

- SEHL7 -

Integrazioni interne tra sistemi dipartimentali delle Aziende Sanitarie tramite protocollo HL7

Piattaforma Software di Integrazione Regionale

Codice Documento: **AS-PS_R-SEHL7#01**

Revisione del Documento: **10.29**

Data revisione: 01/10/2024

Revisione	Data	Sintesi delle Modifiche
1.0	09-01-2007	Prima emissione del documento
2.0	07-11-2007	Inserita gestione del pagamento delle prestazioni all'interno di una richiesta verso un erogatore; per ogni flusso di messaggi (ORM, OML, OMG) aggiunto il segmento FT1 con la relativa descrizione.
3.0	17-12-2007	Inserito messaggio per la stampa delle etichette di laboratorio; inserito flusso di integrazione PS-CUP; aggiunto messaggio MDM^T05 per mandare ad un Order Placer il link logico di un referto figlio archiviato nel Repository; aggiunto campo ORC-18 nei messaggi di richiesta verso un erogatore; sono stati dettagliati maggiormente i campi ORC-21 e OBR-46 nei messaggi di richiesta verso un erogatore; sono stati riportati i segmenti PD1 e PV2 in tutti i messaggi di richiesta verso un erogatore.
4.0	31-03-2008	Descrizione dei risultati di microbiologia. Gestione dati regime di erogazione e posizione ticket; Aggiunta classe di priorità dal CUP. Aggiunti flag di autorizzazione e oscuramento documento clinico. Aggiornamento tabella HL7 #0203; aggiornamento tabella HL7 #0485; modifica alla descrizione del campo PV1-3.
5.0	25-06-2008	<p>Correzione documentale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corretto utilizzo campi ERR-5 e ERR-8 • Struttura messaggio ORL^22 in Tab 159 • Gestione codici Ack/Nak nelle integrazioni con Repository Referti <p>Introdotta gestione 28 SAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuovi campi PV2-30: Modalità di Erogazione PV2-38: provenienza paziente ORC-20: tipo ricetta ORC-15: data compilazione ricetta PV1-20: Codice Esenzione • Definizione utilizzo codici di Tabella UD #0475 <p>Estensione alle integrazioni ASL profilo PAM (Patient Administration Management)</p> <p>Gestione archiviazione DAO (Documento Autorizzazione e Oscuramento)</p> <p>Inserite nuove informazioni del cittadino nel profilo PAM per la gestione allineamenti anagrafici aziendali</p> <p>Stato Civile: adottata codifica ISTAT</p> <p>Eliminato profilo PDQ (query) di integrazione</p>
6.0	20-10-2008	<p>Eliminazione dei messaggi BAR per la gestione degli allineamenti anagrafici. I nuovi scenari di allineamento anagrafici e le nuove informazioni legate al contatto saranno gestite unicamente con messaggi ADT</p> <p>Inserito campo PV1-5: Numero di chiamata in sala nei messaggi di richiesta ordini da Order -Placer a Order Filler</p> <p>Messaggi ADT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminato PID-34.2 • Correzione su NK1-2 • Eliminato PV2-7 <p>Messaggio ADT^A03:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserito nuovo segmento PDA per la comunicazione del riscontro autoptico • Inserito campo PV1-36 per la comunicazione del codice di modalità di dimissione <p>Messaggi MDM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminati i campi PV1-3.PL2, PV1-3.PL3, PV1-3.PL9. I campi non sono gestiti in archiviazione • Aggiunto il campo PV1-9.XCN22 = Codice del Dipartimento Oncologico • Gestione archiviazione di documenti in formato CDA. • Aggiunto nei messaggi di integrazione interna (T01 e T05) di notifica del link logico la possibilità di notificare il link del documento CDA. • Eliminata ripetizione NTE di gestione stato autorizzazione Referto

		<p>Cap. 4.1 Profilo PAM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento delle tipologie di indirizzo del cittadino e dei rispettivi scenari di utilizzo (ASL o AO). Tab HL7#0190 <p>Cap. 4.5.1 - Profilo RAD-1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserito campo PV1-17 Admitting Doctor (Medico che ha accettato il paziente) • Inserito il campo PV1-5 Preadmit number (numero di pre-ricovero) • Inserito il campo DG1-4 Diagnosis Description (note sulla diagnosi) • Aggiunti PDI-24 (Multipli birth indicator) e PID-25 (Birth Order) nei messaggi ADT^A01,04,05 • Inserita la richiesta di oscuramento volontario del referto nei messaggi ADT nei messaggi ADT^A01,04,05 <p>Cap. 4.5.2 - Profilo RAD-12</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunto il segmento OBX nei messaggi ADT^A02 e A03 • Spostato il motivo del trasferimento dal campo PV2-3 (Admit Reason) a PV2-4 (Transfer Reason) nel messaggio ADT^A12 • Aggiunto segmento DG1 nei messaggi ADT^A03,A06,A07 <p>Cap. 5 - Integrazione con sistemi LIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunto il reparto di ricovero del paziente nei messaggi OML • Eliminato il campo SPM-3 (tipologia del campione) • Correzione significato del campo SPM-4 in “tipologia del campione o identificativo del materiale biologico”. • Definito il nuovo scenario per la stampa delle etichette di laboratorio • Definite alcune precisazioni sull'utilizzo dei messaggi di gestione delle richieste di laboratorio. • Inserito OBR-7 (Data e ora di esecuzione dell'esame) nel messaggio OUL^R22 • Deprecato il messaggio OUL^R24 <p>Cap. 8 - Archiviazione Documenti su Repository</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inseriti codici di rete di patologia (TXA-9) • Indicato documento SISS di riferimento per la struttura del CDA da archiviare • Aggiunte nuove tipologie di documento (OBX-3) <p>Cap. 8.6 Aggiornamento stato referti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esteso l'utilizzo del messaggio MDM^T03 per consentire l'aggiornamento di informazioni associate ad un referto archiviato sul Repository <p>Aggiornamenti vari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Correzione descrizione campo PV1-3.1 descrizione “codice struttura+sub struttura” in codice reparto. • Tabella UD0023 - Modalità di ammissione. Aggiornamento dei codici di modalità di ammissione • Modificato significato del campo PV1-20 da codice esenzione in Onere degenza. Il campo è previsto sui messaggi ADT. Non è gestito sui messaggi ORM, OMG • Inserito il segmento NTE per l'anamnesi del paziente nei messaggi ORM, OML, OMG • Modificati i seguenti campi relativi alla 28 SAN nei messaggi di gestione degli ordini di prestazioni <ul style="list-style-type: none"> ○ Spostata la modalità di erogazione dal campo PV2-30 al campo OBR-31 ○ Spostato il codice esenzione dal campo PV1-20 al campo BLG-3 ○ Spostata la provenienza del paziente dal campo PV2-38 nel campo ORC-12
7.0	21-07-2009	

		<p>Aggiornamenti principali Adeguamento dei messaggi di archiviazione MDM con le nuove informazioni previste dal Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). I nuovi messaggi (versione 2009) consentono l'archiviazione dei documenti strutturati sull'EPR aziendale.</p> <p>Gestione dell'informazione sulla volontà del cittadino di richiedere la stampa del referto o di visualizzare in autonomia il DCE attraverso i servizi SISS. L'informazione viene gestita nei profili RAD-2, LAB-1, AMB-1 di richiesta di ordine nel campo PV2-45.</p> <p>Precisazione sugli stati delle richieste di ordine per i profili di radiologia, laboratorio e ambulatoriale (rif. Tab HL7 0038); in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profilo di radiologia e Ambulatoriale: introduzione di ulteriore stato intermedio sulla disponibilità dei risultati non ancora refertati. • Profilo di laboratorio: definizione degli stati dei risultati secondo TF di IHE <p>Previsto un nuovo scenario di modifica dei dati amministrativi associati ad un ordine precedentemente inviato dall'Order Placer verso un Order Filler. Ad es. può essere aggiunto uno IUP alla prestazione richiesta. Lo scenario si applica ai profili RAD-2, LAB-1, AMB-1.</p> <p>Ulteriori correzioni di dettaglio</p> <p>Profili RAD-1 e RAD-12</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provenienza paziente gestito nei messaggi ADT^A06 e A07 del profilo RAD-12 (campo PV1-14) • Motivo ricovero in DH (campo PV2-3) - correzioni sulla tabella 8.98 <ul style="list-style-type: none"> ◦ Correzione del codice indicativo del Ricovero DH riabilitativo da 4 in 9. ◦ Modificato il nome tabella in Motivo Ricovero DH <p>Profili RAD-2 e AMB-1</p> <p>Aggiunti i seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserito il recapito telefonico dell'operatore che inserisce i dati della richiesta (OBR-14) • Inserito il recapito telefonico del medico responsabile della richiesta (OBR-17) • Intervallo di data/ora richiesta per l'appuntamento (OBR-27 - il campo è stato modificato nell'utilizzo nel profilo RAD-2) <p>Profilo RAD-28</p> <ul style="list-style-type: none"> • Precisazioni sulla compilazione del messaggio ORU nel caso di comunicazione del testo del referto <p>Profilo LAB-3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserito il campo OBX-16: medico responsabile del risultato di laboratorio <p>Notifica del Link Logico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corretta la descrizione di obbligatorietà del campo TXA-17. • Documentato il valore "IP" del campo previsto per i nuovi documenti in Bozza • Documentata l'associazione del valore "AU" allo stato di referto Validato
8.0	27-10-2009	

		<p>Revisione completa della struttura del documento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrizione dei flussi e scenari di integrazione <ul style="list-style-type: none"> ◦ Patient Administration – Gestione allineamenti anagrafici aziendali ◦ Patient Management – Gestione episodio sanitario e movimentazione paziente ◦ Order Management – Gestione richieste prestazioni e appuntamenti ◦ Report Management – Gestione processo di refertazione aziendale • Messaggi HL7 <ul style="list-style-type: none"> ◦ Descrizione dettagliata dei messaggi HL7 previsti dagli scenari di integrazione <p>Modifiche applicative dei messaggi HL7:</p> <p>1 – Patient Registration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunta la gestione dei pazienti CSCS (Comunitari Senza Copertura Sanitaria) nei messaggi ADT • Professione cittadino: aggiunto codice 6 – laurea breve <p>2 – Patient Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduzione all’analisi degli scenari e dei flussi di gestione delle liste di attesa di ricovero • Aggiunta del campo PV1-50 nei messaggi ADT di Patient Management con i riferimenti del codice di lista di attesa • Eliminato il campo PID-18 (codice fiscale del cittadino). <p>3 - Order Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrizione dettagliata su come utilizzare i codici HL7 nei messaggi di gestione degli ordini (cap. 8.30) • Inserita la descrizione generale dei flussi di gestione delle richieste di ordine tra Order Placer e Order Filler (cap.5.3) • Dettagliate le descrizioni dei campi ORC-2 e ORC-3 dei messaggi HL7 di gestione degli ordini. I campi contengono gli identificativi degli ordini generati dall’Order Placer e dall’Order Filler. • Nuovo paragrafo che descrive gli scenari di piattaforma per la gestione della schedulazione di ordini e appuntamenti (par. 0): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Nuovo scenario di scheduling con l’uso dei messaggi SRM ◦ Deprecato lo scenario di scheduling degli appuntamenti che utilizza i messaggi SIU • Corretta la descrizione dello scenario di utilizzo del messaggio ORG^O20 come ack applicativo nelle integrazioni PS-CUP (par. 5.8). • Inserito il campo ORC-16 (Order Control Code Reason) sui messaggi di Order Management: il campo consente di comunicare le motivazioni dello stato codificato nel campo ORC-1 (Order Control Code). • Aggiunto il campo relativo al costo totale dell’impegnativa (FT1-11). • Aggiunto uso del campo PV1-44 per indicare data e ora dell’accettazione amministrativa nei messaggi usati nei profili RAD-2, AMB-1 e LAB-1. • Aggiunto il campo per la data e ora di check in del campione in laboratorio (SPM-18) • Aggiunta l’informazione sulla sede di ritiro del referto da parte del cittadino che un Order Placer può comunicare ad un Order Filler in fase di richiesta ordini <p>4 - Report Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestione tipi di documento del Fascicolo: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Modificato documento IMA in Verbale di Raccolta di Dati specialistici di Patologia ◦ Nuovo documento: Scheda Individuale ◦ Nuovo documento: Piano Terapeutico Individuale • Adeguamento delle logiche di archiviazione degli aggiornamenti di DCE sul Repository di Piattaforma agli scenari del Fascicolo Sanitario • Notifica del cambio stato: allineata descrizione del campo PV1-19 del messaggio MDM^T03 a quella dei messaggi di archiviazione. • Aggiornamento informazioni sul DCE archiviato: utilizzato il messaggio MDM^T03 anziché il messaggio MDM^T04 • Gestione dell’informazione della data di consegna del referto al cittadino nel messaggio di aggiornamento attributi del DCE sull’EPR (MDM^T04) <p>Aggiornamenti vari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabella 0004 – Patient Class: modificato il codice C – after dismission in A – After Discharge
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Aggiunta l'Appendice B – Codici Errore: la tabella riporta i codici di errore restituiti dalla Piattaforma nei messaggi di archiviazione referti. • Indicato il character set da impostare nel campo MSH-18 • Aggiunto il valore MPEG alla Tabella 0291 – Subtype of referenced data • Aggiunta tabella UD#0175 – Master file identifier code • Aggiunta tabella HL7 #0180 – Record-level event code • Aggiunta tabella UD#0181 – MFN record-level event error return • Aggiunta tabella HL7 #0355 – Primary key value type
9.1	13-02-2011	<p>Patient Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunti i nuovi codici di regime di ricovero nella tabella UD#0004 – Patient class relativa ai dati dell'episodio sanitario <ul style="list-style-type: none"> ◦ H – Ambulatoriale alta complessità ◦ S – Regime subacuto <p>Report Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuova versione dei messaggi MDM 2011 adeguati alle logiche del Fascicolo Sanitario Elettronico del SISS nella gestione dei referti addendum. Sono da considerarsi deprecate le precedenti versioni dei messaggi di archiviazione. • Dettagliata la descrizione delle modalità di aggiornamento degli attributi del DCE archiviato in particolare dello IUP attraverso gli identificativi della richiesta di prestazione (cinquina) Par. 6.4 • Migliorata la descrizione della compilazione del segmento OBX e segmenti NTE nel messaggio MDM^T04. <p>Order Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuovi attributi delle prestazioni erogate sui messaggi di cambio stato inviati dall'Order Filler all'Order Placer sulle prestazioni erogate in più rispetto alla richiesta originaria: <ul style="list-style-type: none"> ◦ OBR-11: il valore A indica che la prestazione è aggiuntiva (o normata) ◦ OBR-29: riporta la prestazione di riferimento da cui è stata erogata la nuova prestazione. • Nuovo paragrafo Aggiornamento di un ordine da Filler a Placer che descrive nel dettaglio le modalità di gestione del cambio stato di un ordine e la modalità del ripristino di stati precedenti. • Aggiunto il segmento ORC opzionale nel messaggio ORU^R01 (par. 7.4.4) • Inserite due nuovi tipi di nota nei segmenti NTE dei messaggi di ordine. E' possibile inviare all'erogatore delle note descrittive destinate all'operatore ricevente e delle note generiche relative al paziente. <p>Aggiornamenti vari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificata la descrizione di opzionalità del campo MSH-9.3. Secondo lo standard HL7 il campo è obbligatorio. Per i messaggi generati dai dipartimentali la PRI accetta per retro compatibilità l'assenza del campo. Per i messaggi generati dalla PRI (broadcast anagrafica ad esempio) il campo sarà sempre presente. • Corretto il contenuto della tabella UD#0270 • Precisazione sulla lettura del documento e sulla compilazione dei campi nella sezione dei messaggi HL7 (cap. 7) • Precisazioni di compilazione del segmento EVN (par. 7.1.2) • Inserita la descrizione della struttura del messaggio di ACK

		<p>Patient administration</p> <ul style="list-style-type: none"> Nuovo campo PD1-12 Protection Indicator: il campo contiene lo stato del consenso del cittadino alla creazione del Fascicolo Sanitario Aziendale sull'EPR di Piattaforma Regionale. Nuovo campo PD1-11 per notificare l'attributo "dipendente" dalla BAC al RPY. L'attributo viene associato alle anagrafiche presenti sulla BAC per generare l'elenco dei dipendenti in uso all'EPR e all'OM per la gestione dei dipendenti nella medicina del lavoro. <p>Patient Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Introdotti classi di priorità ricovero (campo PV2-25 per i messaggi ADT^A01, ADT^A02, ADT^A03, ADT^A04, ADT^A05, ADT^A06, ADT^A08) Introdotto il campo PV2-8 per comunicare la data di prenotazione del ricovero programmato (inserimento in lista di attesa) per i messaggi ADT^A01, ADT^A04, ADT^A05, ADT^A08 Aggiornata la Tabella UD#0004 – Patient Class per gestire l'inserimento in lista di attesa; aggiornato il Capitolo 4.3.3 – Gestione Lista d'Attesa relativo alle modalità di comunicazione dell'inserimento del paziente in lista d'attesa Aggiornato il messaggio ADT^A08 per gestire la modifica a messaggi ADT^A01, ADT^A02, ADT^A03, ADT^A04 Aggiornamento messaggi di Patient Management (gestione update (ADT^A08), logiche di annullamento accessi per cicli di Day Hospital (ADT^A11), estensione ambiti di utilizzo ADT^A04). Aggiornata descrizione struttura messaggio ADT^A06 – il campo PV1-50 (introdotto con il presente aggiornamento) può contenere il nosologico di ricovero, qualora sia il PS a generarlo. <p>Order Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Introdotta la gestione dei protocolli di cura (campi FT1-25 e FT1-26 in messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19) Introdotto identificativo schedulatore (campi PV1-50 e OBR-46 in messaggi ORM^O01, OMG^O19) Introdotti codici presidio, reparto, unità erogante, agenda gestita dal CUP (campo OBR-46 in messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19) Introdotto il progressivo impegnativa (campo OBR-19 in messaggi ORM^O01, OMG^O19, OML^O21, OML^O33, OML^O35) Introdotto la data e ora schedulata per l'appuntamento (campo OBR-36 in messaggi OML^O21, OML^O33, OML^O35) Introdotto il medico destinatario della richiesta (campo PV1-9 in messaggi ORM^O01, OMG^O19, OML^O21, OML^O33, OML^O35) Introdotto il campo PV2-38 (mode of arrival code) per la comunicazione della modalità di arrivo del paziente presso la struttura (messaggi ORM^O01, OMG^O19, OML^O21, OML^O33, OML^O35) Estesi casi d'uso relativi alle classi paziente previste (Tabella UD#0004-Patient Class) in riferimento ai messaggi di ordine Introdotto il campo SPM-20 nei messaggi OML per gestire la comunicazione di avvenuto prelievo del campione <p>Report Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Degradato lo scenario di gestione del DAO in back office e il messaggio di archiviazione del DAO in differita all'archiviazione del DCE Eliminate le descrizioni dei messaggi deprecati. Le descrizioni sono consultabili sulla versione precedente del presente documento Messaggi di Notifica link logico DCE archiviato (MDM^T01 e MDM^T05): modificate le indicazioni di compilazione del campo ORC-1 per i messaggi di notifica link logico: da valorizzare con "SC" anziché con "NW" / introdotto il campo Order Status (ORC-5) Gestione del DAO in formato XML Introdotto il formato PDF-CDA2 per i DCE da archiviare Introdotto il formato DAO XML Introdotta la gestione degli attributi specifici per la sperimentazione dei referti in service e per le reti RMR <p>Aggiunta Appendice C con esempi di messaggi HL7 MDM 2011-01 (FSE compliant) di archiviazione dei DCE sul Repository</p>
--	--	--

