1 nome antibiotico OBX-3^2 “ESEL”	A11^GLUCOSIO^LN^
4	20	ST	O		Observation Sub-Id	Usato solo per i microrganismi e gli antibiotici (progressivo del germe)	
5	*	*	C/R		Observation Value	Valore del risultato. Per i microrganismi è : OBX-5^0 id. microrganismo OBX-5^1 nome microrganismo OBX-5^2 “ESEL” Per gli antibiotici è la MIC	10
6	250	CE	O		Units	Unità di misura	ng/ml
7	60	ST	O		References Range	Valori di riferimento dell’esame	>12
8	5	IS	O		Abnormal flags	Flag di anomalia per i risultati: “N” --> Normale “A” --> Patologico “AA” --> Non Accettabile oppure sigla R, S, I per gli antibiotici	N
11	1	ID	R/NA	Table 0085 - Observation result status codes interpretation	Observation Result Status	Il campo è valorizzato con “F” per indicare che i dati sono stati validati	F
13	20	TS	C		User Defined Access Checks	Numero di microrganismi identificati	
14	26	TS	O		Date/Time of Observation	Data della validazione clinica	

8.3.8 Segmento OBR: Observation Request Segment

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 45 di 55
---	--	----------------------------------

Il segmento OBR è uno dei segmenti di controllo ed è obbligatorio nella struttura del messaggio OUL^R22.

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	4	SI	O		Set ID-OBR	Progressivo	1
4	250	CE	R		Universal Service Identifier	Codice della prestazione di raggruppamento secondo la codifica del catalogo del LIS	100^Emocromo^ESEL

8.3.9 Segmento MSA: Message Acknowledgment Segment

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	2	ID	R	Table 0008 Acknowledgement code	Acknowledgment Code	Messaggio elaborato correttamente o errore	AA
2	20	ST	R		Message Control ID	Identificativo unico del messaggio, generato dall'inviante, cui l'ACK è riferito.	34

8.3.10 Segmento ERR: Error segment

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
3	705	CWE	R	Table 0357	HL7 Error Code	Codice di errore HL7	207
4	2	ID	R	Table 0516	Severity		
5	705	CWE	O	Table 0533	Application Error Code	Codice e descrizione di errore generato dell'applicativo che risponde	^ Codice regione inesistente

(1) Struttura campo CWE ERR-5

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	20	ST	O		Identifier	Codice identificativo dell'errore	1000
2	199	ST	O		Text	Testo dell'errore	Codice regione inesistente

8.3.11 Segmento ORC: Common Order

Utilizzato per l'invio dei dati del laboratorio di analisi

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL	COMPONENT NAME	NOTE	ESEMPIO
1	2	ID	R	0119	Order Control		NW
4	22	EI	O		Placer Group Number		identificativo della richiesta

9. Tabelle di codifica HL7

Il presente capitolo descrive tutte le tabelle di codifica utilizzate nel progetto.

9.1 Table 0001 - Administrative Sex

Sesso del paziente.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
F	Female	Femmina
M	Male	Maschio
U	Unknown	Sconosciuto

9.2 Table 0002 - Marital Status

Stato civile.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
A	SEPARATED	SEPARATO/A
D	DIVORCED	DIVORZIATO/A
M	MARRIED	CONIUGATO/A
S	SINGLE	CELIBE/NUBILE
W	WIDOWED	VEDOVO/A
U	UNKNOWN	SCONOSCIUTO
T	UNREPORTED	NON DICHIARATO

9.3 Table 0004 – Patient Class

Provenienza del paziente.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
E	Emergency	Dati provenienti dal Pronto Soccorso (PS/DEA)
I	Inpatient	Paziente ricoverato (RO, DH, DS)
O	Outpatient	Paziente ambulatoriale (AMB)