		<p>Patient administration</p> <ul style="list-style-type: none"> Nuovo valore “DIP” del campo NK1-7 (Contact Role) dei messaggi ADT di Patient Administration per l’attributo “dipendente”. L’attributo è gestito solo nell’allineamento anagrafico tra la BAC e EPR e viene associato alle anagrafiche presenti sulla BAC per generare l’elenco dei dipendenti in uso all’EPR e all’OM per la gestione dei dipendenti nella medicina del lavoro. <p>Patient Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Introdotta trattazione relativa alle fasi dell’episodio di ricovero: <ul style="list-style-type: none"> Precisato l’utilizzo dei messaggi ADT^A11 e ADT^A08 Dettagliata la messaggistica HL7 <p>Report Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Nuovi tipi di documento FSE e attributi specifici: <ul style="list-style-type: none"> Refero di anatomia patologica (codice interno 98 – codice SISS 24): definito il codice SISS del DCE (24) e relativi attributi (gli attributi sono archiviabili con servizi di archiviazione di versione 2011-01 e 2011-02 come metadati strutturati nel messaggio MDM e non come attributi specifici nei segmenti NTE) Documento di programmazione clinico assistenziale (cod. interno 26 – cod. SISS 26): nuovo attributo specifico dataOra diFineValidità archiviabile con RP.archiviaDocumenti 2011-02 con i tag attributiSpecifici Sintesi clinica di terapia intensiva (cod interno 27 – cod SISS 27) – attributi specifici archiviabili con RP.archiviaDocumenti 2011-02 con i tag attributiSpecifici <p>Order Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Estensione dell’utilizzo del campo ORC-13: <ul style="list-style-type: none"> Richieste per Medicina del Lavoro: Estensione dell’utilizzo del campo ORC-13 dedicato alla notifica del “reparto richiedente” nelle richieste d’ordine di prestazioni specialistiche. Il campo deve essere obbligatoriamente valorizzato se le richieste vengono effettuate nell’ambito della medicina del lavoro con il codice del reparto (virtuale) censito sulla PRI Estensione del contenuto del campo ORC-13 per comunicare ulteriori informazioni relative al reparto o servizio richiedente. Il contenuto è allineato al campo PV1-3 con le informazioni del presidio, stanza, letto del paziente ecc... Nuovo campo PV1-15 per indicare la condizione di autonomia del paziente durante l’esecuzione dell’esame. Previsti due condizioni generali: Autonomo – Non autonomo. Nuovo campo PV1-11 per indicare il luogo dove deve essere eseguito l’esame. Il campo è utilizzabile per indicare luoghi di esecuzione differenti dal servizio erogatore; ad esempio in sala operatoria oppure presso il reparto di ricovero del paziente con possibilità di indicare anche il letto. Sospesa trattazione relativa alla comunicazione di risultati di microbiologia in attesa di formalizzazione soluzione regionale Nuovo campo OBR-21 che contiene l’identificativo del Filler che raggruppa un insieme di ordini. Rappresenta l’equivalente del Placer Group Number ma generato dal Filler
10.0	23/07/2013	<p>Patient Management:</p> <ul style="list-style-type: none"> Motivo ricovero in regime Subacuto: inserita indicazione esplicita circa l’utilizzo del campo PV1-4 nei messaggi ADT di Patient Management. <p>Order Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Aggiornata la sezione 5.5.4.4 relativa alle modalità di composizione dei messaggi di risultati relativi ad indagini colturali di Microbiologia (Batteriologia) Aggiornate le modalità di valorizzazione delle informazioni contenute nel messaggio OUL^R22
10.1	08/08/2013	<p>Order management:</p> <ul style="list-style-type: none"> Introdotta la valorizzazione del segmento MSH-21 con il valore 2013-01 per i messaggi OUL^R22 che recepiscono le disposizioni indicate con la revisione 10.0 del presente documento relativa ai risultati di indagini colturali di Microbiologia (Batteriologia)

10.2	19/12/2013	<p>Order management:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nuovi campi del segmento SPM (par. 7.4.7.1.16): <ul style="list-style-type: none"> SPM-7 – procedura di estrazione SPM-15 – Conservazione in congelatore <p>Report Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Nuove tipologie di Piano Terapeutico per rete RMR per la gestione della somministrazione dell'ormone 'GH'. Aggiunta di un nuovo attributo specifico relativo alla tipologia del Piano (tab.8.89) Nuovi documenti interni (tab 8.111): <ul style="list-style-type: none"> 88 – Modulo di prescrizione 89 – Modulo di Somministrazione 90 – Foglio unico di terapia Nuovo documento SISS: 29 – Sintesi di accesso in guardia medica (tab. 8.110)
10.3	20/06/2014	<p>Patient administrarion:</p> <ul style="list-style-type: none"> Precisazioni campo PID-8 (sesso paziente) Utilizzo del campo PID-31 per indicare lo stato di paziente "sconosciuto" <p>Patient management:</p> <ul style="list-style-type: none"> Precisazioni sulle regole di utilizzo dei messaggi ADT (par. 4.2) Introduzione del messaggio ADT^A45 di Move Visit (par. 4.5 e 7.3.15) Precisazioni campo PID-8 (sesso paziente) <p>Order management:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estesa dimensione massima campo SPM-14 in messaggi OUL (par. 7.4.7) Precisazioni campo PID-8 (sesso paziente) Introdotto codice branca in messaggi di richiesta (campo OBR-46 in messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19) Introdotto codice ricetta elettronica NRE (campo OBR-46 in messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19) Aggiunte ripetizioni del campo OBR-46 in messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19, MDM^T01, MDM^T02, MDM^T03, MDM^T04 per riportare in questi campi l'informazione dello IUP e della ricetta cartacea RUR; i campi ORC-8 e OBR-18 restano per compatibilità con le attuali integrazioni Inserite precisazioni circa la modalità di utilizzo dei messaggi ORU^R01 (par. 7.4.4.7) Modifica dei valori possibili del campo ORC-25 per la comunicazione al Cup del blocco della ricetta elettronica; NOTA: i valori usati in precedenza non saranno più utilizzati

		<p>Patient management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificato il codice Patient Class = H per identificare gli accessi in regime di ricovero ambulatoriale (BIC, BOCA, MAC). • Aggiunto il campo CX-10 = codice del presidio in associazione al numero di prericovero (PV1-5) e al numero di pratica di PS (PV1-19). • Aggiunto il campo PV1-12 Stato del Pre-Ricovero; indica lo stato, "Completo" o "Incompleto" delle indagini cliniche effettuate in fase di Pre-Ricovero <p>Report Management</p> <p>Nuovi codici di documenti archiviabili su EPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 79 Referto di radioterapia • 80 Documento interno generico • 81 Documento interno di ambulatorio • 82 Documento interno di Laboratorio • 83 Documento interno di Radiologia • 84 Documento interno di Pronto Soccorso • 85 Documento interno di Ricovero • 02.1 Referto di Microbiologia • 02.2 Referto di Biochimica • 02.3 Referto di Virologia • 03.1 Referto di radiologia Diagnostica • 03.2 Referto di radiologia interventistica • 03.3 Referto di radiologia Endoscopica • 30 Cartella Clinica. <p>Gestito il numero di prericovero nei messaggi MDM.</p> <p>Order management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunto segmento DG1 nei messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19 • Introdotto centro di responsabilità CDR (campo OBR-46 in messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19) • Aggiornati i codici di priorità dell'impegnativa nel campo TQ1-9 tabella UD #0485. Eliminati i codici A,B,C,X • Messaggio ORU: previsto un codice univoco identificativo del teto del referto OBX-3.4 per gestire gli aggiornamenti di un testo precedentemente inviato e dell'elenco di prestazioni associate. Descritti gli scenari d'uso <p>Modifiche generali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunto il campo ORC-16.1 per la comunicazione del codice associato alla descrizione • Aggiunto il campo PR1-19 come identificativo univoco delle procedure effettuata al paziente nel corso di un accesso presso l'azienda ospedaliera (Ad Es. Evento in sala operatoria) • Aggiunto il campo DG1-20 come identificativo univoco della diagnosi • Aggiunto il valore SISS alla tabella HL7 #0396 – Coding System • Aggiunta nuova tabella UD #0507 • Aggiunto segmento CTD in messaggi ORM^O01, OML^O21, OMG^O19 • Aggiunto il campo FT1-19 in messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19 • Modificata descrizione dell'uso del campo OBR-13 • Aggiunto il campo OBR-8 in messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19 • Aggiunto il campo OBR-49 in messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19 • Aggiunte le seguenti caratterizzazioni nel campo OBR-46 e dettagliata il formato di valorizzazione del campo: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 99CDR nel caso la ripetizione faccia riferimento al centro di responsabilità ◦ 99ETT nel caso la ripetizione faccia riferimento ad attività di erogazione eseguita in regime extra time (straordinario) ◦ 99UER nel caso la ripetizione faccia riferimento all'unità erogante o ambulatorio (4° livello) ◦ 99SER nel caso la ripetizione faccia riferimento alla sala erogatrice • Aggiunto campo OBR-47 in messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19 • Aggiunte le seguenti caratterizzazioni nel campo OBR-47 e dettagliata il formato di valorizzazione del campo: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 99PRS nel caso la ripetizione faccia riferimento al codice SISS del presidio ospedaliero che ha effettuato il blocco della ricetta ◦ 99TDA nel caso la ripetizione faccia riferimento al tipo accesso
--	--	--

10.5	10/12/2015	<p>Order management</p> <ul style="list-style-type: none"> Modificata la codifica delle etichette nel campo ZLT-13. Il codice 128 è associato alla codifica Code 128 per la stampa del barcode anziché ad alpha 128. Aggiunto campo OBR-7 in messaggi di cambio stato ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19 Aggiunto campi ORC-7 TQ-4 e ORC-7 TQ-5 in messaggio di cambio stato ORM^O01 Aggiunto campi TQ1-7 e TQ1-8 in messaggi di cambio stato OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19 Aggiunto campo PD1-15 in messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19
10.6	05/03/2016	<p>Modifiche generali</p> <ul style="list-style-type: none"> Inseriti nella tabella UD #0411 i valori da utilizzare per la ripetizione 99TDA Aggiunto il campo FT1-14 in messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19 Aggiunta ripetizione NTE in messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19 per inviare agli erogatori le note sulle prestazioni legate ad una ricetta elettronica
10.7	20/10/2016	<p>Patient Administration</p> <ul style="list-style-type: none"> Aggiunti gli indirizzi di residenza NAR e MEF (PID-11) Aggiunte le informazioni relative ai codici ATS e ASST introdotti con gli adeguamenti normativi LG 23 (PD1-3). Aggiunto campo EVN-7 nei messaggi di broadcast con il codice applicativo censito sulla BAC dell'applicativo che ha effettuato la movimentazione anagrafica che ha generato il broadcast <p>Patient Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Aggiornato messaggio ADT^A08 per la gestione delle informazioni di sala operatoria del tracciato SDO Inseriti i segmenti NK1 e ROL nel messaggio ADT^A08 Aggiunte le informazioni per la SDO di Sala operatoria Modifiche al segmento OBX per: <ul style="list-style-type: none"> Il trasporto di informazioni aggiuntive: aggiunta possibilità di trasporto di documenti aggiuntivi. (rif. 7.3.1.8 e 7.4.2.1.13) Nuove osservazioni relative all'intervento chirurgico <p>Order management</p> <ul style="list-style-type: none"> Precisazione sul mapping del campo OBR-26 per i risultati di microbiologia Precisato l'utilizzo del campo OBR-13 e del campo FT1-19 per il trasporto del quesito diagnostico o del criterio di erogabilità. Aggiunte le informazioni relative ai codici ATS e ASST introdotti con gli adeguamenti normativi LG 23 (PD1-3). Etichette di laboratorio: aggiunta la tipologia R (RFID), tra i possibili valori del campo ZLT-7, per la stampa di etichette di laboratorio <p>Report Management</p> <p>Nuovi codici di documenti archiviabili su EPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> 75 Certificazione di avvenuto infortunio biologico 76 Valutazioni dosimetriche dei radioesposti 77 Cartella Ambulatoriale 78 Servizi Diagnostici e di Supporto 98.1 Biologia Molecolare 98.2 Istologico 98.3 Citologico 02.4 Immunoematologia 03.4 Medicina Nucleare

		Patient Management <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunta dei messaggi ADT^A14 (paziente pronto al ricovero) e ADT^A27 (annullamento del pronto al ricovero) • Gestione della lista d'attesa • Aggiunta del campo PV1-45 nel messaggio ADT^A08 per chiudere il prericovero • Aggiunti i campi PV2-25 (codice priorità assegnato al PS) e PV2-38 (modalità concui il paziente si presenta presso la struttura) Order management <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunta precisazione sull'invio degli aggiornamenti del testo di un referto con messaggio ORU • Introdotto nuovo campo OBX-18 per inviare dal LIS all'EPR il valore di ordinamento dell'esame da utilizzare nella presentazione dei risultati al medico • Report Management <p>Nuovi codici di documenti archiviabili su EPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 74 cartella clinica mdl <p>Aggiunti Nuovi Attributi Specifici Aggiunti valori nella tabella UD#0007</p>
10.8	19/12/2016	Patient Administration <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunta del campo PD1-13 sui messaggi ADT di Patient Administration usato per indicare la data a partire dalla quale è possibile consultare il dossier sanitario aziendale. Report Management <ul style="list-style-type: none"> • Nuovi attributi specifici per il Documento di Programmazione Clinico Assistenziale (cod. 26) • Nuovo documento cod 31 – Piano Assistenziale Individuale (PAI)
10.10	20/02/2017	Report Management <ul style="list-style-type: none"> • Nuovo documento cod 32 – Valutazione Percorso Clinico
10.11	13/04/2017	Patient Administration <ul style="list-style-type: none"> • Modificato il formato del campo PR1-5 • Aggiunta del campo PV1-11 per il messaggio ADT^A12 • Tolta obbligatorietà del campo PV1-19 per i messaggi ADT^A04, ADT^A05, ADT^A14 Order Management <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunta del campo ORC-10 XCN-15 per riportare la username dell'operatore che ha effettuato la richiesta • Tolta obbligatorietà del campo PV1-19 per i messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19 • Aggiunta del campo FT1-22 nei messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19, per riportare il costo della quota variabile associata alle impegnative • Estensione della tabella UD #0217 per nuove classi di priorità per l'accesso in pronto soccorso • Aggiunta del campo TQ1-5 nei messaggi OMG^O19 e OML^O21. • Aggiunta segmenti: MSH, SPM, ORC, TQ1, OBR, OBX, NTE nel messaggio OUL^R22. • Eliminazione segmenti: MSH, SPM, ORC, TQ1, OBR, OBX, NTE nel messaggio OUL^R24. • Aggiunta descrizione segmento TQ1 del messaggio OUL^R22. • Aggiunta nota riguardante curve glicemiche nel campo TQ1-13 del messaggio OUL^R22. • Nuovi Documenti in “Tipo Documento Interno” codici: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 102 Diario Clinico Assistenziale ◦ 103 Parmetri Vitali ◦ 104 Cartella Anestesiologica peri-operatoria ◦ 104.1 Cartella Anestesiologica pre-operatoria ◦ 104.2 Cartella Anestesiologica intra-operatoria ◦ 104.3 Cartella Anestesiologica post-operatoria ◦ 105 Scheda di Valutazione Infermieristica. • Aggiunta nota ** Tabella SISS – Tipo Documento Interno. • Modifica obbligatorietà campo ORC dei messaggi MDM^T02 sui referti specialistici.

		Aggiornata tabella (#0340) associata a campo FT1-26 Nuova ripetizione del campo PV2-45 per inviare la richiesta di oscuramento volontario sul Dossier Aziendale
10.12	22/09/2017	<p>Patient Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Nuovo campo PV1-50 nei messaggi ADT^A03 di dimissione per inviare il codice di lista di attesa da cui il paziente va eliminato. <p>Order Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Aggiunta del campo OBR-32 nei messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19 contenente i dati medico referente Aggiunta del campo OBR-34 nei messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19 contenente i dati del tecnico erogante Utilizzo dei segmenti OBX, nei messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19, per trasportare numeroNotaMef, condErogabilitaMef, approprPrescrittiva, patologia Nuovo attributo nel campo OBR-11, per le prestazioni erogate, sui messaggi di cambio stato inviati dall'Order Filler all'Order Placer sulle prestazioni erogate in sostituzione di altre prestazioni presenti nella richiesta originaria: Nuovo attributo nel campo OBR-11 per le prestazioni prenotate da Cup verso gli Order Filler per indicare una prestazione aggiunta rispetto a quelle previste in prescrizione.
10.13	13/10/2017	<p>Patient Administration</p> <ul style="list-style-type: none"> Nuovi campi per il trasporto degli attributi anagrafici relativi alla presa in carico: <ul style="list-style-type: none"> PV1-19: N di protocollo PV2-5: stato di presa in carico <p>Order Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Aggiunti nuovi valori nella tabella UD #0435 da utilizzarsi nel campo PV2-45 per il trasporto dei valori di oscuramento per leggi speciali della prescrizione
10.14	01/02/2018	<p>Patient Administration</p> <ul style="list-style-type: none"> Aggiunti i campi per il trasporto dei consensi rilasciati dal paziente al segmento NK1 dei messaggi ADT di anagrafica Aggiunto campo PID-29 con la valorizzazione della data di decesso. La valorizzazione del PID-11 con la data di decesso viene mantenuta per retrocompatibilità. <p>Order Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Inserite precisazioni sulla gestione dei risultati di indagini culturali di Microbiologia (Batteriologia) <p>Report Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Aggiornati gli attributi specifici del PAI (cod. 31) Nuova tipologia 03 di linkAllegato per la consultazione delle immagini radiologiche da FSE
10.15	11/06/2018	<p>Patient Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Aggiunto scenario broadcast messaggi HL7 per applicativi che gestiscono la presa in carico dei pazienti cronici Identificato il codice Patient Class =C per identificare i pazienti cronici Aggiunti valori nella tabella UD#0112 per la gestione dei pazienti cronici Aggiunti valori nella tabella UD#0052 per la gestione dei pazienti cronici <p>Order Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Inserite precisazioni sulla gestione dei risultati di indagini culturali di Microbiologia (Batteriologia) Aggiunete le ripetizioni 99NPC e 99IDP nel campo OBR-46 per i messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19

		Patient Management <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunti nuovi valori nel campo PV1-4 da usarsi nel caso in cui PV1-2=H • Aggiunto il campo PV2-45 nei messaggi ADT^A08 e ADT^A03 • Introduzione del profilo PDQ per la ricerca anagrafica in MPI tramite query HL7 Order Management <ul style="list-style-type: none"> • Nuova valorizzazione del campo OBR-46 per specificare la tipologia di visita da trattare. Previsto un solo valore TRP per le visite di terapia • Aggiunto campo PV2-24 con lo stato di assitenza del paziente nel segmento PV2 dei messaggi di ordine. • Esteso il segmento NTE per veicolare il dato di flagSuggerita S o N Report Management <ul style="list-style-type: none"> • Nuovi attributi specifici (tab 8.89) archiviabili sui referti <ul style="list-style-type: none"> ◦ regimeErogazione ◦ nre
10.16	21/06/2019	Report Management <ul style="list-style-type: none"> • Nuovi documenti archiviabili <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cod 106 – autorizzazione all'ordine di richiesta esami ◦ Cod 107 – Glicemia da POC • Specificata l'opzionalità dello IUP sulle prestazioni specialistiche
10.17	01/08/2019	Patient Management <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunto nuovo valore nel campo PV1-2 per il regime di ricovero “sovraffollamento PS” • Modificata descrizione utilizzo campo PV1-4 per nuovo regime di ricovero • Modificata la descrizione del campo PV1-50 nel messaggio ADT^A01 nell'integrazione PS-ADT • Modificata la descrizione del campo PV1-50 nel messaggio ADT^A06 nell'integrazione PS-ADT • Aggiunto il valore PS nella tabella HL7 #0203 per identificare l'identificativo della pratica di pronto soccorso Order Management <ul style="list-style-type: none"> • Nuova valorizzazione del campo PV1-5 per i messaggi ORM^O01, OMG^O19, OML^O33, OML^O35 e OML^O21 per gli ordini di pazienti ricoverati. • Aggiunta la valorizzazione del numero protocollo e del contatore PAI nel segmento NTE per i messaggi ORM^O01, OMG^O19, OML^O33, OML^O35 e OML^O21. • Deprecate ripetizioni 99NPC e 99IDP del campo OBR-46 per i messaggi ORM^O01, OMG^O19, OML^O33, OML^O35 e OML^O21. Report Management Management <ul style="list-style-type: none"> • Eliminato l'attributo specific NRE sui messaggi MDM. L'attributo è veicolato con il campo ORC-8 (per le integrazioni in atto) o con il campo OBR-47 per le nuove integrazioni
10.18	03/10/2019	Report Management <ul style="list-style-type: none"> • Nuovo documento cod 40 – Scheda di assistenza (Tabella SISS - Tipo Documento) • Nuovo documento cod 41 – Agenda del percorso nascita (Tabella SISS - Tipo Documento) • Nuovo documento cod 72 – Referto di genetica(Tabella SISS - Tipo Documento Interno) • Nuovo documento cod 71 – Ostetrico – Ginecologico (Tabella SISS - Tipo Documento Interno) • Nuovo documento cod 70 – Scheda Dimissione Ospedaliera (SDO) (Tabella SISS - Tipo Documento Interno) Patient Management <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunti nuovi valori nella Tabella HL7 #0203 – Identifier Type per la gestione di ASSTA, ASSTD, ASSTR da utilizzare nel PD1-3 (XON-7). Order Management <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunta la ripetizione 99IUV nel campo OBR-46 per i messaggi ORM^O01, OML^O21, OML^O33, OML^O35, OMG^O19, ORR^O02, ORL^O22, ORG^O20
10.19	11/06/2020	Order Management <ul style="list-style-type: none"> • Nuovo segmento NTE per la valorizzazione dell'informazione riguardante la televisita nei messaggi OMG^O19 Report Management <ul style="list-style-type: none"> • Nuovo messaggio MDM^T02 – richiesta archiviazione documento di quietanza • Nuovo messaggio MDM^T06 – richiesta archiviazione addendum documento di quietanza
10.20	06/10/2020	

10.21	18/02/2021	<p>Patient Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Modifica valorizzazioni campi PID-13, PID-14 Aggiungi campi per la gestione dei nuovi tag dell'icce.identificaCittadinoEsteso 2019-01 Documentati i valori CX-5 e CX-6 del camp mrg-1 dei messaggi ADT^A40 Deprecate le codifiche di tipo "ASL" su NPRI. I codici delle aziende sanitarie lombarde e extra lombarde sono gestite come codifiche di tipo "ATS" <p>Report Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Nuovo documento cod 108 – Documento interno di visita parere (Tabella SISS - Tipo Documento Interno) Specificata "sezione dati o attributi specifici associati" per i Documenti Interni - 70 Scheda Dimissione Ospedaliera (SDO)
10.22	11/10/2022	<p>Order Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Aggiunto scenario di integrazione verso i Lis in cui le istruzioni per le etichette vengono restituite con l'ack applicativo ORL^O22, ORL^O34, ORL^O36 Aggiunto nuovo parametro nella tabella HL7 #0119, utilizzabile per le integrazioni delle reti di laboratorio Aggiunto nuovo parametro nella tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate, utilizzabile per le integrazioni delle reti di laboratorio <p>Report Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Modificata la lunghezza dei campi TXA-12, TXA-13, TXA-14, TXA-15 e TXA-16 per i messaggi MDM
10.23	15/02/2023	<p>Report Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestione del nuovo formato di documenti PDFA3
10.24	03/05/2023	<p>Report Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Nuovo segmento SFT nei messaggi MDM^T02, MDM^T06 per archiviare le informazioni del sistema refertante da notificare al gateway nazionale (FSE 2.0) <p>Patient Administration</p> <ul style="list-style-type: none"> Aggiunta gestione della data di inizio del consenso al dossier nel campo NK1-8 <p>Patient Management</p> <ul style="list-style-type: none"> Aggiunto campo SCH-11 al messaggio SRR^S01 <p>Nuovo attributo specifico idRefertoRpyAziendale per migrare i referti da un RPY aziendale proprietario verso il RPY NPRI</p>
10.25	18/12/2023	<p>Eliminato refuso documentale in tabella HL7 0001 – Sex con il valore U del sesso del paziente</p> <p>Nuovo attributo specifico "confidenziale" per rendere il referto non consultabile da dossier e web services "REF.infoReferti" e "REF.consultaReferti" e per non far inviare il broadcast del link logico agli altri dipartimentali (diversi da quello che archivia)</p> <p>Nuovo attributo per specificare la tipologia di identificativo del paiente CSCS, ALL1, ALL2, HIC</p> <p>Aggiunta la gestione dei tipi di documento patente, carta di identità, passaporto e numero di documento per pazienti stranieri</p> <p>Modifica descrizioni dei campi SFT-1, SFT-2, SFT-3</p>
10.26	11/01/2024	<p>Modifiche dell'obbligatorietà e aggiunta nuovo segmento ZBX per il progetto Order Manager regionale - Gestione Digitale Rete di Laboratori nei i seguenti messaggi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 7.4.7 OML^O21 7.4.8 ORL^O22 7.4.9 OML^O33 7.4.10 ORL^O34 7.4.11 OML^O35 7.4.12 ORL^O36

		<p>Per il progetto Order Manager regionale - Gestione Digitale Rete di Laboratori nei i seguenti messaggi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunta del segmento NK1 nella struttura dei messaggi OML^O21 (7.4.7) OML^O33 (7.4.9), OML^O35 (7.4.11). • Aggiunto ZBX-4: reference ID. • Aggiunta codifica LOINC per i messaggi OUL^R22 (7.4.13). <p>Patient Administration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunta ripetizione del segmento NK1 per gestire le informazioni riguardo il CF dell'operatore che ha raccolto il consenso e il codice e la descrizione del luogo di archiviazione del modulo firmato • Allineati i valori della tabella SISS – Stato presa in carico ai valori del SISS. • Aggiunto nuovo segmento ZRP nei messaggi ADT^A28 e ADT^A31 per indicare le anagrafiche segnalate dalle autorità. <p>Order Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuovo valore del campo Patien class (tab UD 0004) : V – Visita in service per indicare ordini erogati in service • Aggiunta la gestione dell'integrazione CCE-CUP <p>Report Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuovo messaggio QRY^T12 – richiesta di ricerca dei referti nel repository • Nuovo messaggio di risposta DOC^T12 – esito della ricerca dei referti nel repository
10.27	29/03/2024	<p>Per il progetto Order Manager regionale - Gestione Digitale Rete di Laboratori nei i seguenti messaggi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunta codifica reg_map_plus per i messaggi OML^O21 (7.4.7) OML^O33 (7.4.9), OML^O35 (7.4.11). • Aggiunta ripetibilità del campo Reference ID del segmento ZBX (7.4.8.1.1) <p>Aggiunto il campo OBR-46.2 per inviare la descrizione del codice presente nel campo OBR-46.1. Ad esempio per la comunicazione della descrizione dell'agenda</p> <p>Aggiunto segmento NTE in messaggi MDM^T01 (7.5.1.2) e MDM^T05 (7.5.1.4) per oscuramento e note di reperibilità</p> <p>Aggiunto campo OBR-46 nei messaggi ORG^O20 per consentire il ritorno di informazioni al Filler, ad esempio lo IUV di pagamento.</p> <p>Nuovo messaggio di query QRY per recuperare dal CUP il pdf dell'avviso di pagamento (par. 7.5.4)</p> <p>Per le integrazioni con la CCE sono stati modificati alcuni campi all'interno dei messaggi ADT^A05 per la comunicazione della Pianificazione del prericovero e per la successiva presa in carico. Inoltre, è stato modificato il messaggio ADT^A03 per comunicare la data di chiusura e l'esito del prericovero.</p> <p>Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate : aggiunta la codifica 99SED per indicare la sede di erogazione</p> <p>Aggiunto campo OBR-32 nei messaggi di richiesta di ordine per indicare il medico destinatario della richiesta di erogazione della prestazione</p>
10.28	18/06/2024	<p>Per le integrazioni con la CCE è stato modificato il messaggio ADT^A08 per comunicare la data di chiusura e l'esito del prericovero.</p> <p>Prestazioni aggiunte dal Order Filler (RAD-3): aggiunta precisazione sulla valorizzazione del ORC-4 sulla prestazione aggiunta dal Order Filler</p> <p>Adeguamenti FSE 2.0 2024</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adeguamento messaggi MDM di report management per gestire le informazioni richieste da FSE 2.0 (par. 6.1.1) • Aggiornamento Tabella UD #0435 – Advance Directive Code con le nuove codifiche di oscuramento da inviare sui messaggi di patient management e di ordine. <p>Tabella 0217 – esteso l'utilizzo dei codici per i messaggi OMG^19 da PS. Aggiunti dettagli nello scenario di integrazione PS-CUP (par. 5.8)</p>
10.29	01/10/2024	

Limiti di utilizzo del documento

Il documento sostituisce la precedente versione

1 INTRODUZIONE	23
1.1 CAMPO DI APPLICAZIONE.....	23
1.2 ACRONIMI E DEFINIZIONI.....	23
1.3 RIFERIMENTI	24
2 IHE: ADERENZA AI PROFILI D'INTEGRAZIONE.....	26
2.1 CENNI INTRODUTTIVI SU IHE.....	26
2.2 CENNI INTRODUTTIVI SU HL7	26
2.2.1 <i>Modalità di scambio dei messaggi</i>	26
2.3 INTEGRAZIONI SU PRI CON STANDARD HL7	27
2.3.1 <i>Original ACK Mode e Enhanced ACK mode</i>	27
2.4 STRUTTURA DEI MESSAGGI HL7	28
3 PATIENT ADMINISTRATION	29
3.1 GESTIONE ANAGRAFICA AZIENDALE	29
3.2 SEQUENZE MESSAGGI HL7.....	30
3.3 GESTIONE DELL'ID ANAGRAFICO AZIENDALE.....	32
3.4 ALLINEAMENTO ANAGRAFICO CON SISS-WAY.....	33
3.5 PROFILO PDQ – QUERY ANAGRAFICA	33
4 PATIENT MANAGEMENT.....	34
4.1 GESTIONE MOVIMENTAZIONE PAZIENTI	34
4.2 LA MESSAGGISTICA HL7.....	35
4.2.1 <i>Precisazioni sul ruolo dell'attore ADT</i>	38
4.3 L'EPISODIO DI RICOVERO ESTESO	38
4.3.1 <i>Identificativi nell'episodio di Ricovero</i>	39
4.3.2 <i>Episodio di ricovero: eventi e fasi</i>	39
4.3.3 <i>Evento Lista di Attesa</i>	43
4.3.4 <i>Evento Pre-ricovero</i>	44
4.4 LA GESTIONE DEL DAY HOSPITAL E DEI RICOVERI AMBULATORIALI	44
4.5 GESTIONE MOVE VISIT	45
4.6 BROADCAST MESSAGGI HL7 PER GESTIONE PAZIENTI CRONICI	46
4.6.1 <i>Messaggistica HL7</i>	46
5 ORDER MANAGEMENT	47
5.1 IDENTIFICAZIONE DELL'ORDINE	47
5.2 GESTIONE ANAGRAFICA PAZIENTE	48
5.3 FLUSSI DI INTEGRAZIONE	49
5.3.1 <i>Nuovo Ordine da Placer a Filler</i>	49
5.3.2 <i>Modifica di un ordine da Placer a Filler</i>	49
5.3.3 <i>Aggiornamento di un ordine da Filler a Placer</i>	50
5.3.4 <i>Prenotazione esami</i>	51
5.3.5 <i>Accesso Diretto</i>	51
5.4 INTEGRAZIONE CON SISTEMI DI RIS	52
5.4.1 <i>Profilo Scheduled Workflow (SWF)</i>	52
5.4.2 <i>Transazione RAD-2 (Placer Order Management)</i>	53
5.4.3 <i>Transazione RAD-3 (Filler Order Management)</i>	55
5.4.4 <i>Profilo Simple Image and Numeric Report (SINR)</i>	55
5.5 INTEGRAZIONE CON I SISTEMI LIS	56
5.5.1 <i>Profilo Laboratory Testing Workflow (LTW)</i>	57
5.5.2 <i>Transazione LAB-1 (Placer Order Management)</i>	61
5.5.3 <i>Transazione LAB-2 (Filler Order Management)</i>	64

5.5.4	<i>Transazione LAB-3 (Order Results Management)</i>	65
5.5.5	<i>Profilo Laboratory Specimen Barcode Labeling (LBL)</i>	69
5.5.6	<i>Transazione LAB-62 (Query for Label Delivery Instruction)</i>	69
5.5.7	<i>Invio etichette con ack applicativo</i>	72
5.6	INTEGRAZIONE CON I SISTEMI AMBULATORIALI.....	72
5.6.1	<i>Profilo Ambulatory Scheduled Workflow</i>	72
5.6.2	<i>Transazione AMB-1 (Placer Order Management)</i>	73
5.6.3	<i>Transazione AMB-2 (Filler Order Management)</i>	73
5.7	SCHEDULAZIONE ORDINI E APPUNTAMENTI.....	74
5.7.1	<i>Richieste di appuntamento</i>	74
5.7.2	<i>Notifiche di appuntamento - deprecato</i>	77
5.8	INTEGRAZIONE DEI SISTEMI PS-CUP	78
5.8.1	<i>Transazione AMB-1 (Placer Order Management)</i>	79
5.8.2	<i>Transazione AMB-2 (Filler Order Management)</i>	79
5.9	INTEGRAZIONE DEI SISTEMI CCE-CUP	79
5.9.1	<i>Transazione CCE-1 (Placer Order Management)</i>	80
5.9.2	<i>Transazione CCE-2 (Filler Order Management)</i>	81
6	REPORT MANAGEMENT	83
6.1	ARCHIVIAZIONE DCE	83
6.1.1	Adeguamenti FSE 2024	84
6.1.2	<i>Workflow di integrazione</i>	84
6.2	NOTIFICA DEL LINK LOGICO	87
6.3	NOTIFICA DI CAMBIO STATO DCE.....	89
6.4	AGGIORNAMENTO ATTRIBUTI DCE.....	90
6.4.1	<i>Aggiornamento dati sul referto (cinquina)</i>	92
6.5	NOTIFICA RISULTATI	92
6.6	ARCHIVIAZIONE RICEVUTA DI PAGAMENTO (QUIETANZA).....	93
6.7	RICERCA DOCUMENTI ARCHIVIATI SUL REPOSITORY	94
7	MESSAGGI HL7	96
7.1	MESSAGGI E SEGMENTI COMUNI	96
7.1.1	<i>MSH – Message Header</i>	96
7.1.2	<i>EVN – Event Type</i>	97
7.1.3	<i>MSA – Message Acknowledgement</i>	98
7.1.4	<i>ERR – Error</i>	98
7.1.5	<i>Messaggio di ACK</i>	98
7.2	PATIENT ADMINISTRATION	99
7.2.1	<i>ADT^A28 – Add Person or Patient Information</i>	99
7.2.2	<i>ADT^A31 – Update Person Information</i>	111
7.2.3	<i>ADT^A40 – Merge Patient – Patient Identifier List</i>	111
7.2.4	<i>ADT^A24 – Link Patient Information</i>	112
7.2.5	<i>ADT^A37 – Unlink Patient Information</i>	113
7.2.6	<i>QBP^Q22 – Find Candidates</i>	113
7.2.7	<i>RSP^K22 – Find Candidates Response</i>	114
7.3	PATIENT MANAGEMENT.....	116
7.3.1	<i>ADT^A01 – Admit/Visit Notification</i>	116
7.3.2	<i>ADT^A04 – Register a Patient</i>	127
7.3.3	ADT^A05 – Pre-Admit a Patient	127
7.3.4	<i>ADT^A11 – Cancel Admit/Visit Notification</i>	130
7.3.5	<i>ADT^A38 – Cancel Pre-Admit</i>	132
7.3.6	<i>ADT^A14 – Pending Admit</i>	133

7.3.7	<i>ADT^A27 – Cancel Pending Admit</i>	133
7.3.8	<i>ADT^A02 – Patient Transfer</i>	133
7.3.9	<i>ADT^A03 – Patient Discharge</i>	136
7.3.10	<i>ADT^A06 – Change an Outpatient to an Inpatient</i>	143
7.3.11	<i>ADT^A07 – Change an Inpatient to an Outpatient</i>	148
7.3.12	<i>ADT^A08 – Update Patient Information</i>	148
7.3.13	<i>ADT^A12 – Cancel Transfer</i>	154
7.3.14	<i>ADT^A13 – Cancel Discharge/End Visit</i>	156
7.3.15	<i>ADT^A45 – Move Visit Information – Visit Number</i>	158
7.4	ORDER MANAGEMENT	160
7.4.1	<i>Gestione Identificativi d'Ordine</i>	160
7.4.2	<i>ORM^O01 – General Order Message</i>	161
7.4.3	<i>ORR^O02 – General Order Response</i>	178
7.4.4	<i>ORU^R01 – Order Result Unsolicited</i>	182
7.4.5	<i>OMG^O19 – General Clinical Order Message</i>	188
7.4.6	<i>ORG^O20 – General Clinical Order Response</i>	211
7.4.7	<i>OML^O21 – Laboratory Order Message</i>	213
7.4.8	<i>ORL^O22 – General Laboratory Order Response Message</i>	226
7.4.9	<i>OML^O33 – Laboratory Order for multiple orders related to a single specimen</i>	227
7.4.10	<i>ORL^O34 – Laboratory Order Response Message to a multiple order related to a single specimen</i>	228
7.4.11	<i>OML^O35 – Laboratory Order for multiple orders related to a single container of a specimen</i>	228
7.4.12	<i>ORL^O36 – Laboratory Order Response Message to a multiple order related to a single container of a specimen</i>	229
7.4.13	<i>OUL^R22 – Unsolicited Specimen Oriented Observation Message</i>	230
7.4.14	<i>OUL^R24 – Unsolicited Order Oriented Observation Message (Deprecato)</i>	236
7.4.15	<i>SIU^S12 – Notification of new appointment booking</i>	237
7.4.16	<i>SIU^S13 – Notification of new appointment rescheduling</i>	240
7.4.17	<i>SIU^S15 – Notification of new appointment cancellation</i>	241
7.4.18	<i>QBP^SLI^QBP_Q11 – Query for Label Delivery</i>	241
7.4.19	<i>QBP^SLP^QBP_Q11 – Query for Label PDF</i>	242
7.4.20	<i>RSP^SLI^RSP_K11 – Label Delivery Response</i>	243
7.4.21	<i>RSP^SLP^RSP_K11 – Label PDF Response</i>	244
7.4.22	<i>SRM^S04 – Request Appointment Cancellation</i>	253
7.4.23	<i>SRM^S05 – Request Appointment Discontinuation</i>	253
7.4.24	<i>SRR^S01 – New Appointment booking response</i>	253
7.4.25	<i>SRR^S04 – Appointment Cancellation Response</i>	255
7.4.26	<i>SRR^S05 – Appointment Discontinuation Response</i>	255
7.5	REPORT MANAGEMENT	255
7.5.1	<i>RPY - Archiviazione Referti</i>	255
7.5.2	<i>RPY - Ricerca Referti</i>	309
7.5.3	<i>Totem – archiviazione quietanza di pagamento</i>	335
7.5.4	<i>CUP - Recupero Avviso di Pagamento</i>	342
8	APPENDICE A – TABELLE DI CODIFICA	346
8.1	<i>TABELLA HL7 #0001 – SEX</i>	346
8.2	<i>TABELLA UD #0002 – MARITAL STATUS</i>	346
8.3	<i>TABELLA UD#0004 – PATIENT CLASS</i>	346
8.4	<i>TABELLA UD #0007 – ADMISSION TYPE</i>	347
8.5	<i>TABELLA HL7 #0008 – ACKNOWLEDGMENT CODE</i>	347
8.6	<i>TABELLA UD#0009 – AMBULATORY STATUS</i>	348