9.4 Table 0008 Acknowledgement code

Ditta inviante o ricevente.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
AA	Application Accept	Il messaggio è stato correttamente processato
AE	Application Error	Si è verificato un errore sintattico
CE	Commit Error	Si è verificato un errore sul DBMS

9.5 Table 0076 - Message Type - e Table 0003 Event Type

Tipo di messaggio.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
ADT^A01^ADT_A01	ADT^A01^ADT_A01	Utilizzato nel messaggio “Notifica dell'accettazione del ricovero”
ACK^A01^ACK	ACK^A01^ACK	Acknowledgde a ADT^A01
ADT^A02^ADT_A02	ADT^A02^ADT_A02	Utilizzato nel messaggio “Notifica del trasferimento di un paziente ricoverato”
ACK^A01^ACK	ACK^A02^ACK	Acknowledgde a ADT^A02
ADT^A03^ADT_A03	ADT^A03^ADT_A03	Utilizzato nel messaggio “Notifica della dimissione di un paziente ricoverato”

ACK^A03^ACK	ACK^A03^ACK	Acknowledged a ADT^A03
ADT^A08^ADT_A08	ADT^A08^ADT_A08	Utilizzato nel messaggio “Notifica della modifica dei dati di ricovero”
ACK^A08^ACK	ACK^A08^ACK	Acknowledged a ADT^A08
ADT^A11^ADT_A11	ADT^A11^ADT_A11	Utilizzato nel messaggio “Notifica dell’annullamento ricovero”
ACK^A11^ACK	ACK^A11^ACK	Acknowledged a ADT^A11
ADT^A12^ADT_A12	ADT^A12^ADT_A12	Utilizzato nel messaggio “Notifica della cancellazione del trasferimento paziente ricoverato”
ACK^A12^ACK	ACK^A12^ACK	Acknowledged a ADT^A12
MDM^T02	MDM^T02	Utilizzato nel messaggio “Notifica della creazione del documento”
ACK^T02^ACK	ACK^T02^ACK	Acknowledged a MDM^T02
MDM^T10	MDM^T10	Utilizzato nel messaggio “Notifica della sostituzione del documento”
ACK^T10^ACK	ACK^T10^ACK	Acknowledged a MDM^T10
OML^O21^OML_O21	OML^O21^OML_O21	Utilizzato nel messaggio “Richiesta apertura episodio del laboratorio di analisi (presa in carico esami)”
OUL^R22^OUL_R22	OUL^R22^OUL_R22	Utilizzato nel messaggio “Notifica dei risultati del laboratorio di analisi”

9.6 Table 0085 - Observation result status codes interpretation

Codifica dello stato del segmento OBX (dato strutturato oppure documento).

Codice	Descrizione	Descrizione d’uso
	<i>Identificativi HL7</i>	
F	Final results; Can only be changed with a corrected result.	Stato del dato/informazione e del documento inviato per la prima volta.
C	Record coming over is a correction and thus replaces a final result	Stato che indica che il valore che viene inviato è stato modificato.
D	Deletes the OBX record	Stato che indica la cancellazione del dato.

9.7 Table 0103 - Processing ID


Definisce in quale ambiente è stato costruito il messaggio. Il valore utilizzato è fisso.

Codice	Descrizione	Descrizione d’uso
	<i>Identificativi HL7</i>	
P	Production	Produzione

9.8 Table 0123 - Result Status

Codifica dello stato del segmento OBR (episodio).

Codice	Descrizione	Descrizione d’uso
	<i>Identificativi HL7</i>	
F	Final results; results stored and verified. Can only be changed with a corrected result.	Stato dell’episodio che viene inviato per la prima volta.
X	No results available; Order canceled.	