8.7	TABELLA UD #0010 – PHYSICIAN ID	348
8.8	TABELLA UD #0017 – TRANSACTION TYPE.....	348
8.9	TABELLA UD #0023 – ADMIT SOURCE	348
8.10	TABELLA HL7 #0038 – ORDER STATUS.....	349
8.11	TABELLA UD #0044 – CONTRACT CODE	349
8.12	TABELLA UD #0051 – DIAGNOSIS CODE	349
8.13	TABELLA UD#0052 – DIAGNOSIS TYPE.....	349
8.14	TABELLA UD #0055 – DIAGNOSIS RELATED GROUP	350
8.15	TABELLA UD #0062 – EVENT REASON CODE	350
8.16	TABELLA UD#0063 – RELATIONSHIP	350
8.17	TABELLA UD #0064 –FINANCIAL CLASS	350
8.18	TABELLA HL7 #0065 – SPECIMEN ACTION CODE.....	351
8.19	TABELLA UD #0069 – HOSPITAL SERVICE	351
8.20	TABELLA UD #0072 – INSURANCE PLAN ID	351
8.21	TABELLA HL7 #0074 – DIAGNOSTIC SERVICE SECTION ID	351
8.22	TABELLA UD #0078 – ABNORMAL FLAGS	352
8.23	TABELLA HL7 #0085 - OBSERVATION RESULT STATUS CODES INTERPRETATION.....	352
8.24	TABELLA UD #0087 – PREADMIT TEST INDICATOR.....	353
8.25	TABELLA UD #0088 – PROCEDURE CODE.....	353
8.26	TABELLA HL7 #0091 – QUERY PRIORITY	353
8.27	TABELLA UD #0105 – SOURCE OF COMMENT	353
8.28	TABELLA UD #0112 – DISCHARGE DISPOSITION	353
8.29	TABELLA UD #0116 – BED STATUS.....	354
8.30	TABELLA HL7 #0119 – ORDER CONTROL CODES.....	354
8.31	TABELLA HL7 #0122 – CHARGE TYPE	355
8.32	TABELLA HL7 #0123 – RESULT STATUS	355
8.33	TABELLA HL7 #0124 – TRANSPORTATION MODE.....	355
8.34	TABELLA HL7 #0125 – VALUE TYPE.....	356
8.35	TABELLA UD #0127 – ALLERGY TYPE	356
8.36	TABELLA UD #0128 – ALLERGY SEVERITY	356
8.37	TABELLA UD #0131 – CONTACT ROLE.....	356
8.38	TABELLA UD #0132 – TRANSACTION CODE	357
8.39	TABELLA HL7 #0136 – YES/NO INDICATOR	357
8.40	TABELLA HL7 #0190 – ADDRESS TYPE	357
8.41	TABELLA HL7 #0191 – TYPE OF REFERENCED DATA	357
8.42	TABELLA HL7 #0201 – TELECOMMUNICATION USE CODE	358
8.43	TABELLA HL7 #0202 – TELECOMMUNICATION EQUIPMENT TYPE.....	358
8.44	TABELLA HL7 #0203 – IDENTIFIER TYPE	358
8.45	TABELLA UD #0204 – ORGANIZATIONAL NAME TYPE	359
8.46	TABELLA HL7 #0206 – SEGMENT ACTION CODE	359
8.47	TABELLA HL7 #0208 – QUERY RESPONSE STATUS	359
8.48	TABELLA UD #0216 – PATIENT STATUS CODE	359
8.49	TABELLA UD #0217 – VISIT PRIORITY CODE	360
8.50	TABELLA UD #0218 – CHARGE ADJUSTMENT	360
8.51	TABELLA UD #0230 – PROCEDURE FUNCTIONAL TYPE.....	361
8.52	TABELLA UD #0270 – DOCUMENT TYPE	361
8.53	TABELLA HL7 #0271 – DOCUMENT COMPLETION STATUS	361
8.54	TABELLA UD #0276 – APPOINTMENT REASON CODES	361
8.55	TABELLA UD #0277 – APPOINTMENT TYPE CODES	361
8.56	TABELLA UD #0278 – FILLER STATUS CODES.....	362
8.57	TABELLA HL7 #0287 – PROBLEM/GOAL ACTION CODE.....	362
8.58	TABELLA HL7 #0291 – SUBTYPE OF REFERENCED DATA.....	362

8.59	TABELLA UD #0297 – CN ID SOURCE	362
8.60	TABELLA UD #0305 – PERSON LOCATION TYPE	363
8.61	TABELLA UD #0306 – LOCATION STATUS	363
8.62	TABELLA UD #0326 – VISIT INDICATOR.....	363
8.63	TABELLA HL7 #0335 – REPEAT PATTERN.....	363
8.64	TABELLA HL7 #0339 – ADVANCED BENEFICIARY NOTICE CODE.....	363
8.65	TABELLA HL7 #0340 – PROCEDURE CODE MODIFIER	364
8.66	TABELLA HL7 #0357 – HL7 ERROR CODE	364
8.67	TABELLA UD #0359 – DIAGNOSIS PRIORITY	364
8.68	TABELLA UD #0361 – APPLICATION	364
8.69	TABELLA UD #0362 – FACILITY	365
8.70	TABELLA UD #0363 – ASSIGNING AUTHORITY	365
8.71	TABELLA UD #0364 – COMMENT TYPE.....	365
8.72	TABELLA HL7 #0369 – SPECIMEN ROLE	365
8.73	TABELLA UD #0376 – SPECIMEN HANDLING CODE.....	366
8.74	TABELLA HL7 #0394 – RESPONSE MODALITY	366
8.75	TABELLA HL7 #0396 – CODING SYSTEM.....	366
8.76	TABELLA UD #0411 – SUPPLEMENTAL SERVICE INFORMATION VALUES	366
8.77	TABELLA UD #0430 – MODE OF ARRIVAL CODE	367
8.78	TABELLA UD #0435 – ADVANCE DIRECTIVE CODE	367
8.79	TABELLA UD #0443 – PROVIDER ROL.....	367
8.80	TABELLA UD #0445 – IDENTITY RELIABILITY CODE.....	367
8.81	TABELLA UD #0448 – NAME CONTEXT.....	367
8.82	TABELLA UD #0475 – CHARGE TYPE REASON	368
8.83	TABELLA UD #0485 - EXTENDED PRIORITY CODES	368
8.84	TABELLA HL7 #0487 - SPECIMEN TYPE.....	369
8.85	TABELLA HL7 #0488 - SPECIMEN COLLECTION METHOD	369
8.86	TABELLA HL7 #0490 – SPECIMEN REJECT REASON	369
8.87	TABELLA UD #0507 – OBSERVATION RESULT HANDLING	370
8.88	TABELLA HL7 #0516 – ERROR SEVERITY.....	370
8.89	TABELLA SISS - ATTRIBUTI SPECIFICI.....	370
8.90	TABELLA SISS - ATTRIBUTI SPECIFICI INTERNI	373
8.91	TABELLA SISS - CAUSALE INTERRUZIONE.....	373
8.92	TABELLA SISS - DISCIPLINA.....	374
8.93	TABELLA SISS - DIZIONARIO CODICI	376
8.94	TABELLA SISS - FORMATO ALLEGATO.....	376
8.95	TABELLA SISS - GESTIONE FASI ARRUOLAMENTO	376
8.96	TABELLA SISS – INFO AGGIUNTIVE PRESTAZIONI EROGATE	377
8.97	TABELLA SISS - LINGUAGGIO DOCUMENTO	377
8.98	TABELLA SISS - MOTIVO RICOVERO DH	377
8.99	TABELLA SISS - MODALITÀ EROGAZIONE.....	378
8.100	TABELLA SISS - MODALITÀ TRAUMA	378
8.101	TABELLA SISS – MOTIVO DEL RIFIUTO DEL CAMPIONE	378
8.102	TABELLA SISS – REGIME DI EROGAZIONE	379
8.103	TABELLA SISS - RETE DI PATOLOGIA	379
8.104	TABELLA SISS - SEZIONI FASCICOLO	379
8.105	TABELLA SISS – STADIAZIONE CONDENSATA	379
8.106	TABELLA SISS - STATI REFERTO	380
8.107	TABELLA SISS – STATO PRESA IN CARICO.....	380
8.108	TABELLA SISS - TIPI DOCUMENTI LOINC	381
8.109	TABELLA SISS - TIPO ATTIVITÀ CLINICA	381
8.110	TABELLA SISS - TIPO DOCUMENTO	381

8.111	TABELLA SISS - TIPO DOCUMENTO INTERNO	381
8.112	TABELLA SISS - TIPOLOGIE OSSERVAZIONE.....	381
8.113	TABELLA SISS - TIPOLOGIA STRUTTURA.....	382
8.114	TABELLA SISS - VALIDAZIONE SCHEMA	382
9	APPENDICE B – CODICI ERRORE.....	384
10	APPENDICE C – ESEMPI MESSAGGI.....	392
10.1	MDM^T02	392
10.2	MDM^T06	393

1 INTRODUZIONE

Obiettivo del presente documento è la descrizione dei profili adottati, nell'ambito del progetto CRS-SISSL, per la cooperazione applicativa tra i sistemi informatici presenti nelle Aziende Sanitarie secondo i modelli e i processi organizzativi previsti dal progetto di integrazione regionale (rif. [4]). I sistemi interessati alla cooperazione applicativa prevista dal progetto CRS_SISSL sono:

- Anagrafe Aziendale degli Assistiti
- Diagnostica per Immagini (RIS)
- Laboratorio di Chimica Clinica e Immunologia (LIS)
- Dipartimento di Emergenza (Pronto Soccorso)
- Gestione Ricoveri e Lista di Attesa
- Ambulatori
- Reparti
- Repository Documentale (EPR)

Definizione dei profili e contenuto dei messaggi HL7 sono state prodotte tenendo conto della realtà della sanità italiana, nonché delle necessità indotte dal progetto CRS-SISSL.

L'attività di definizione dei profili di integrazione descritti nel presente documento si è ispirata ai profili IHE –HL7, adottando quelli previsti dal comitato IHE ove possibile.

Nel corso del documento si fa riferimento ai profili IHE; in tal caso si intende che i profili descritti si ispirano a quelli adottati da IHE anche se contengono delle lievi difformità richieste dalle esigenze del progetto della Regione Lombardia.

La cooperazione applicativa, per la quale nel presente documento vengono definiti i profili, è realizzata tramite una robusta piattaforma di integrazione certificata J2EE, basata su Web Service e dotata di librerie HL7.

La piattaforma dispone inoltre di un ricco catalogo di adapter tecnologici e di strumenti di orchestrazione utilizzabili per supportare i processi di cooperazione.

1.1 Campo di Applicazione

I profili ed i contenuti dei messaggi HL7, definiti nel presente documento, si intendono vincolanti per tutte le integrazioni interne e sono definite attraverso i modelli proposti dal progetto SISSL (rif. [4]). Eventuali scostamenti da quanto qui enunciato, riscontrati nell'ambito di integrazioni già in corso d'opera, saranno analizzati da parte della Task Force Regionale, che si farà carico di rilevare ed eventualmente autorizzare eventuali deroghe, motivandole. Ogni deroga all'aderenza ai profili o ai contenuti HL7 qui contenuti dovrà essere resa nota a tutti gli operatori coinvolti nelle attività di analisi e verifica delle integrazioni stesse.

1.2 Acronimi e Definizioni

Acronimo	Definizione
----------	-------------

AA	Anagrafe Aziendale degli assistiti e assistibili
ADT	Admission/Discharge/Transfer
BAC	Banca Anagrafe e Codifiche
CDA2	Clinical Document Architecture
CRS	Carta Regionale dei Servizi
CUP	Centro Unico di Prenotazione
DAO	Documento Autorizzazione Oscuramento
DCE	Documento Clinico Elettronico
HL7	Health Level 7
IDBAC	Identificativo BAC : identificativo univoco aziendale della posizione anagrafica
IDMPI	Identificativo univoco aziendale in MPI. acronimo equivalente a IDBAC
IHE	Integrating the Healthcare Enterprise
LIS	Laboratory Information System
MPI	Master Patient Index
NPRI	Nuova Piattaforma Regionale di Integrazione
OMr	Order Manager Regionale
PAM	Profilo IHE “Patient Administration Management”
PIR	Profilo IHE “Patient Information Reconciliation”
PRI	Piattaforma Regionale di Integrazione
PS	Pronto Soccorso
RIS	Radiology Information System
SISS	Sistema Informativo Socio-Sanitario della Regione Lombardia
SWF	Profilo IHE “Scheduled Workflow”

1.3 Riferimenti

I documenti di riferimento per le informazioni tecniche necessarie all'integrazione sono i seguenti:

- [1] **CRS-ISAU-SIAU#63** – Specifiche di Interfaccia Applicativi Utente – Interfacce di fruizione dei Servizi - SEBP - Consultazione Referti Medici (CRM) - Rel.9
- [2] **DC-SEBC_CRM-SIAA#01** - Specifiche di Interfaccia Applicativi esposti agli Aderenti - SEB CRM
- [3] **DC-SCEN-REF#01** - Scenari di Integrazione al SISS - Gestione del Documento Clinico Elettronico presso gli Enti Erogatori
- [4] **AS-SEVO-SELG#01-V02** - Analisi dei processi organizzativi - Modelli di Riferimento - Requisiti Minimi e Vincoli del SIO per l'integrazione al SISS
- [5] **DC-SEBC_FSE-SIAA#01** - Specifiche di Interfaccia Applicativi esposti agli Aderenti - SEB FSE
- [6] **HL7 Messaging Standard Ver. 2.5** - Application Protocol for Electronic Data Exchange in Healthcare Environments
- [7] **IHE-ITI-TF-1** - IHE IT Infrastructure Technical Framework Vol. 1 – Integration Profiles
- [8] **IHE-ITI-TF-2a** - IHE IT Infrastructure Technical Framework Vol. 2a – Transactions
- [9] **IHE-ITI-TF-2b** - IHE IT Infrastructure Technical Framework Vol. 2b – Transactions

- [10] **IHE-TF-1** – IHE Radiology Technical Framework Vol. 1 – Integration Profiles
- [11] **IHE-TF-1** – IHE Radiology Technical Framework Vol. 2 – Transactions
- [12] **IHE-TF-1** – IHE Radiology Technical Framework Vol. 3 – Transactions continued
- [13] **IHE-LTF-1** - IHE Laboratory Technical Framework Vol. 1 – Integration Profiles
- [14] **IHE-LTF-2** - IHE Laboratory Technical Framework Vol. 2 - Transactions
- [15] **IHE Eye Care (EYECARE)** Technical Framework Supplement (Trial Implementation Version)
- [16] **AS-PS_R-SIPR#51** – Piattaforma Regionale d’Integrazione – SISS-Way modulo REF/CON - Specifiche di interfaccia con applicazioni utente
- [17] **DC-SCEN-GPC#01** - Scenari di Integrazione al SISS - Gestione della Presa in Carico

2 IHE: ADERENZA AI PROFILI D'INTEGRAZIONE

È importante fare alcune considerazioni prima di procedere all’analisi degli scenari d’integrazione e le conseguenti implementazioni proposte.

Nel seguito si farà riferimento ai profili e alle transazioni previste dal Technical Framework IHE; ebbene è importante precisare che tali profili, i flussi di messaggi e i messaggi stessi che vengono utilizzati in alcuni casi non seguono fedelmente le direttive d’integrazione IHE in quanto si è reso necessario adattare tali profili agli effettivi flussi di gestione dei dati clinico-amministrativi e di erogazione dei servizi delle nostre strutture sanitarie.

Alcuni scenari d’integrazione proposti nascono in un contesto avulso da quelli che sono i profili IHE ma che sempre a questi si ispirano per la loro implementazione (vedi Order Entry – Alternative Transaction e Ambulatory Scheduled Workflow).

Ciò premesso quelli che vengono qui presentati sono da considerarsi delle linee guida all’integrazione dei sistemi dipartimentali sanitari ispirate alle impostazioni di IHE ma non completamente conformi ad esse.

Esclusivamente per uniformità di presentazione e di trattazione con IHE si fa riferimento a “profili IHE” e a “transazioni IHE” fermo restando il recepimento delle considerazioni sopra fatte.

2.1 Cenni introduttivi su IHE

La presenza di applicazioni HL7 compatibili all’interno di una infrastruttura sanitaria non implica che sia garantita la loro interoperabilità. Questo a causa di svariati fattori:

- le problematiche legate al trasporto dei messaggi non sono indirizzate dallo standard;
- la corrispondenza dei campi all’interno dei messaggi non è sempre stabilita esplicitamente;
- esiste un margine di discrezionalità nell’interpretazione dei singoli campi all’interno dei messaggi;
- la tipologia e la sequenza dei messaggi previsti in un determinato scenario applicativo non sempre è definita rigorosamente;

L’iniziativa IHE ha come obiettivo quello di definire gli scenari di integrazione e specificare, mantenendo come standard di riferimento primari HL7 e DICOM, il contenuto informativo dei singoli messaggi, anche attraverso la definizione di estensioni “nazionali”, cioè regole da applicare per il singolo paese.

2.2 Cenni introduttivi su HL7

HL7 è un protocollo standard per lo scambio dati in forma elettronica in ambiente sanitario. La sua prima formulazione è piuttosto antica (1987), tradizionalmente è stato orientato alle problematiche della sanità statunitense, ed è stato recepito a livello europeo solo in tempi recenti.

2.2.1 Modalità di scambio dei messaggi

Secondo la visione HL7, le transazioni di scambio dati all’interno dell’organizzazione sanitaria ricadono in due grandi categorie: Query e Notifiche. Le query sono attivate su iniziativa dell’operatore sanitario e volte alla ricerca di informazioni, mentre le notifiche sono scatenate dai Trigger Event. La figura seguente evidenzia il tipico scenario della notifica: l’evento “Ricovero di un

“paziente in reparto” attiva un broadcast (o per meglio dire un multicast) di un messaggio HL7 di tipo ADT^A01 a tutti i sottosistemi interessati. Questo non è del tutto coerente con le logiche generalmente utilizzate dai sistemi informativi nella sanità italiana¹, ma è comunque uno scenario previsto e ripreso da IHE, e in quanto tale considerato come possibilità nel presente documento.

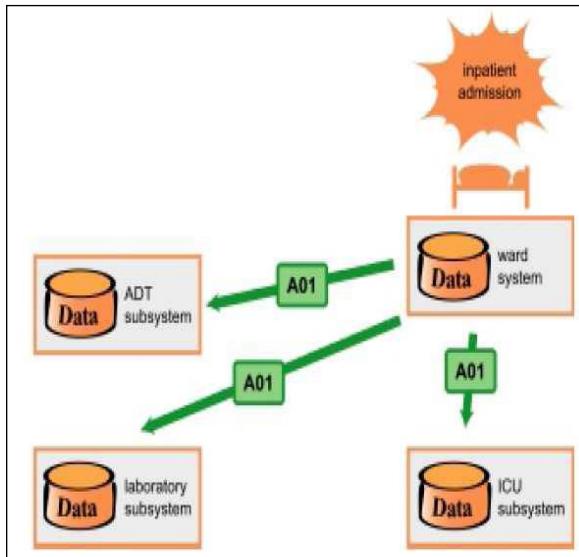


Figura 2.1 - Propagazione dei messaggi secondo lo scenario tipico HL7

2.3 Integrazioni su PRI con standard HL7

L’Architettura della Piattaforma Regionale di Integrazione prevede l’uso di HL7 come protocollo di trasporto dell’informazione per tutti i flussi informativi “interni”, cioè non diretti al SISS.

La Piattaforma Regionale segue la versione dello standard HL7 2.5

2.3.1 Original ACK Mode e Enhanced ACK mode

Ogni messaggio HL7 prevede da parte del ricevente un messaggio di acknowledgement. L’acknowledgement dei messaggi avviene in generale secondo due modalità, denominate “Original Acknowledgement”² e “Enhanced Acknowledgement”³. La piattaforma prevede l’utilizzo della prima modalità (Original Acknowledgement) salvo casi in cui si richiede l’implementazione di una comunicazione asincrona fra l’applicazione inviante e l’applicazione ricevente (ad esempio nel caso della notifica di un referto al Repository Documentale).

¹ Nella nostra realtà è più diffuso il concetto per cui l’informazione resta localizzata e viene resa disponibile in un secondo tempo, oppure viene centralizzata su archivi condivisi.

² HL7#2 Sezione 2.9.2

³ HL7#2 Sezione 2.9.3

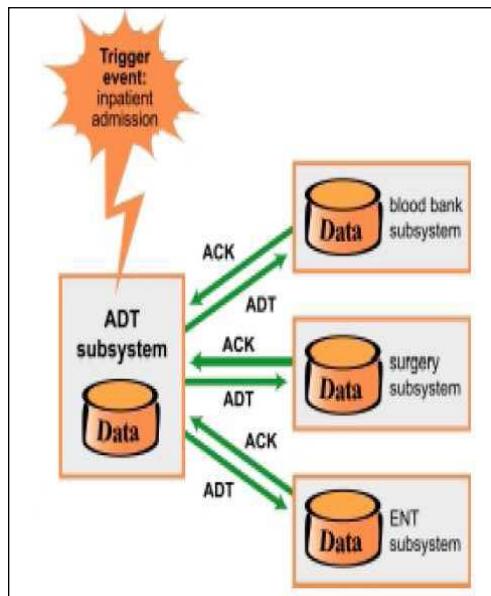


Figura 2.2 - Acknowledgement dei messaggi HL7

La piattaforma JCAPS è in grado di gestire l'accodamento dei messaggi e quindi il delivery asincrono rispetto all'applicazione inviante, quindi per questi casi si applica bene il modello Enhanced Acknowledgment. Questo significa però che l'applicazione che comunica attraverso un canale TCP/IP per la notifica di un messaggio HL7, deve impersonare un client nella prima fase e un server nella fase di ricezione dell'acknowledgement, che in generale avviene su una connessione TCP/IP differente dalla connessione originaria (anche se questo fatto non è oggetto di descrizione formale né in HL7, né in IHE).

2.4 Struttura dei messaggi HL7

Nelle sezioni dedicate alla struttura dei messaggi, questi sono presentati sotto forma tabellare secondo lo stile riportato nei documenti HL7 e IHE, cui si rimanda per approfondimenti. Per ogni messaggio vengono presentati solo i segmenti obbligatori; ove applicabile, l'obbligatorietà del campo è stabilita in accordo con quanto previsto da IHE e dalle eventuali estensioni nazionali.

Le strutture dei messaggi utilizzati dalla Piattaforma Regionale seguono principalmente le indicazioni IHE in termini di segmenti utilizzati e obbligatorietà degli stessi.

A fronte delle esigenze informative delle strutture sanitarie italiane si è reso col tempo necessario apportare delle modifiche ai messaggi iniziali IHE integrando ove necessario segmenti e campi aggiuntivi; tutte le integrazioni ai profili IHE sono ovviamente proseguite secondo le regole dello standard HL7.

Analogamente sono stati implementati su Piattaforma Regionale nuovi profili non attualmente previsti da IHE ma che da IHE hanno preso ispirazione.

3 PATIENT ADMINISTRATION

Il presente capitolo descrive i flussi di integrazione e i messaggi HL7 gestiti dalla Piattaforma Regionale nelle integrazioni tra gli applicativi dipartimentali e l'MPI per la gestione delle anagrafiche aziendali.

Attraverso i servizi di allineamento della Piattaforma Regionale è possibile mantenere allineate le anagrafi locali degli applicativi dipartimentali con l'MPI aziendale.

Un applicativo dipartimentale è integrato attraverso lo standard di messaggi HL7 con cui mantiene allineata la propria anagrafe locale con l'anagrafe aziendale (MPI).

Sono da distinguere due processi di allineamento per l'MPI:

1. Allineamento MPI vs. anagrafi dipartimentali: le anagrafi locali degli applicativi integrati ricevono le modifiche e gli inserimenti apportate ai record anagrafici dell'MPI;
2. Allineamento anagrafi dipartimentali vs. MPI: un applicativo dipartimentale comunica all'MPI le modifiche apportate ad un record anagrafico archiviato nella propria base dati e l'inserimento di nuovi record.

Tramite i servizi offerti dalla Piattaforma Regionale è garantito che ad ogni modifica eseguita su un record anagrafico presente in MPI segua l'allineamento dei corrispondenti dati anagrafici sulle diverse anagrafiche dipartimentali integrate. Infatti a seguito di una operazione di aggiornamento/inserimento/unificazione effettuata su un record anagrafico dell'MPI vengono generati messaggi HL7 (broadcast anagrafico) in grado di notificare agli applicativi dipartimentali integrati le modifiche apportate e permettere l'allineamento delle rispettive anagrafiche locali.

3.1 Gestione Anagrafica Aziendale

Le transazioni di integrazione con l'Anagrafe Aziendale avvengono secondo gli scenari previsti dal profilo PAM (Patient Administration Management) di IHE (rif. [7]) con riferimento al flusso di Patient Identity Management.

Il profilo PAM viene utilizzato per le fasi di allineamento fra Anagrafica Aziendale degli Assistiti (MPI) e anagrafiche dipartimentali in relazione agli eventi di:

- Inserimento nuova anagrafica
- Aggiornamento anagrafica
- Unificazione anagrafiche

In particolare viene implementata la transazione ITI-030 – Patient Identity Management (rif. [8]) i cui messaggi HL7 sono illustrati nella figura seguente.

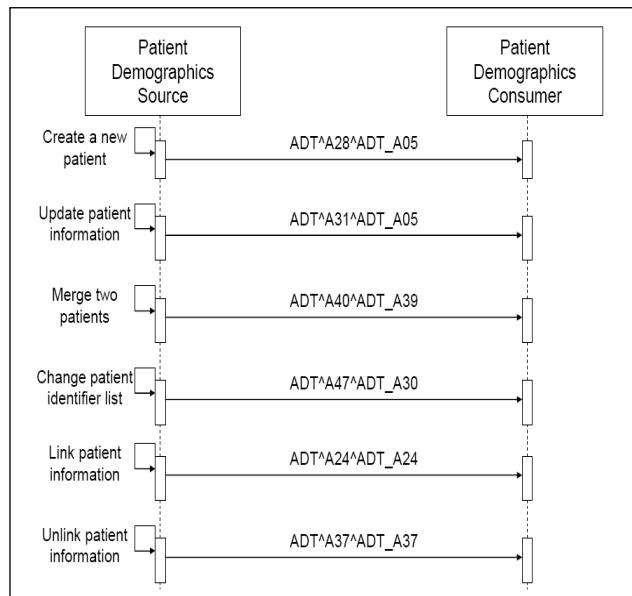


Figura 3.1 - Transaction ITI-30 – Patient Identity Management

I messaggi previsti sono i seguenti:

- ADT^A28 – Inserimento anagrafica
- ADT^A31 – Aggiornamento anagrafica
- ADT^A40 – Unificazione anagrafica con sistema di merge
- ADT^A24 – Unificazione anagrafica con sistema di link
- ADT^A37 – Annullo unificazione con sistema di unlink

La modalità di unificazione può essere una sola, configurata sull’MPI e adottata da tutti gli applicativi aziendali. In particolare:

- l’unificazione tramite operazione di merge consiste nell’ottenere a partire da due record anagrafici (di cui uno ha il ruolo di master e l’altro di slave) un solo record; da tale operazione non è possibile tornare indietro;
- l’unificazione tramite operazione di link consiste nel legare due record anagrafici (di pari grado); tale azione può essere in seguito annullata mediante l’operazione di unlink.

L’utilizzo dei messaggi BAR^P01 (inserimento) e BAR^P05 (aggiornamento) è garantito per compatibilità per le integrazioni già in opera ma non supporta le informazioni previste dai nuovi scenari di identificazione assistito per cui sono da considerarsi deprecati.

Attualmente è prevista l’implementazione del profilo di integrazione con l’MPI sia per le Aziende Ospedaliere che per le ASL.

Nel dettaglio dei segmenti e dei campi, nonché per i codici tabellati, sarà fornita indicazione sul contesto di utilizzo del segmento o del campo.

3.2 Sequenze messaggi HL7

Negli schemi seguenti viene riportata la sequenza dei messaggi che vengono generati ogni qualvolta un dipartimentale di Front Office effettua un aggiornamento sulla anagrafica locale (Scenario 1) e

ogni qualvolta viene effettuato un aggiornamento direttamente sulla base dati aziendale (Scenario 2) mostrando anche il ruolo d'intermediazione del middleware di Piattaforma Regionale.

Scenario 1: aggiornamento sulla base dati locale

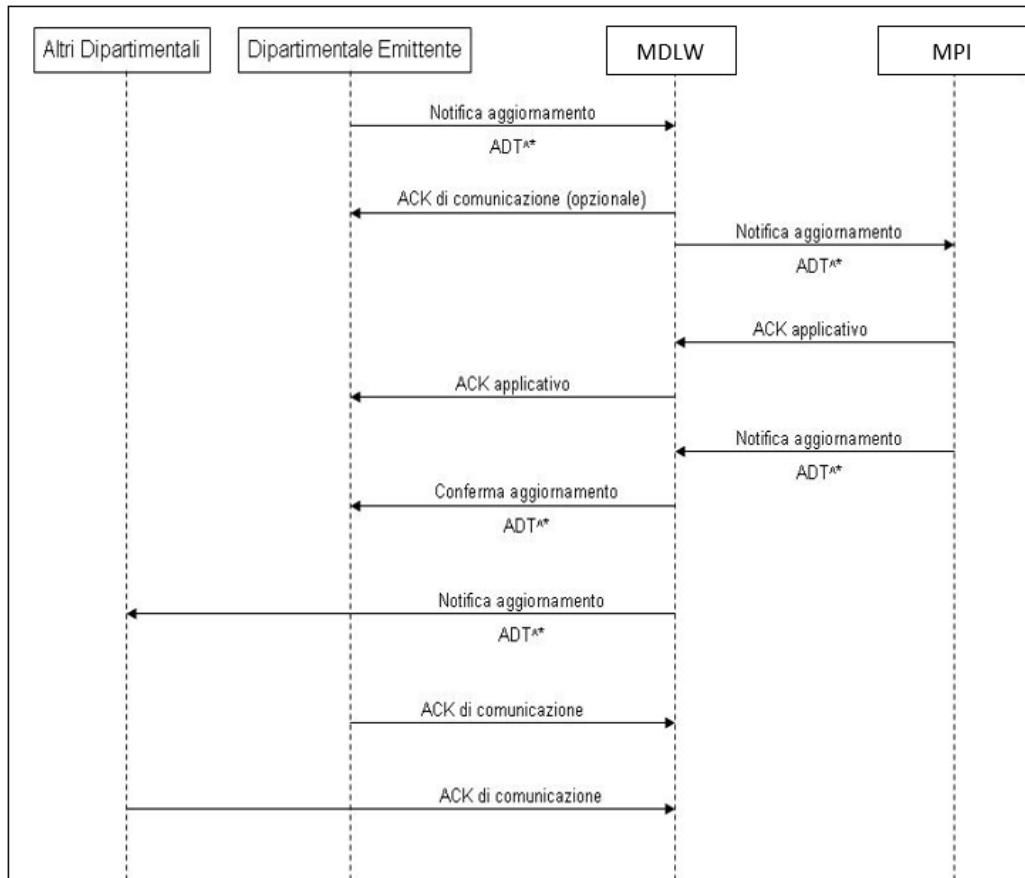


Figura 3.2 - Transazioni per l'aggiornamento della base dati locale

Sequenza dei messaggi:

1. Il dipartimentale effettua l'inserimento/aggiornamento della posizione anagrafica
2. Il dipartimentale invia un messaggio ADT di notifica di inserimento/aggiornamento della posizione anagrafica alla PRI
3. La PRI restituisce un messaggio ACK di comunicazione al dipartimentale e inoltra la notifica all'MPI con un messaggio ADT
4. L'MPI restituisce alla PRI un ACK applicativo che viene inoltrato al dipartimentale per la gestione degli errori
5. L'MPI invia alla PRI un messaggio ADT di notifica dell'inserimento/aggiornamento avvenuto.
6. La PRI inoltra un messaggio ADT al dipartimentale per conferma dell'avvenuto aggiornamento/inserimento e un messaggio ADT di notifica a tutti gli altri dipartimentali
7. I dipartimentali restituiscono alla PRI un ACK di comunicazione

Scenario 2: aggiornamento sulla base dati aziendale

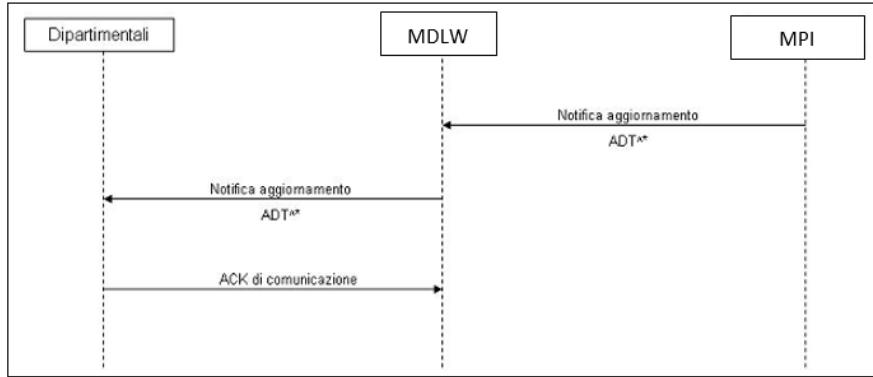


Figura 3.3 - Transazioni per l'aggiornamento sulla base dati aziendale

Sequenza dei messaggi:

1. L'MPI invia alla PRI un messaggio ADT di notifica dell'inserimento/aggiornamento
2. La PRI inoltra un messaggio ADT di notifica ai dipartimentali
3. I dipartimentali restituiscono alla PRI un ACK di comunicazione

3.3 Gestione dell'id anagrafico aziendale

Sono previsti due scenari di gestione dell'identificativo univoco anagrafico del cittadino.

Identificativo assegnato dall'MPI aziendale

Tutti i record anagrafici all'interno dell'azienda vengono associati (e successivamente gestiti) con un identificativo anagrafico generato dall'MPI aziendale.

L'applicativo dipartimentale invia un messaggio di inserimento di un nuovo paziente comunicando all'MPI il proprio identificativo univoco locale dell'assistito; l'MPI assegnerà il proprio identificativo univoco (idBac) all'anagrafica del nuovo paziente dandone evidenza all'applicativo che ha effettuato l'inserimento. Da quel momento quello sarà l'unico identificativo da utilizzare.

Identificativo assegnato dall'applicazione dipartimentale

Ogni applicativo genera all'atto dell'inserimento nella propria base dati di un nuovo assistito un id anagrafico. Il formato degli identificativi da generare (radice e progressivo) devono essere concordati con l'amministratore dell'MPI. L'applicativo dipartimentale deve generare l'id anagrafico secondo l'algoritmo concordato con l'MPI e inviare un messaggio di inserimento della nuova anagrafica.

L'MPI adotterà come identificativo univoco dell'anagrafica del paziente l'idBac ricevuto (generato dal dipartimentale) memorizzandolo come identificativo aziendale univoco dell'assistito.

3.4 Allineamento anagrafico con SISS-Way

L'integrazione con l'Anagrafe degli Assistiti è in un certo senso “anomala” rispetto agli scenari HL7/IHE in quanto lo strato di software SISS-Way (in particolare il modulo SISS-Way MIA) si pone come intermediario fra l'applicativo che si integra e l'Anagrafe Aziendale.

Attraverso l'adapter SISS-Way di Piattaforma è possibile effettuare le seguenti operazioni di gestione anagrafica verso l'MPI aziendale:

- Inserimento di un nuovo assistito identificato dall'anagrafe SISS (CRS cittadino o accesso alla AR)
- Inserimento di un nuovo assistito attraverso la GUI di inserimento del SISS-Way
- Aggiornamento di un assistito attraverso il confronto tra i dati anagrafici ricevuti dal SISS e i dati eventualmente già presenti in MPI.

Tutte le attività di gestione anagrafica gestite attraverso l'adapter SISS-Way non richiedono ulteriori notifiche da parte dell'applicativo dipartimentale verso l'MPI in quanto l'adapter è integrato in modalità sincrona con l'MPI aziendale garantendo l'allineamento contestuale tra i dati restituiti all'applicativo chiamante e l'MPI stessa.

Viceversa tutte le operazioni di inserimento e modifica di un dato anagrafico effettuate direttamente nell'applicativo dipartimentale devono essere notificate all'MPI tramite i messaggi HL7 previsti dagli scenari di integrazione del Patient Administration.

3.5 Profilo PDQ – Query Anagrafica

Come accennato in premessa, in tutte le fasi di accettazione paziente le procedure utilizzano il modulo SISS-WAY MIA per l'accesso coordinato alla CNS, al dominio SISS e all'Anagrafica Assistiti Aziendale. Tuttavia resta disponibile il profilo PDQ per quelle query anagrafiche in cui è noto a priori che la ricerca avviene sul dominio aziendale.