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 48 di 55
---	--	----------------------------------

9.9 Table 0125 – Value Type

Tipologia del dato caratterizzato all'interno di un OBX.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi HL7</i>	
CE	Coded Entry	Utilizzato per registrare dati codificati.
ED	Encapsulated Data	Utilizzato per allegati in formato PDF.
TX	Text Data (Display)	Utilizzato per allegati testuali.
ST	String Data.	Utilizzato per registrare informazioni testuali (per esempio allergie e patologie)
RP	Reference Pointer	Utilizzato per registrare riferimenti a risorse esterne al Fascicolo Sanitaria Aziendale

9.10 Table 0190 - Address type

Tipo di indirizzo.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi HL7</i>	
H	Home	Domicilio
L	Legal Address	Residenza
B	Birth	Luogo di nascita

9.11 Table 0191 – Type Of Referenced Data

Specifica il formato dell'allegato; l'informazione è presente nel segmento TXA; il testo del referto/documento è presente nel segmento OBX.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi HL7</i>	
TEXT	Machine readable text document (HL7 V2.3.1 and later)	
multipart	MIME multipart package	usato per i pdf
	<i>Identificativi (estensione CSI)</i>	
MU	Multipart	Per il campo TXA-3
IM	Image Data	Usato le immagini (campo TXA-3)

9.12 Table 0203 - Identifier type

Tabella con la codifica delle autorità che assegnano gli identificativi.

Il codice può essere lungo al massimo 5 caratteri.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi anagrafici(HL7)</i>	
NNITA	National Person Identifier where the xxx is the ISO table 3166 3-character (alphabetic) country code	Codice fiscale
PNT	Temporary Living Subject Number	Codice STP
HC	Health Card Number	Tessera Team
SS	Social Security number	Tessera sanitaria
	<i>Identificativi anagrafici(estensione CSI)</i>	
PZCE	Codice anagrafico anagrafe centrale	
PZLO	Codice anagrafico anagrafe locale	
AURA	Codice anagrafico dell'Anagrafe Unica della Regione Piemonte degli Assistibili	
	<i>Identificativi di accesso (estensione CSI)</i>	
PS	Passaggio di pronto soccorso	
SDO	Numero della SDO	
CC	Numero di passaggio in cartella clinica	

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 49 di 55
---	--	----------------------------------

AP	Identificativo richiesta dell'anatomia patologica	
RADIO	Numero di accesso in radiologia	
LIS	Identificativo richiesta di laboratorio analisi	

9.13 Table 0270 – Document Type

Tipologia del documento; l'informazione è contenuta nel segmento TXA.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi HL7</i>	
	-	
	<i>Identificativi (estensione CSI)</i>	
LIS	Laboratorio di analisi	
AP	Anatomia Patologica	
AMB	Episodio Ambulatoriale	
RIC	Episodio di ricovero (Ordinario, day hospital, day surgery)	
DEA	Episodio di pronto soccorso	
RIS	Radiologia	

9.14 Table 0271 - Document Completion Status

Stato di completezza del documento; l'informazione è contenuta nel segmento TXA.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi HL7</i>	
AU	Authenticated	Autenticato
LA	Legally authenticated	Firmato

9.15 Table 0272 - Document Confidentiality Status

Livello di riservatezza del documento.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi HL7</i>	
R	Restricted	Accesso ristretto

9.16 Table 0291 – Data Subtype

Sottotipo del dato; usato per i documenti.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi HL7</i>	
Octet-stream	Uninterpreted binary data	usato per i pdf
DICOM	Digital Imaging and Communications in Medicine	usato per le immagini DICOM

9.17 Table 0299 – Encoding

Codifica; usato per i documenti.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi HL7</i>	
Base64	Encoding as defined by MIME standard RFC 1521	usato per i pdf

9.18 Table 0357 – Message error condition codes

Applicazione inviante o ricevente.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
0	Message accepted	Success. Optional, as the AA conveys success.


		Used for systems that must always return a status code.
100	Segment sequence error	Error: The message segments were not in the proper order, or required segments are missing.
101	Required field missing	Error: A required field is missing from a segment
102	Data type error	Error: The field contained data of the wrong data type, e.g. an NM field contained "FOO".
103	Table value not found	Error: A field of data type ID or IS was compared against the corresponding table, and no match was found.
200	Unsupported message type	Rejection: The Message Type is not supported.
201	Unsupported event code	Rejection: The Event Code is not supported.
202	Unsupported processing id	Rejection: The Processing ID is not supported.
203	Unsupported version id	Rejection: The Version ID is not supported.
204	Unknown key identifier	Rejection: The ID of the patient, order, etc., was not found. Used for transactions other than additions, e.g. transfer of a non-existent patient.
205	Duplicate key identifier	Rejection: The ID of the patient, order, etc., already exists. Used in response to addition transactions (Admit, New Order, etc.).
206	Application record locked	Rejection: The transaction could not be performed at the application storage level, e.g., database locked.
207	Application internal error	Rejection: A catchall for internal errors not explicitly covered by other codes.

In caso di errore non dovuto al formato HL7 verrà inviato 207.

9.19 Table 0361 –Application

Applicazione inviante o ricevente.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi CSI</i>	
FSATO2	Fascicolo sanitari aziendale asl Torino 2	
HIS_DEA	Pronto soccorso ex ASL4	
HIS_AMB	Cartella clinica allergologia e pneumologia ex ASL 4	
PATO2000	Anatomia patologica ex ASL4	
INFOCLIN1	Cartella clinica di cardiologia	Prima installazione
INFOCLIN2	Cartella clinica di cardiologia	Seconda installazione
IE-DEA	Pronto soccorso ex ASL 3	
INFOCLIN	Cartella clinica di cardiologia	
ADTWEB	ADT ESEL	
OPENLIS	LIS ESEL	
ELIOT	SIT ESEL	
XMPI	Anagrafe centrale ESEL	
WINSAP	Anatomia patologica ESEL	
DNLAB	LIS NOEMALIFE	
IMAGOWEB	Radiologia Elco	
	Da completare	

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 51 di 55
---	--	----------------------------------

9.20 Table 0362 –Facility

L'entità organizzativa responsabile dell'invio o della ricezione delle informazioni. Ditta inviante o ricevente.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi CSI</i>	
CSI	CSI-Piemonte	
SINCOS	SINCOS	
ADC	ADC-SISTEMI	
EIM	EUROSOFT	
GPI	GPI	
NOEMALIFE	NOEMALIFE	
ESEL	Engi sanità	
3B	3B	
	Da completare	

9.21 Table 0363 – Assigning authority

Applicativo che genera il codice, usato per individuare il tipo del codice di richiesta.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi CSI</i>	
PS	Pronto soccorso	
SDO	Gestione ricovero	
CC	Cartella clinica	
AP	Anatomia patologica	
LIS	Laboratorio analisi	
RIS	Radiologia	

9.22 Table 0396 – Coding system table

Sistemi di codifica utilizzati per caratterizzare le informazioni (prestazioni, etc).

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
99zzz	Local general code (where z is an alphanumeric character)	99CDO: codifica CSI per i tipi di documenti 99RPR: codifica regionale della prestazione 99LPR: codifica locale della prestazione
I9C	ICD-9CM - Commission on Professional and Hospital Activities, 1968 Green Road, Ann Arbor, MI 48105 (includes all procedures and diagnostic tests).	

9.23 Table 0516 – Error severity

Livello di gravità dell'errore.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
W	Warning	Transaction successful, but there may issues
I	Information	Transaction was successful but includes information e.g., inform patient
E	Error	Transaction was unsuccessful

In caso di comunicazione di errore verrà inviato E.