Un esempio tipico potrebbe essere quello in cui un Order Filler riceve un ordine contenente riferimenti anagrafici a lui sconosciuti, e di conseguenza attiva una ricerca sull'Anagrafe Aziendale per recuperare l'intero set di dati anagrafici del paziente.

Il profilo PDQ richiede l'implementazione del messaggio QBP^Q22 (“FindCandidates”) e del corrispondente messaggio di risposta; nel messaggio di risposta è previsto l'utilizzo del segmento ZLT, per restituire alcune informazioni presenti in segmenti non previsti dal messaggio RSP^K22.

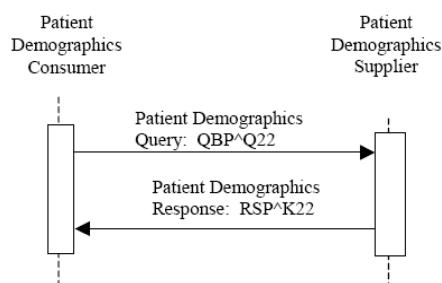


Figura 3.4 - Profilo PDQ (Patient Demographics Query)

4 PATIENT MANAGEMENT

Sono di seguito descritti gli scenari e i profili di integrazione di Piattaforma a supporto della gestione del paziente nelle diverse fasi di contatto con la struttura sanitaria.

4.1 Gestione Movimentazione Pazienti

Le transazioni di integrazione tra applicativi dipartimentali per la gestione della movimentazione del paziente avvengono secondo gli scenari previsti dal profilo PAM (Patient Administration Management) di IHE (rif. [7]) con riferimento al flusso di Patient Encounter Management (ITI-031).

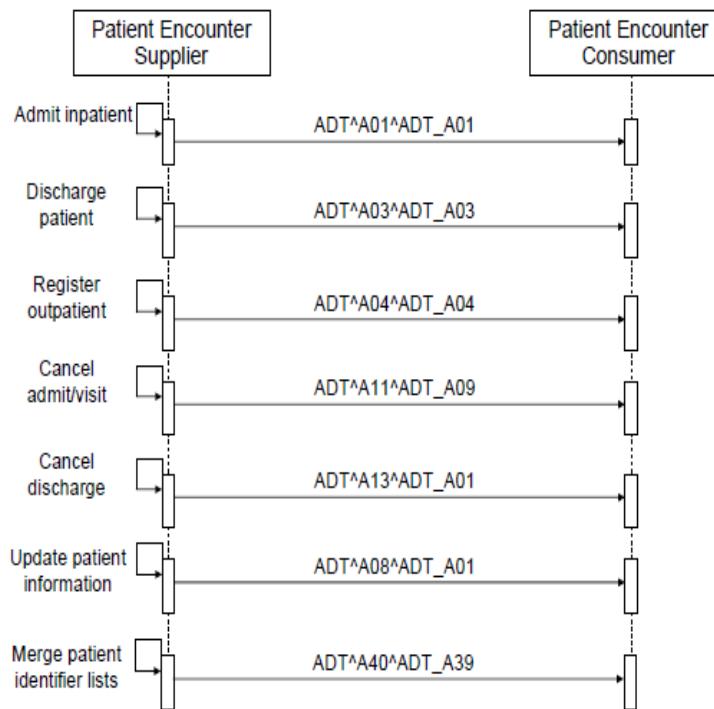


Figura 4.1 - Basic Interaction

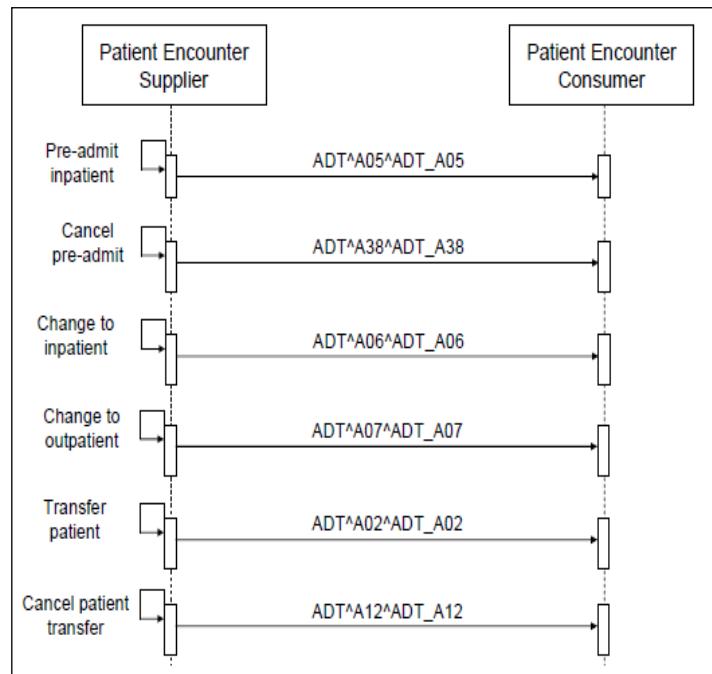


Figura 4.2 - Additional Interaction

4.2 La messaggistica HL7

ADT^A01 – Admit/Visit Notification

Il messaggio ADT^A01 viene generato all’atto dell’ammissione di un paziente ricoverato in una struttura o all’apertura di un ciclo di DH. Quindi viene generato tipicamente da una procedura dei ricoveri e da questa comunicato alle sotto-strutture interessate (CUP, LIS, RIS, PS, ecc.).

ADT^A03 – Patient Discharge

Il messaggio ADT^A03 viene generato all’atto della dimissione di un paziente (da ricovero, da PS, per chiusura ciclo di DH).

ADT^A04 – Register a Patient

Il messaggio ADT^A04 viene generato all’atto della registrazione di un paziente esterno in una struttura. Il messaggio viene utilizzato per:

- Registrazione di un paziente in regime ambulatoriale; quindi viene generato tipicamente da un CUP o direttamente dalla procedura RIS;
- Registrazione dell’accesso ciclico in day hospital; nel caso che la registrazione dell’accesso avvenga al termine dell’accesso medesimo è possibile associare anche l’ora di uscita del paziente;
- Registrazione dell’accesso di un paziente per prestazioni di follow up (post ricovero);
- Registrazione dell’inserimento di un paziente in lista di attesa per un ricovero programmato; operazione tipicamente in carico ad un ADT.

ADT^A11 – Cancel Admit/Visit Notification

Il messaggio ADT^A11 viene generato in caso di annullamento dell’accettazione di un paziente all’interno di una struttura; l’annullamento può essere determinato da un errore o dalla decisione di

non ricoverare il paziente (questo ultimo caso non è applicabile in Italia). Questo messaggio non è inteso per modificare i campi anagrafici del paziente, quindi contiene il set minimo necessario a identificare il paziente e l'episodio di cura.

Il messaggio ADT^A11 viene utilizzato per annullare un messaggio ADT^A01 (ammissione pazienti interni o registrazione ciclo di DH) o un messaggio ADT^A04 (registrazione paziente esterno: ambulatoriale o singolo accesso di DH).

Per tutte le richieste di annullamento devono essere mantenuti invariati i dati del paziente, il codice di presidio e l'identificativo di episodio (nosologico o numero pratica), nel dettaglio:

- Annullamento di una accettazione (ADT^A01): il messaggio A11 deve contenere invariati il presidio e l'identificativo episodio;
- Annullamento di un accesso in Day Hospital Ciclico (ADT^A04): il messaggio A11 deve contenere invariati il presidio, l'identificativo episodio e la data di accettazione in DH.

Nel caso non sia possibile identificare univocamente un evento, non sarà apportato alcun annullamento.

ADT^A13 – Cancel Discharge/End Visit

Il messaggio ADT^A13 viene utilizzato per cancellare gli effetti di una dimissione di un paziente ricoverato in una struttura o della chiusura di un ciclo di DH. Il messaggio deve contenere invariati i dati del paziente, il presidio e l'identificativo dell'episodio⁴.

ADT^A08 – Update Patient Information

Il messaggio ADT^A08 viene utilizzato per aggiornare i dati associati ad un evento sanitario come, ad esempio:

- Informazioni sulla movimentazione paziente in regime di ricovero
- Informazioni sugli interventi di Sala Operatoria

Per tale operazione è consentito utilizzare il messaggio ADT^A08 nel caso in cui non esistano degli eventi di trigger per gli altri messaggi ADT previsti.

Per individuare l'evento (o il messaggio ADT) da modificare con l'invio di un ADT^A08 devono essere mantenuti invariati alcuni riferimenti per identificare opportunamente il messaggio da aggiornare. Alcuni di questi dati variano in funzione del messaggio da modificare.

Per tutte le richieste di modifica devono essere mantenuti invariati i dati del paziente, il codice di presidio e l'identificativo di episodio (nosologico o numero pratica)

In base al messaggio su cui si vuol apportare un aggiornamento valgono ulteriori regole di gestione dei dati che non possono essere diversi da quelli prima inviati:

- Modifica di una accettazione (ADT^A01): il messaggio A08 deve contenere invariati il presidio e l'identificativo episodio.
- Modifica di un trasferimento (ADT^A02): il messaggio A08 deve contenere invariati il presidio, l'identificativo episodio e la data e ora del trasferimento oggetto di annullamento.
- Modifica di una dimissione (ADT^A03): il messaggio A08 deve contenere invariati il presidio e l'identificativo episodio.
- Modifica di un accesso in Day Hospital Ciclico (ADT^A04): il messaggio A08 deve contenere invariati il presidio, l'identificativo episodio e la data di accettazione in DH.

⁴ In aziende multipresidio dovrà essere obbligatoriamente indicato il codice presidio (campo PV1-3.10)

Qualora si volesse modificare uno o più dati tra quelli indicati come necessari per l'identificazione dell'evento oggetto della modifica (v. presidio di ricovero, reparto di destinazione, ...), non sarà possibile utilizzare il presente messaggio, ma sarà necessario procedere con annullamento e nuovo inserimento.

Il messaggio di modifica va compilato con le informazioni che si vuol modificare. Qualora si volesse cancellare una o più informazioni si utilizzerà la modalità prevista dallo standard HL7 (|””|).

ADT^A40 – Merge Patient Identifier Lists

Il messaggio non viene utilizzato in questo contesto.

ADT^A05 – Pre-Admit a Patient

Il messaggio ADT^A05 viene generato all'atto della pre-ammissione di un paziente, cioè quando un paziente viene ammesso nella struttura in regime di pre-ricovero. Viene generato tipicamente da una procedura dei ricoveri, e da questa comunicato alle sotto-strutture interessate (CUP, LIS, RIS, PS, ecc.).

ADT^A38 – Cancel Pre-Admit

Il messaggio ADT^A38 viene generato in caso di annullamento del pre-ricovero di un paziente all'interno di una struttura; l'annullamento può essere determinato da un errore o dalla decisione di non ricoverare il paziente (questo ultimo caso non è applicabile in Italia, di norma il pre-ricovero sfocia in un ricovero oppure il paziente viene dimesso). Il messaggio viene generato tipicamente da una procedura dei ricoveri e da questa comunicato alle sotto-strutture interessate (CUP, LIS, RIS, PS, ecc.).

ADT^A14 – Pending Admit

Il messaggio ADT^A14 viene generato per comunicare la pianificazione del ricovero, vale a dire che il paziente è idoneo per il ricovero. E' usato per inviare informazioni utili a preparare la struttura all'arrivo del paziente.

ADT^A27 – Cancel Pending Admit

Il messaggio ADT^A27 viene generato per cancellare la pianificazione di un ricovero. La cancellazione può essere determinata da un errore nel messaggio ADT^A14 o dalla decisione di non ricoverare il paziente nella data pianificata. Il messaggio deve contenere i campi che permettono di identificare univocamente l'evento da cancellare.

ADT^A06 – Change an Outpatient to an Inpatient

Il messaggio ADT^A06 viene utilizzato per notificare l'avvenuto ricovero di un paziente già presente in azienda ospedaliera, ad esempio un paziente presente in PS. Nel caso di integrazione PS-ADT si possono configurare due casi d'uso: il PS notifica all'ADT il cambio stato del paziente comunicando il solo numero di pratica di PS; sarà poi l'ADT a generare un ADT^A01 contenente il nosologico di ricovero. Qualora anche la generazione del nosologico di ricovero sia in carico al PS tale informazione sarà collocata nel campo PV1-50.

ADT^A07 – Change an Inpatient to an Outpatient

Il messaggio ADT^A07 viene utilizzato per notificare lo stato di paziente esterno relativamente ad un paziente già ricoverato.

ADT^A02 – Patient Transfer

Il messaggio ADT^A02 viene generato all'atto del trasferimento di un paziente ricoverato da un reparto all'altro.

ADT^A12 – Cancel Transfer

Il messaggio ADT^A12, utilizzato per cancellare gli effetti di un trasferimento effettuato per errore, contiene indicazione di data e ora del trasferimento oggetto di annullamento.

Nel caso non sia possibile identificare univocamente un evento, non sarà apportata alcuna modifica.

4.2.1 Precisazioni sul ruolo dell'attore ADT

Tenuto conto del fatto che la realtà della sanità in Italia (ed in Europa) differisce dal modello statunitense, occorre in particolare un chiarimento sul ruolo dell'attore ADT come presentato in HL7/IHE e come inteso nella sanità locale. ADT sta per “Admission, Discharge, Transfer”; la sigla è diffusamente accettata come sinonimo di una procedura di gestione dei ricoveri. Già all'interno di HL7, concetto poi ripreso da IHE, l'attore ADT ha un ruolo più esteso: è in generale qualunque procedura di gestione del contatto paziente-struttura, sia essa relativa a ricoverati (“interni”), ambulanti (“esterni”), pazienti in regime di pre-ricovero, pazienti in regime di Pronto Soccorso. L'attore ADT non è legato ad una particolare struttura/procedura, ma può essere assunto volta per volta da differenti procedure; ad esempio, in una particolare organizzazione si potrebbe ammettere che il paziente che si presenta in PS e qui viene identificato innesta una transazione di classe ADT (intesa come messaggio HL7/ADT).

4.3 L'episodio di Ricovero esteso

L'episodio di ricovero, nella sua accezione più estesa, si suddivide in tre sotto-episodi (o fasi):

- **Pre-degenza:** ha inizio quando il paziente viene inserito in lista di attesa (nel caso di ricovero programmato) e termina con l'accettazione di ricovero. Comprende eventuali accessi in prericovero;
- **Degenza:** ha inizio con l'accettazione di ricovero e termina con la dimissione di ricovero;
- **Post-degenza:** comprende eventuali accessi in azienda successivamente alla dimissione di ricovero.

Di seguito, il diagramma di stato che riassume l'episodio di ricovero.

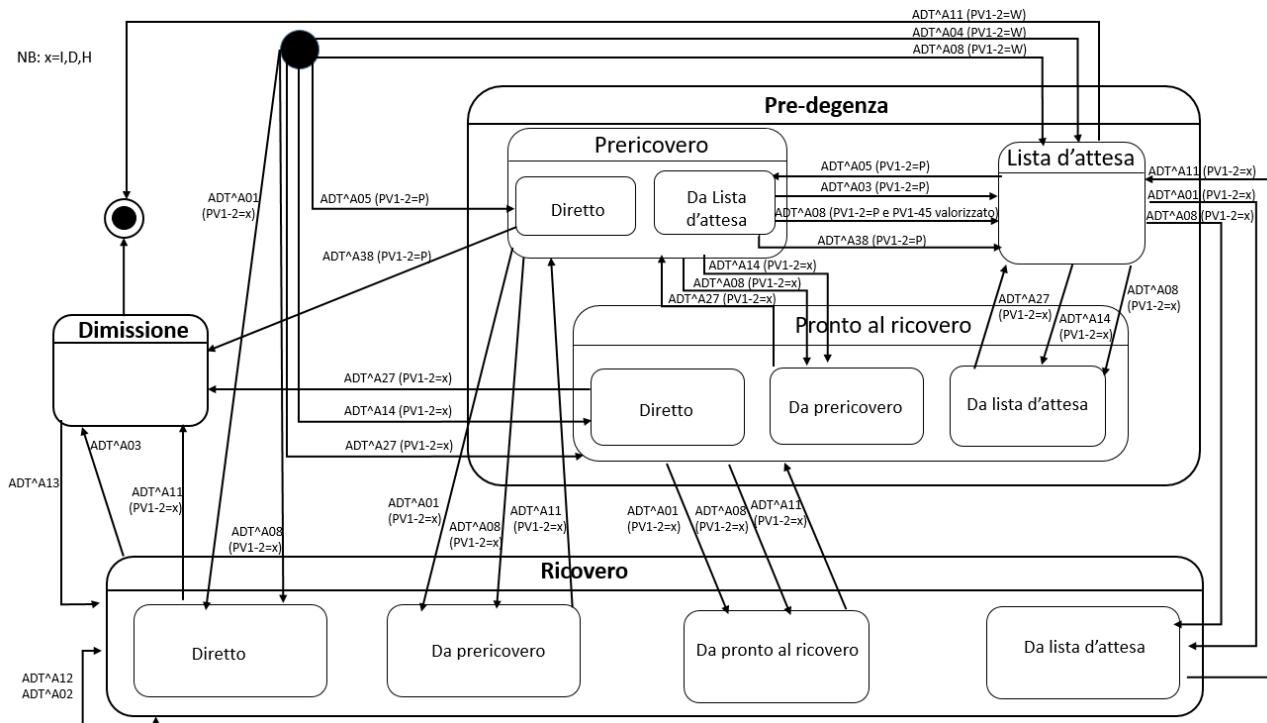


Figura 3 Diagramma di stato per l'episodio di ricovero

4.3.1 Identificativi nell'episodio di Ricovero

Allo stato attuale, il ricovero è identificato dal numero nosologico nel campo **PV1-19 (visit number)**. Tale identificativo viene tipicamente staccato al momento dell'accettazione di ricovero o, in alcune realtà, dell'accettazione di prericovero.

Per gestire interamente l'episodio di ricovero, così come definito nella presente analisi, consentendo di accorpore tutti gli eventi che possono verificarsi quando il nosologico non è impiegabile, si utilizzerà l'identificativo **PV1-5 (preadmit number)**, da assegnarsi al verificarsi del primo evento della fase di pre-degenza, e l'identificativo **PV1-50 (alternate visit ID)**, da assegnare al primo evento della fase di lista d'attesa.

4.3.2 Episodio di ricovero: eventi e fasi

Nell'ambito delle tre fasi identificate su cui può articolarsi l'episodio di ricovero, è opportuno definire l'insieme degli eventi previsti. Segue un dettaglio di tali eventi.

- **Pre-degenza;** sono previsti i seguenti eventi:

- Inserimento in lista di attesa [facoltativo]: indica che il paziente è in attesa di un ricovero. La lista di attesa può essere a data fissa (definita la data di ingresso, in questo caso si parla di ricovero pianificato), a data presunta (definita una data indicativa, ma non ancora confermata) o senza data prevista (inserito in lista senza data).
L'inserimento in lista di attesa è gestito tramite messaggio
 - ⇒ ADT^A04 con PV1-2 = W (waiting list)
 - ⇒ Annullamento: ADT^A11

*Attenzione: è necessario assegnare a ciascun paziente inscritto in lista di attesa un identificativo unico di episodio di "lista di attesa", riportando nel campo **PV1-50**,*

sottocampo CX-1, l'identificativo in questione, nel sottocampo CX4, la sigla "LA", nel sottocampo CX5, la sigla "MRT" e nel sottocampo CX10, il codice di presidio.