9.24 Table 0533 – Application error code

Errori restituiti dal Fascicolo sanitario aziendale


Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
APPL0001	<MESSAGGIO> (MSH): Tipologia di messaggio non supportata	
APPL0002	<MESSAGGIO> (MSH): Destinatario del messaggio errato	
APPL0003	<MESSAGGIO> (MSH): Versione del messaggio non supportata	
APPL1001	<MESSAGGIO> (MSH): dato Ditta Inviante obbligatorio	
APPL1002	<MESSAGGIO> (MSH): codice Ditta Inviante errato	
APPL1003	<MESSAGGIO> (MSH): dato Applicazione Ricevente obbligatorio	
APPL1004	<MESSAGGIO> (MSH): codice Applicazione Ricevente errato	
APPL1005	<MESSAGGIO> (MSH): dato Ditta Ricevente obbligatorio	
APPL1006	<MESSAGGIO> (MSH): codice Ditta Ricevente errato	
APPL1007	<MESSAGGIO> (MSH): dato DataOra Creazione Messaggio obbligatorio	
APPL1008	<MESSAGGIO> (MSH): formato DataOra Creazione Messaggio errato	
APPL1009	<MESSAGGIO> (MSH): dato Id Messaggio obbligatorio	
APPL1010	<MESSAGGIO> (MSH): dato Processing Id obbligatorio	
APPL1011	<MESSAGGIO> (MSH): dato Versione HL7 obbligatorio	
APPL1012	<MESSAGGIO> (MSH): dato Applicazione Inviante obbligatorio	
APPL1013	<MESSAGGIO> (MSH): codice Applicazione Inviante errato	
APPL2001	<MESSAGGIO> (PID): dato Codice Fiscale o Codice STP obbligatorio	
APPL2002	<MESSAGGIO> (PID): formato Codice Fiscale errato	
APPL2003	<MESSAGGIO> (PID): formato Codice STP errato	
APPL2004	<MESSAGGIO> (PID): dato ID Paziente Locale obbligatorio	
APPL2005	<MESSAGGIO> (PID): dato Luogo di Nascita obbligatorio	
APPL2006	<MESSAGGIO> (PID): codice Luogo di Nascita errato	
APPL2007	<MESSAGGIO> (PID): dato Cognome obbligatorio	
APPL2008	<MESSAGGIO> (PID): dato Nome obbligatorio	
APPL2009	<MESSAGGIO> (PID): dato Sesso obbligatorio	
APPL2010	<MESSAGGIO> (PID): codice Sesso errato	
APPL2011	<MESSAGGIO> (PID): dato Data di Nascita obbligatorio	
APPL2012	<MESSAGGIO> (PID): formato Data di Nascita errato	
APPL2013	<MESSAGGIO> (PID): codice Stato Civile errato	
APPL2014	<MESSAGGIO> (PID): codice Cittadinanza errato	
APPL2015	<MESSAGGIO> (PID): codice CAP di Residenza o Domicilio errato	
APPL2016	<MESSAGGIO> (PID): codice Comune di Residenza o Domicilio errato	
APPL2017	<MESSAGGIO> (PID): codice Stato di Residenza o Domicilio errato	
APPL2018	<MESSAGGIO> (PID): formato Tessera Sanitaria non corretto	
APPL2019	<MESSAGGIO> (PID): formato TEAM non corretto	
APPL2020	<MESSAGGIO> (PID): formato Indirizzo di Domicilio o Residenza non corretto	
APPL2021	<MESSAGGIO> (PID): formato Data di Decesso errato	
APPL3001	<MESSAGGIO> (PV1): dato Classe Paziente obbligatorio	
APPL3002	<MESSAGGIO> (PV1): codice Classe Paziente errato	
APPL3003	<MESSAGGIO> (PV1): dato Struttura Ospedaliera Erogante obbligatorio	
APPL3004	<MESSAGGIO> (PV1): codice Struttura Ospedaliera Erogante errato	
APPL3005	<MESSAGGIO> (PV1): dato UO Erogante obbligatorio	
APPL3006	<MESSAGGIO> (PV1): codice UO Erogante errato	
APPL3007	<MESSAGGIO> (PV1): dato Struttura Ospedaliera Precedente obbligatorio	
APPL3008	<MESSAGGIO> (PV1): codice Struttura Ospedaliera Precedente errato	
APPL3009	<MESSAGGIO> (PV1): dato UO Precedente obbligatorio	
APPL3010	<MESSAGGIO> (PV1): codice UO Precedente errato	
APPL3011	<MESSAGGIO> (PV1): dato Struttura Ospedaliera Richiedente obbligatorio	
APPL3012	<MESSAGGIO> (PV1): codice Struttura Ospedaliera Richiedente errato	
APPL3013	<MESSAGGIO> (PV1): dato UO Richiedente obbligatorio	
APPL3014	<MESSAGGIO> (PV1): codice UO Richiedente errato	