- Pianificazione prericovero [facoltativo]: indica che il paziente è stato "chiamato" per effettuare esami/visite in prossimità del ricovero (è stato pianificato il giorno di inizio del prericovero).
- Accettazione prericovero [facoltativo]: indica che il paziente ha iniziato le attività di prericovero. Dal punto di vista della messaggistica, tale evento verrà notificato tramite i seguenti messaggi:
 - ⇒ ADT^A05 con PV1-2 = P (preadmit)
 - ⇒ Annullamento: ADT^A38

Il messaggio deve contenere nel campo PV1-3 il reparto di futuro ricovero [lo stesso della lista di attesa] e nel campo PV1-11 la struttura [reparto o servizio] incaricata di eseguire gli accertamenti di prericovero.

Attenzione: riportare nel campo

- a. PV1-5, sottocampo CX-1, l'identificativo di "pericovero", nel sottocampo CX4, il codice dell'applicativo che genera il prericovero [Es. ADT], nel sottocampo CX5, la sigla "VN" e, nel sottocampo CX10, il codice del presidio.
 - b. PV1-50, sottocampo CX-1, l'identificativo di "lista di attesa", nel sottocampo CX4, la sigla "LA", nel sottocampo CX5, la sigla "MRT" e nel sottocampo CX10, il codice di presidio.
- Dimissione prericovero [facoltativo]: indica che il paziente ha terminato le attività di prericovero. Per comunicare la dimissione da un prericovero è previsto il messaggio ADT^A03. In assenza del messaggio ADT^A03 l'episodio di prericovero sarà considerato chiuso automaticamente dall'EPR nel momento in cui viene ricevuta l'apertura dell'episodio di ricovero associato. In alternativa, è sufficiente aggiornare l'evento di prericovero, con un messaggio ADT^A08, valorizzando la data di chiusura (PV1-45), riportando il paziente in lista di attesa: in questo stato il paziente non è ancora definito idoneo al ricovero e non è stato ancora pianificato il ricovero.
 - Pianificazione ricovero [facoltativo]: indica che il paziente è stato "chiamato" per effettuare il ricovero (è stato pianificato il giorno di ingresso in struttura).

L'evento È gestito tramite il seguente messaggio:

- ⇒ ADT^A14 con PV1-2 = I,D,H (Inpatient)
- ⇒ Annullamento: ADT^A27

Attenzione: riportare nel campo

- a. PV1-50, sottocampo CX-1, l'identificativo di "lista di attesa" eventualmente assegnato al paziente, nel sottocampo CX4, la sigla "LA", nel sottocampo CX5, la sigla "MRT" e nel sottocampo CX10, il codice di presidio.
- b. PV1-5, sottocampo CX-1, l'identificativo "di prericovero eventualmente assegnato al paziente, nel sottocampo CX4, il codice dell'applicativo che ha generato il prericovero [Es. ADT], nel sottocampo CX5, la sigla "VN" e, nel sottocampo CX10, il codice del presidio.

- c. Se già noto al momento della pianificazione del ricovero: PV1-19, sottocampo CX-1, il “nosologico” assegnato al paziente, nel sottocampo CX4, il codice dell’applicativo che ha generato il rivovero [Es. ADT], nel sottocampo CX5, la sigla “VN” e, nel sottocampo CX10, il codice del presidio.

Per poter gestire la catena degli eventi antecedenti al ricovero pianificato.

La comunicazione della pianificazione del ricovero potrebbe non essere implementata, e la chiusura della lista d’attesa e/o del prericovero coincidere con l’apertura dell’episodio di ricovero, e dell’invio del messaggio ADT^A01, di cui appresso.

- **Degenza:** la degenza è caratterizzata dai seguenti eventi:

- Accettazione amministrativa: operazione tipicamente in carico all’ADT, indica che il paziente è degente; in questa fase viene aperta la cartella clinica dell’episodio:
 - ⇒ ADT^A01 con PV1-2 = I (inpatient)
 - ⇒ Annullamento: ADT^A11

Attenzione: riportare nel campo

- a. PV1-50, sottocampo CX-1, l’identificativo di “lista di attesa” eventualmente assegnato al paziente, nel sottocampo CX4, la sigla “LA”, nel sottocampo CX5, la sigla “MRT” e nel sottocampo CX10, il codice di presidio.
- b. PV1-5, sottocampo CX-1, l’identificativo “di prericovero eventualmente assegnato al paziente, nel sottocampo CX4, il codice dell’applicativo che ha generato il prericovero [Es. ADT], nel sottocampo CX5, la sigla “VN” e, nel sottocampo CX10, il codice del presidio.
- c. PV1-19, sottocampo CX-1, il “nosologico” assegnato al paziente, nel sottocampo CX4, il codice dell’applicativo che ha generato il rivovero [Es. ADT], nel sottocampo CX5, la sigla “VN” e, nel sottocampo CX10, il codice del presidio.

Per poter gestire la catena degli eventi antecedenti al ricovero.

- Presenza in carico del paziente (assegnazione posto letto) [facoltativo]: operazione tipicamente in carico al reparto, consiste nell’assegnazione al paziente di un posto letto; questo evento si può verificare solamente se il paziente è stato precedentemente accettato amministrativamente o trasferito
- Pianificazione trasferimento [facoltativo]: è un atto clinico con cui il medico stabilisce la necessità di un trasferimento. Il paziente non viene trasferito ma viene pianificato il suo trasferimento. Avviene prima del trasferimento definitivo del paziente.

I messaggi implicati nella fase di trasferimento sono:

- ⇒ ADT^A15 con PV1-2 = I (inpatient)
- ⇒ Annullamento: ADT^A26

E’ possibile indicare tramite messaggi A15 sia la pianificazione di trasferimento di reparto di cura (medico) sia quella di trasferimento di reparto di allettamento (assistenziale/infermieristico). Nel primo caso si indicherà il trasferimento di reparto nei campi PV1-3 (nuovo) e PV1-6 (precedente), nel secondo si utilizzeranno i campi PV1-11 (nuovo) e PV1-43 (precedente).

La comunicazione della pianificazione del trasferimento potrebbe non essere implementata, prevedendo unicamente l'emissione del messaggio di trasferimento [ADT^A02], di cui appresso, in correlazione con la fase del processo ritenuta funzionalmente e applicativamente più opportuna.

- Trasferimento: indica che il paziente viene trasferito da un reparto all'altro all'interno dello stesso Presidio Ospedaliero. I messaggi implicati nella fase di trasferimento sono:

- ⇒ ADT^A02 con PV1-2 = I (inpatient)
- ⇒ Annullamento: ADT^A12

E' possibile indicare tramite messaggi A02 sia il trasferimento di reparto di cura (medico) sia il trasferimento di reparto di allettamento (assistenziale/infermieristico). Nel primo caso si indicherà il trasferimento di reparto nel campi PV1-3 (nuovo) e PV1-6 (precedente), nel secondo si utilizzeranno i campi PV1-11 (nuovo) e PV1-43 (precedente).

- Movimentazione (out) [facoltativo]: indica che il paziente è in uscita dal reparto indicato; implica che il paziente, pur essendo ricoverato nello stesso luogo, non è presente in reparto perché sta effettuando attività presso altre strutture (es. sala operatoria, sala di somministrazione, ecc.). I messaggi implicati sono:

- ⇒ ADT^A09 con PV1-2 = I (inpatient)
- ⇒ Annullamento: ADT^A52

- Movimentazione (in) [facoltativo]: indica che il paziente è in ingresso nella struttura indicata (es. sala operatoria, sala di somministrazione, ecc. I messaggi implicati sono:

- ⇒ ADT^A10 con PV1-2 = I (inpatient)
- ⇒ Annullamento: ADT^A53

- Pianificazione dimissione [facoltativo]: è un atto clinico con cui il medico stabilisce la data di dimissione. Il paziente non viene dimesso ma viene pianificata la sua dimissione. Avviene prima della dimissione definitiva del paziente dalla struttura sanitaria. I messaggi implicati sono:

- ⇒ ADT^A16 con PV1-2 = I (inpatient)
- ⇒ Annullamento: ADT^A25

La comunicazione della pianificazione di dimissione potrebbe non essere implementata, prevedendo unicamente l'emissione del messaggio di dimissione [ADT^A03], di cui appresso, in correlazione con la fase del processo ritenuta funzionalmente e applicativamente più opportuna.

- Dimissione: indica che il paziente è stato dimesso dalla struttura sanitaria e coincide con il liberarsi del posto letto. Non è possibile registrare ulteriori attività nel diario clinico dell'episodio. È sempre possibile effettuare modifiche a documenti precedentemente prodotti (es. revisione lettera di dimissione):

- ⇒ ADT^A03 con PV1-2 = I (inpatient)
- ⇒ Annullamento: ADT^A13

- **Post-degenza**; indica che il paziente è ancora in cura dopo la dimissione. In questa fase si possono verificare i seguenti eventi:

- Accettazione in post degenza [facoltativo]: indica che il paziente ha effettuato un accesso in follow-up. I messaggi implicati sono:

- ⇒ ADT^A04 con PV1-2 = A (follow-up)
- ⇒ Annullamento: ADT^A11

Attenzione: riportare nel campo

PV1-50, sottocampo CX-1, l'identificativo di "lista di attesa" eventualmente assegnato al paziente, nel sottocampo CX4, la sigla "LA", nel sottocampo CX5, la sigla "MRT" e nel sottocampo CX10, il codice di presidio.

PV1-5, sottocampo CX-1, l'identificativo "di prericovero eventualmente assegnato al paziente, nel sottocampo CX4, il codice dell'applicativo che ha generato il prericovero [Es. ADT], nel sottocampo CX5, la sigla "VN" e, nel sottocampo CX10, il codice del presidio.

PV1-19, sottocampo CX-1, il "nosologico" assegnato al paziente, nel sottocampo CX4, il codice dell'applicativo che ha generato il rivovero [Es. ADT], nel sottocampo CX5, la sigla "VN" e, nel sottocampo CX10, il codice del presidio.

- Chiusura amministrativa episodio [facoltativo]: indica che la cartella clinica associata al ricovero è stata chiusa amministrativamente.

4.3.3 Evento Lista di Attesa

L'inserimento in lista d'attesa rappresenta il primo evento di un processo di ricovero programmato.

Il paziente che necessita di ricovero programmato (es. per un'operazione) viene di norma visitato ambulatorialmente, dove il medico specialista valuta l'opportunità o meno del ricovero e, se il paziente è da ricoverare, lo inserisce in lista di attesa. Nella stragrande maggioranza dei casi, infatti, il MMG propone il ricovero, ma di solito tramite richiesta di consulenza da parte dello specialista.

La priorità in lista di attesa, di norma, non è stabilita in base all'ordine di arrivo (first-in, first-out) ma i pazienti vengono classificati in termini di priorità, e successivamente chiamati, in base a criteri puramente medici. La gestione della lista di attesa comporta una vera e propria prenotazione in quanto la data di convocazione è approssimativa, può variare in funzione della disponibilità di posti letto, oppure un altro paziente può essere inserito in lista di attesa successivamente, ma con priorità maggiore.

La realtà delle aziende sanitarie italiane offre un panorama estremamente eterogeneo in termini di gestione delle liste di attesa e di risorse aziendali (posti letto, disponibilità di sale operatorie, etc...). La gestione di una lista centralizzata, sia essa integrata dall'ADT aziendale o da un applicativo terzo, è da considerarsi una buona pratica presso le aziende ospedaliere; tuttavia molte aziende delegano ancora ai singoli reparti la responsabilità di gestirsi autonomamente le proprie liste di ricoveri programmati.

Ogni azienda quindi di fatto gestisce la condivisione delle informazioni sulle richieste di ricovero e la distribuzione delle risorse interne con modalità proprietarie più o meno informatizzate. Gli scenari illustrati di seguito non scendono quindi nel dettaglio dei processi di gestione interna della singola azienda bensì forniscono le indicazioni per la realizzazione di un processo completo di scambio di informazioni che va dalla richiesta iniziale di ricovero fino all'accettazione del paziente in reparto e il conseguente "scarico" della richiesta dalla lista di attesa.

Si delineano principalmente due modalità di gestione delle liste di attesa per i ricoveri:

Lista d'attesa centralizzata: la gestione della lista di attesa viene effettuata tramite un sistema centralizzato aziendale.

Lista d'attesa di reparto: in questo scenario ogni reparto fa una gestione autonoma delle proprie liste di attesa.

In termini di scenari e flussi di integrazione alle liste di attesa di ricovero tramite standard HL7, si prevede si utilizzare il messaggio ADT^A04 [con Patient Class = “W” (Waiting List)] per comunicare la data di prenotazione del ricovero programmato (coincidente con la data nel campo PV2-8), e la data di proposta del pre-ricovero (coincidente con la data nel campo PV2-48) e l’identificativo assegnato dalla procedura di gestione delle liste d’attesa (campo PV1-50).

Con l’obiettivo di consentire la comunicazione di tali informazioni anche contestualmente ad altri eventi ADT, i campi indicati vengono previsti anche con i seguenti messaggi di Patient Management: ADT^A01, ADT^A05, ADT^A08, ADT^A14.

4.3.4 Evento Pre-ricovero

In molte realtà ospedaliere, alcune attività di tipo diagnostico su pazienti con ricovero programmato, vengono svolte in regime di prericovero ovvero vengono programmate una o più giornate durante le quali vengono svolte attività cliniche propedeutiche che servono a valutare l’idoneità del paziente all’intervento programmato.

Un paziente in pre-ricovero è concettualmente un passo più avanti nella lista di attesa, perché è stata stimata con una certa precisione la data del ricovero. Tutte le indagini diagnostiche eseguite ambulatorialmente in regime di pre-ricovero non vengono pagate dal paziente ma sono da imputare al DRG di ricovero.

L’episodio di prericovero è assegnato tipicamente al reparto che effettuerà poi la seduta in elezione (reparto di cura).

In termini di scenari e flussi di integrazione alle liste di attesa di ricovero tramite standard HL7, si prevede si utilizzare il messaggio ADT^A05 [con Patient Class = “Preadmit”] per comunicare la data di prenotazione del ricovero programmato (coincidente con la data nel campo PV2-8) e l’identificativo assegnato dalla procedura di gestione del prericovero (campoPV1-5).

Con l’obiettivo di consentire la comunicazione di tali informazioni anche contestualmente ad altri eventi ADT, i campi indicati vengono previsti anche con i seguenti messaggi di Patient Management: ADT^A01, ADT^A14, ADT^A08.

4.4 La Gestione del Day Hospital e dei ricoveri ambulatoriali

Gli accessi in Day Hospital (DH) sono particolari tipologie di ricovero, che prevedono da 1 ad n accessi giornalieri tra l’apertura (accettazione) e la chiusura (dimissione) del ciclo.

Il processo di gestione di un ciclo di accessi per mezzo di messaggi ADT di Patient Management prevede i seguenti passi:

- **Apertura evento di DH** attraverso un messaggio ADT^A01 con le seguenti caratteristiche:
 - Campo PV1-2 (Patient Class) valorizzato con “D” (Day Hospital)

- Campo PV1-19 valorizzato con il numero nosologico del ciclo di DH
- Campo PV1-44 valorizzato con la data di accettazione relativa all'episodio
- **Tutti gli accessi di DH** componenti il ciclo attraverso messaggi ADT^A04 con:
 - Campo PV1-2 (Patient Class) valorizzato con "D" (Day Hospital)
 - Campo PV1-19 valorizzato con numero nosologico del ciclo di DH definito in fase di apertura del ciclo
 - Campo PV1-44 valorizzato con data e ora di accesso di DH
 - Campo PV1-45 valorizzato con data e ora di termine dell'accesso di DH
- NOTA: anche se il primo accesso avviene lo stesso giorno/ora dell'apertura dell'evento di DH deve essere inviato un messaggio A04
- **Chiusura evento di DH** attraverso un messaggio ADT^A03 con le seguenti caratteristiche:
 - Campo PV1-2 (Patient Class) valorizzato con "D" (Day Hospital)
 - Campo PV1-19 valorizzato con numero nosologico del ciclo di DH definito in fase di apertura del ciclo
 - Campo PV1-45 con data e ora di dimissione (chiusura del ciclo di DH)

Analogamente agli accessi in DH, i ricoveri che avvengono in regime ambulatoriale (in questa categoria rientrano i ricoveri aperti per la gestione delle prestazioni BIC/BOCA/MAC), prevedono la stessa gestione di invio dei messaggi ADT

4.5 Gestione Move Visit

Accade che un episodio, sia esso di pronto soccorso piuttosto che di ricovero piuttosto che ambulatoriale, venga erroneamente attribuito ad un paziente sbagliato.

Non si tratta del caso di paziente con dati anagrafici incorretti ma specificatamente di una errata attribuzione dei dati di visita di un paziente ad un altro paziente. Ciò può accadere ad esempio per errori di "identificazione" dell'assistito (casi di omonimia o assomiglianza di dati cognome e nome).

In questi casi quando viene riscontrato che l'accesso (e tutta la pratica clinica) è stato erroneamente associato ad una anagrafica di un altro paziente occorre procedere allo "spostamento" dei dati dell'episodio sotto l'anagrafica corretta.

Allo scopo si utilizza il messaggio di Move Visit Information ADT^A45, descritto al paragrafo 7.3.13; tale messaggio permette di spostare gli episodi dal paziente erroneamente identificato a quello corretto.

Il messaggio notifica i dati del paziente corretto, il numero di episodio nel campo PV1-19 (pratica di PS o nosologico di ricovero) e i dati del paziente utilizzato erroneamente.

A fronte di questo messaggio gli applicativi eroganti dovranno provvedere alla revisione delle richieste legate all'episodio, spostando tutte le richieste ad esso afferenti da una anagrafica ad un'altra. Dopo un move visit le richieste di ordine saranno associate quindi al paziente corretto eventualmente riproponendo l'id di accesso iniziale (associato al paziente errato). Si rimanda all'analisi dei singoli casi di integrazione se la gestione funzionale del messaggio di move visit deve essere automatica o manuale di dover annullare.

Nel caso che fossero stati prodotti documenti clinici per il paziente errato (firmati e archiviati sul Repository aziendale) è opportuno procedere con l'annullamento dei documenti e la produzione dei nuovi referti associati al paziente corretto.

4.6 Broadcast messaggi HL7 per gestione pazienti cronici

In questo capitolo vengono riportati i messaggi HL7 da utilizzare per descrivere il processo di presa in carico dei pazienti cronici.

La soluzione prevede che sia l'applicativo di gestione della presa in carico ad inviare, quando serve, i messaggi HL7 ai possibili destinatari interessati; laddove sia presente la piattaforma regionale di integrazione PRI, sarà compito del middleware di integrazione occuparsi dell'invio multiplo dei messaggi.

Di seguito verranno elencati i messaggi HL7 utilizzati per descrivere gli eventi associati alla gestione dei pazienti cronici.

4.6.1 Messaggistica HL7

1. ADT^A01 – Admit/Visit Notification

Il messaggio ADT^A01 viene utilizzato per inviare i dati clinici di un paziente preso in carico.

2. ADT^A05 – Pre-Admin a Patient

Il messaggio ADT^A05 viene utilizzato per inviare i dati clinici di un paziente cronico durante le fasi di ingaggio (prenotazione / firma del patto di cura)

3. ADT^A38 – Cancel Pre-Admin

Il messaggio ADT^A38 viene utilizzato per annullare un messaggio ADT^A05

4. ADT^A08 – Update Patient Information

Il messaggio ADT^A08 viene utilizzato per aggiornare i dati clinici associati alla presa in carico di un paziente (es. clinical manager).