APPL3015	<MESSAGGIO> (PV1): dato Numero Accettazione Erogante obbligatorio	
APPL3016	<MESSAGGIO> (PV1): dato Numero Accettazione Richiedente obbligatorio	
APPL3017	<MESSAGGIO> (PV1): dato Modalità di Dimissione obbligatorio	
APPL3018	<MESSAGGIO> (PV1): codice Modalità di Dimissione errato	
APPL3019	<MESSAGGIO> (PV1): dato Data Accettazione obbligatorio	
APPL3020	<MESSAGGIO> (PV1): formato Data Accettazione errato	
APPL3021	<MESSAGGIO> (PV1): dato Data Dimissione obbligatorio	
APPL3022	<MESSAGGIO> (PV1): formato Data Dimissione errato	
APPL4001	<MESSAGGIO> (TXA): dato Tipologia Documento obbligatorio	
APPL4002	<MESSAGGIO> (TXA): codice Tipologia Documento errato	
APPL4003	<MESSAGGIO> (TXA): dato Formato Allegato obbligatorio	
APPL4004	<MESSAGGIO> (TXA): codice Formato Allegato errato	
APPL4005	<MESSAGGIO> (TXA): dato Id Documento obbligatorio	
APPL4006	<MESSAGGIO> (TXA): dato Id Documento da Sostituire obbligatorio	
APPL4007	<MESSAGGIO> (TXA): Id Documento da Sostituire inesistente	
APPL4008	<MESSAGGIO> (TXA): codice Validazione Documento errato	
APPL4009	<MESSAGGIO> (TXA): codice Riservatezza Documento errato	
APPL5001	<MESSAGGIO> (OBX): dato Numero Sequenza OBX obbligatorio	
APPL5002	<MESSAGGIO> (OBX): dato Tipo OBX obbligatorio	
APPL5003	<MESSAGGIO> (OBX): codice Tipo OBX errato	
APPL5004	<MESSAGGIO> (OBX): dato Id OBX obbligatorio	
APPL5005	<MESSAGGIO> (OBX): formato DataOra di Osservazione errato	
APPL5006	<MESSAGGIO> (OBX): codice Risultato errato	
APPL5007	<MESSAGGIO> (OBX): codice Prestazione Regionale errato	
APPL5008	<MESSAGGIO> (OBX): codice Sistema di Codifica errato	
APPL5009	<MESSAGGIO> (OBX): codice Prestazione Locale errato	
APPL5010	<MESSAGGIO> (OBX): codice Sistema di Codifica Locale errato	
APPL6001	<MESSAGGIO> (OBR): codice Prestazione raggruppamento obbligatorio	
APPL6002	<MESSAGGIO> (OBR): codice Prestazione raggruppamento errato	

9.25 Table CSI 001 – Modalità di dimissione

Modalità di dimissione del paziente da struttura sanitaria, secondo la codifica regionale flussi.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi regionale flussi</i>	
1	Deceduto	
2	Dimissione ordinaria al domicilio	
3	Dimissione ordinaria presso RSA	
4	Dimissione con attivazione di ospedalizzazione a domicilio	
5	Dimissione volontaria (anche quando il paziente non si ripresenti in corso di un ciclo di D.H.)	
6	Trasferimento ad altra struttura di ricovero pubblica o privata provvisoriamente accreditata per acuti	
7	Trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito della stessa struttura di ricovero	
8	Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione e altra postacuzie	
9	Dimissione con attivazione ADI	

 csipiemonte Direzione Sanità e Assistenza	FSA – FASCICOLO SANITARIO AZIENDALE Specifica dei requisiti del sistema	FSA--SRS-09-V08 Pag. 54 di 55
---	--	----------------------------------

9.26 Table CSI 002 – Tipo di documento

Tipologia del documento l'informazione è contenuta nel segmento OBX.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi CSI</i>	
DEA-VERBALE	Verbale di pronto soccorso	Erogato dal PS
DEA-TRIAGE	Triage infermieristico	Erogato dal PS
REFERTO	Referto, per esempio a seguito di visita ambulatoriale	Erogato da diagnostica o ambulatorio
ANAMNESI	Anamnesi, per esempio richiesta a seguito di visita ambulatoriale	Non è un documento firmato
SDO	SDO	Erogato dall'ADT o dalla CC (ADT di reparto)
LET-DIMISSIONE	Lettera di dimissione dal ricovero	Erogato dalla CC
REFERTO-CICLO	Referto legato ad un ciclo di cura rilasciato durante un singolo accesso	Referto ambulatoriale
ATTO-OPERATORIO	Atto operatorio	Referto blocco operatorio

9.27 Table 0119 - Order control codes

Definisce in quale ambiente è stato costruito il messaggio. Il valore utilizzato è fisso.

Codice	Descrizione	Descrizione d'uso
	<i>Identificativi HL7</i>	
NW	New order/service	Nuova richiesta di esami accettata dal LIS

10. Allegato A - Tabelle di codifica di base

Affinché i diversi applicativi possano scambiarsi i dati, occorre che condividano alcune codifiche di base, in particolare quelle relative a:

- regioni
- province
- comuni
- stato
- cittadinanza
- medici MMG
- Aziende Sanitarie.
- Prestazioni e branche

Da completare.

11. Allegato B - Indice delle figure

Figura n. 1.– Casi d'uso.....	9
Figura n. 2.– Caso d'uso Gestione documenti.....	10
Figura n. 3.– Diagramma sequenza funzionale - Invia notifica apertura episodio	11
Figura n. 4.– Diagramma sequenza funzionale - Invia modifica dati episodio.....	12
Figura n. 5.– Diagramma sequenza funzionale - Invia nuovo referto/documento.....	13
Figura n. 6.– Diagramma sequenza funzionale - Sostituisci referto/ documento e/o modifica dati strutturati	14
Figura n. 7.– Diagramma sequenza funzionale - Invia annullamento episodio.....	15
Figura n. 8.– Diagramma sequenza funzionale - Invia nuovi dati dal sistema DEA	16
Figura n. 9.– Diagramma sequenza funzionale - Invia dati modificati dal sistema DEA	17
Figura n. 10.– Diagramma sequenza funzionale - Invia nuovi dati dal sistema di Cartella Clinica (prestazioni erogate in regime ambulatoriale).....	18
Figura n. 11.– Diagramma sequenza funzionale - Invia nuovi dati dal sistema di Cartella Clinica (prestazioni erogate in regime non ambulatoriale).....	19
Figura n. 12.– Mappa delle “informazioni sanitarie”	21
Figura n. 13.– Mappa dei messaggi HL7 per nuove informazioni.....	22
Figura n. 14.– Mappa dei messaggi HL7 per informazioni modificate	23
Figura n. 15.– Diagramma sequenza HL7 - Invia notifica apertura episodio	24
Figura n. 16.– Diagramma sequenza HL7 - Invia modifica dati episodio	25