5. ADT^A11 – Cancel Admit/Visit Notification

Il messaggio ADT^A11 viene utilizzato per annullare la presa in carico di un paziente.

6. ADT^A03 – Patient Discharge

Il messaggio ADT^A03 viene utilizzato per chiudere l'evento di presa in carico di un paziente; tale messaggio verrà inviato in due casi:

- A. Finisce il periodo di presa in carico da parte dell'ente gestore.
- B. Il paziente decide preventivamente di terminare il rapporto con il proprio ente gestore.

7. ADT^A13 – Cancel Discharge/End Visit

Il messaggio ADT^A13 viene utilizzato per annullare la chiusura della presa in carico di un paziente

5 ORDER MANAGEMENT

Di seguito sono descritte le transazioni e i flussi di integrazione gestiti dalla Piattaforma Regionale per la gestione delle richieste di prestazioni.

La gestione degli Ordini vede l'interazione tra due attori IHE:

- Order Placer: sistema richiedente le prestazioni
- Order Filler: sistema erogatore che riceve le richieste di prestazioni

Nei flussi di PRI si identificano, in base al contesto di erogazione delle prestazioni, i seguenti attori IHE e i corrispettivi applicativi dell'azienda:

- Order Placer: CUP, Procedura di Reparto, Pronto Soccorso
- Order Filler: Radiologia, Laboratorio, Ambulatorio

In base agli scenari IHE e alle transazioni HL7 ogni attore coinvolto nella gestione degli ordini segue un determinato profilo di integrazione. Si distinguono così i due profili di gestione:

- Placer Order Management: le comunicazioni che nascono da un Order Placer verso un Order Filler. Si distinguono quindi le diverse transazioni in base alla tipologia di erogatore:
 - RAD-2: integrazioni con i sistemi RIS
 - LAB-1: integrazioni con i sistemi LIS
 - AMB-1: integrazioni con i sistemi AMB
- Filler Order Management: le comunicazioni che nascono da un Order Filler verso un Order Placer. Si distinguono le seguenti transazioni:
 - RAD-3: per i sistemi RIS
 - LAB-2: per i sistemi LIS
 - AMB-2: per i sistemi AMB

La PRI gestisce un'ulteriore integrazione che può essere vista come una variazione alle integrazioni standard previste da IHE/HL7, necessaria per la gestione dei processi aziendali soprattutto ai fini amministrativi. L'integrazione si realizza tra i sistemi PS e CUP che rappresentano rispettivamente un attore Order Filler e un Order Placer. A supporto di questa integrazione vengono implementate le transazioni AMB-1 (Placer Order Management) e AMB-2 (Filler Order Management).

5.1 Identificazione dell'ordine

Ogni richiesta di prestazione deve essere univocamente caratterizzata all'interno dell'azienda nel processo di gestione dell'ordine tra tutti gli attori coinvolti.

Nell'ambito delle integrazioni tra applicativi mediante la PRI si individua un insieme di informazioni (attributi) della singola prestazione che viene richiesta.

Innanzitutto occorre fare una precisazione in merito alla terminologia prevista dallo standard HL7, e adottata anche dalla PRI, relativa alle prestazioni ordinate.

Si definiscono infatti:

- **Ordine:** si definisce 'ordine' la singola prestazione che si richiede all'erogatore. Ad ogni ordine corrisponde un segmento ORC con i relativi attributi.

- **Richiesta:** si definisce 'richiesta' un messaggio HL7 inviato ad un erogatore contenente uno o più ordini.

Gli attributi che seguono invece che sono associati ad ogni singola prestazione consentono di caratterizzare univocamente ogni singolo ordine che viaggia tra gli applicativi richiedenti e gli applicativi erogatori integrati in azienda.

Numero d'ordine del richiedente (Placer Order Number): identificativo univoco dell'ordine assegnato dal Placer. Serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Placer che genera richieste. Il valore è contenuto nel campo ORC-2 dei messaggi HL7.

Numero d'ordine dell'erogatore (Filler Order Number): identificativo univoco dell'ordine che viene assegnato dal Filler al singolo ordine. Serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Filler che riceve una richiesta dal Placer o che eroga prestazioni direttamente (es. nel caso di aggiunta di nuove prestazioni su una richiesta ricevuta o nel caso di accettazione diretta). Il valore è contenuto nel campo ORC-3 dei messaggi HL7.

Numero di raggruppamento degli ordini (Placer Group Number): identificativo univoco assegnato dal Placer per raggruppare un insieme di ordini e poterli identificare successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Placer che genera richieste (nel caso di un CUP può coincidere con il numero di prenotazione) e in particolare deve essere mantenuto invariato sulle prestazioni (ordini) che appartengono alla stessa richiesta. Il valore è contenuto nel campo ORC-4 dei messaggi HL7.

A queste si aggiungono gli identificativi degli applicativi Order Placer e Order Filler, presenti su ogni messaggio di richiesta di prestazione.

Oltre agli attributi di ogni richiesta previsti dallo standard HL7 sono altresì da tenere in considerazione le informazioni associate alla richiesta ereditate dal processo di gestione del Fascicolo Sanitario Elettronico nell'ambito del progetto SISS.

In particolare:

Identificativo Univoco della Prescrizione (o IUP): è l'identificativo della "ricetta" che il medico fornisce al cittadino per richiedere le prestazioni ambulatoriali. Per definizione uno IUP può essere associato a più prestazioni.

Codice RUR: è il codice stampato sulla ricetta che, come lo IUP, è associato a più prestazioni.

Codice NRE: è il codice della ricetta elettronica, in alternativa al codice RUR.

5.2 Gestione anagrafica paziente

Sia lo standard HL7 che IHE considerano ben distinti i profili di gestione dell'anagrafica degli assistiti da quelli di gestione degli ordini.

In base agli scenari di integrazione applicati su PRI la gestione delle anagrafiche dei pazienti che accedono alla struttura sanitaria è supportata dall'implementazione dello scenario di Patient Administration (Cap. 3). In tal modo le anagrafiche degli applicativi dipartimentali coinvolti nella gestione degli ordini sono allineate all'anagrafica centrale (MPI).

Nonostante ciò nella gestione degli ordini si delineano i seguenti casi d'uso di propagazione dei dati anagrafici dell'assistito integrati nel messaggio d'ordine:

- **Caso d'uso 1**

Il segmento PID contiene solo i dati obbligatori per lo standard HL7. Questa gestione presuppone l'integrazione degli applicativi dipartimentali con la PRI e la gestione delle transazioni di Patient Administration

- **Caso d'uso 2**

Il segmento PID può contenere l'intero set di dati anagrafici del paziente gestiti nell'integrazione aziendale. La gestione dell'intera anagrafica può essere utilizzata nei contesti nei quali è importante avere a disposizione tutti, o la maggior parte, delle informazioni anagrafiche dell'assistito. Questa modalità consente di avere a disposizione i dati anagrafici necessari anche nel caso in cui si fossero verificati dei problemi nell'attuazione delle transazioni del Patient Administration per la propagazione dell'anagrafica dell'assistito al dipartimentale che ne necessita.

- **Caso d'uso 3 – Deprecato**

Ogni messaggio ORM può essere preceduto da un messaggio ADT contenente i dati anagrafici del paziente. Questa modalità d'integrazione, inizialmente prevista sulla piattaforma regionale a supporto delle prime integrazioni presso le AO in cui non era ancora implementato il sistema di allineamento anagrafico aziendale, è da considerarsi deprecata.

5.3 Flussi di integrazione

Sono di seguito descritti i processi di gestione degli ordini tra un Order Placer e un Order Filler. Per i dettagli sulle modalità di valorizzazione dei campi identificativi degli ordini e delle richieste vedi cap. 7.4.

5.3.1 Nuovo Ordine da Placer a Filler

Il servizio richiedente invia una richiesta contenente i dettagli dell'ordine al servizio erogatore. Generalmente gli applicativi Order Placer sono applicativi che effettuano l'accettazione del paziente e, nei casi del Reparto o del PS, ne seguono il processo di cura. Di conseguenza rappresentano i servizi che effettuano delle richieste di ordini verso un erogatore.

5.3.2 Modifica di un ordine da Placer a Filler

La modifica di un ordine può consistere in diversi casi d'uso:

1. Cancellazione di un ordine: il placer invia la cancellazione di un ordine appartenente ad una precedente richiesta.

2. Aggiunta di un ordine su una precedente richiesta: il placer invia un nuovo ordine che si aggiunge a quelli inviati con una precedente richiesta.
3. Aggiornamento dei dati relativi ad un ordine: il placer invia i nuovi attributi relativi ad un ordine precedentemente richiesto. È possibile inviare la modifica di tutti gli attributi dell'ordine (attributi amministrativi, sala erogazione, data erogazione, ecc.) tranne il numero dell'ordine (Placer Order Number) e dei relativi numeri identificativi (Filler Order Number e Placer Group Number). La modifica dell'ordine viene gestita dal caso d'uso che segue.
4. Sostituzione di un ordine appartenente ad una richiesta precedentemente inviata: in questo caso si modifica il tipo di prestazione richiesta con l'ordine e non i suoi attributi. Tale sostituzione di un ordine si realizza con una sequenza di richieste di cancellazione del precedente ordine e di invio di un nuovo ordine.

In generale una modifica di un ordine può essere gestita inviando all'erogatore le comunicazioni di aggiornamento relative al singolo ordine appartenente ad una precedente richiesta. Ovviamente il caso di una richiesta composta da un unico ordine rappresenta la condizione di egualanza tra aggiornare un ordine e aggiornare l'intera richiesta.

È possibile che un applicativo non gestisca la modifica del singolo ordine di una richiesta. In questo caso un aggiornamento/sostituzione di un ordine si realizza con la cancellazione preventiva della precedente richiesta (ossia di tutti gli ordini in essa contenuti) e l'invio di una nuova richiesta aggiornata.

Le modalità di gestione delle modifiche di un ordine dipendono quindi dalle possibilità applicative dagli applicativi integrati.

5.3.3 Aggiornamento di un ordine da Filler a Placer

L'applicativo erogatore Filler notifica al richiedente tutte gli aggiornamenti relativi alla lavorazione dell'ordine ricevuto o delle modifiche all'ordine ricevuto. Sono quindi compresi nello scenario di modifica di un ordine da Filler a Placer le attività di:

- Aggiornamento dello stato di un ordine
- Aggiunta di una nuova prestazione all'ordine

5.3.3.1 Aggiornamento unsolicited dello stato di un ordine

Il filler comunica al placer lo stato di elaborazione dell'ordine durante la sua lavorazione. L'ordine passa per i seguenti stati (Tabella HL7 #0038 – Order Status)

Valore	Descrizione HL7	Significato
SC	In process, scheduled	Ordine schedulato
DC	Order was discontinued	L'ordine è stato sospeso prima dell'inizio della lavorazione
IP	In process, unspecified	Ordine in esecuzione
HD	Order is on hold	Ordine in attesa. L'ordine è stato temporaneamente fermato nella lavorazione.
A	some, but not all, results available	Alcuni risultati sono disponibili
CM	Order is completed	L'ordine è stato eseguito.
CA	Order was cancelled	L'ordine è stato cancellato
ER	Error, order not found	Ordine non trovato

In base alla codifica degli stati di un ordine sullo standard HL7 la lavorazione dell'ordine può passare logicamente per i seguenti stati con la sequenzialità indicata:

SC→DC→IP→HD→A→HD→CM

Lo stato di Cancellato (CA) è uno stato che può essere intervenire in qualsiasi momento durante la lavorazione dell'ordine.

Lo stato di Non trovato (ER) va utilizzato nel caso in cui l'erogatore riceve notifiche dal Placer (ad es. richiesta di modifica di un ordine) su un ordine che non risulta sul proprio sistema (non trovato).

Lo stato di sospensione (HD) può essere utilizzato per segnalare la temporanea interruzione della lavorazione sia prima che dopo aver ottenuto dei risultati.

Gli stati dell'ordine previsti dalla PRI non sono tutti obbligatori ma dovranno concordati tra gli attori coinvolti nell'integrazione, in ogni caso tenendo conto della sequenza sopraindicata.

L'aggiornamento dello stato dell'ordine deve essere effettuato comunicando al placer l'immagine attuale dello stato dell'ordine. Questa modalità consente di comunicare sia aggiornamenti progressivi nella lavorazione, ad es. l'ordine che passa da SC a IP, sia nel caso di ripristino di stati precedenti dovuti ad errori di comunicazione sullo stato di lavorazione dell'ordine.

Il placer che acquisisce gli aggiornamenti provenienti dal filler dovrà gestire correttamente eventuali situazioni anomale.

5.3.3.2 Prestazioni aggiuntive da Filler a Placer

L'erogatore può aggiungere delle prestazioni alla richiesta originale pervenutagli dall'Order Placer. Sulla nuova prestazione dovranno essere indicati tutti i possibili riferimenti per associarla all'ordine originale. In particolare la nuova prestazione apparterrà ad un set di ordini ricevuto dal placer piuttosto che alla stessa prescrizione nel caso di prestazioni normate. Quindi il filler dovrà utilizzare gli identificativi ricevuti dal placer per accorpore la nuova prestazione alle precedenti dove necessario o possibile.

5.3.4 Prenotazione esami

È previsto uno scenario di utilizzo del messaggio di richiesta prestazioni per la gestione di una prenotazione dell'ordine. È il caso in cui ad esempio sia presente una struttura centrale, ovvero un CUP, in grado di gestire le richieste di ordini verso i dipartimentali. Nella fattispecie è possibile inviare un primo messaggio di richiesta ad un Order Filler effettuando una prenotazione di un esame da erogare in altra data. Al momento dell'accettazione amministrativa del paziente presso la struttura ospedaliera alla data prestabilita la prenotazione viene confermata con un secondo messaggio di richiesta.

5.3.5 Accesso Diretto

È possibile che il paziente effettui un accesso diretto presso la struttura del servizio erogatore (ad es. accettazione diretta in radiologia).

In questo caso il servizio erogatore non riceve esplicitamente richieste di ordine da un Order Placer ma gestisce direttamente le accettazioni e svolge le attività di erogazione secondo gli scenari sopra descritti. In questo caso l'erogatore invia i relativi messaggi HL7 al sistema aziendale centralizzato di gestione degli ordini, tipicamente il CUP.

5.4 Integrazione con sistemi di RIS

Di seguito sono illustrati i flussi riguardanti la gestione degli ordini di radiologia su Piattaforma Regionale.

5.4.1 Profilo Scheduled Workflow (SWF)

La gestione degli ordini di radiologia su piattaforma è basata sul profilo IHE dello Scheduled Workflow di cui sono illustrate in figura le transazioni interessate per la produzione di ordini di radiologia.

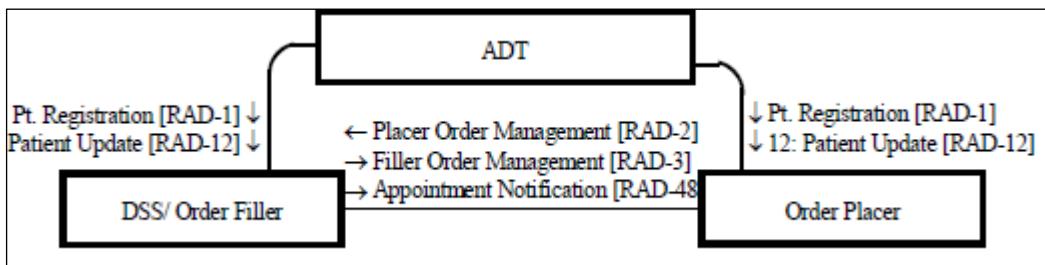


Figura 5.1 - Profilo Scheduled Workflow

Lo Scheduled Workflow Profile nasce essenzialmente per la Radiodiagnostica e non è un caso che esso copra la gran parte delle aree funzionali tipiche di una radiologia, comprendendo anche il processo di produzione, archiviazione e retrieval delle immagini. Per quanto concerne le aree indirizzate dalla Piattaforma Regionale di Integrazione, le sole funzionalità di interesse sono quelle “di confine”, e cioè quelle che riguardano gli attori: ADT, Order Placer, Order Filler⁵.

Traducendo in pratica quelli che sono gli attori interessati nella nostra realtà:

- Order Placer: CUP, Procedura di Reparto, Pronto Soccorso.
- Order Filler: Radiologia.
- ADT: Procedura Ricoveri, CUP, generica procedura di gestione del front-office.

Le transazioni previste dal profilo sono le seguenti:

- RAD-1: Patient Registration
- RAD-2: Placer Order Management
- RAD-3: Filler Order Management
- RAD-12: Patient Update
- RAD-48: Appointment Notification

Il profilo SWF prevede come obbligatori (limitandosi alla parte di interazione fra i tre attori coinvolti) le transazioni RAD-1, RAD-2, RAD-3, RAD-12.

Le transazioni RAD-1 e RAD-12 ricadono nella gestione del Patient Administration (rif. 3). Per la transazione RAD-48 vedi par. 5.7.

Verranno di seguito analizzate le transazioni RAD-2 e RAD-3, espressamente dedicate alla gestione delle richieste d'ordine.

⁵

IHE-TF#1 – sezione 3.1

L'applicabilità concreta di ogni transazione, in toto o in parte, dipende dalla particolare organizzazione dell'azienda e da quali procedure (CUP, Reparti, Ambulatori, PS, ecc.) assumono il ruolo di Order Placer. Ad esempio, nel caso di azienda con front-office concentrato nel CUP, e in cui non si ammette la possibilità di accettazione o prenotazione diretta in Radiodiagnostica, la transazione RAD-3 non è applicabile.

5.4.2 Transazione RAD-2 (Placer Order Management)

La transazione RAD-2⁶ è gestita dagli attori: Order Placer e Order Filler. Comprende i messaggi HL7 necessari a inviare gli ordini (richieste di prestazioni) ed eventualmente cancellare o modificare un ordine precedentemente fatto dall'Order Placer all'Order Filler.

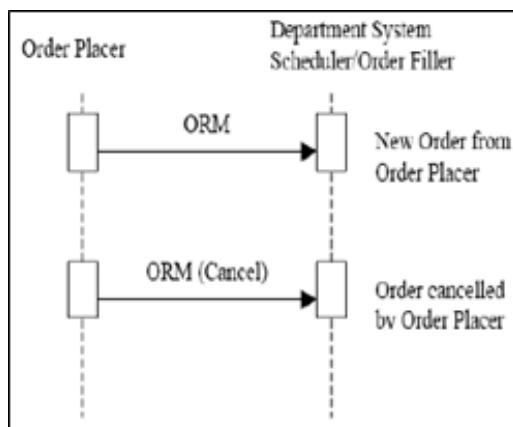


Figura 5.2 - Scenario di integrazione RAD-2

Secondo le specifiche IHE della transazione RAD-2 l'unico messaggio HL7 previsto è il messaggio ORM^O01.

Si riportano di seguito i casi d'uso previsti per la transazione RAD-2.

5.4.2.1 Nuovo Ordine

L'Order Placer invia una nuova richiesta di prestazioni all'Order Filler.

5.4.2.2 Modifica di un ordine

L'Order Placer invia una modifica sulla precedente richiesta di prestazioni.

5.4.2.3 Prenotazione esami

È previsto uno scenario di utilizzo del messaggio ORM per la gestione di una prenotazione dell'ordine. È il caso in cui ad esempio sia presente una struttura centrale, ovvero un CUP, in grado di gestire le richieste di ordini verso i dipartimentali. Nella fattispecie è possibile inviare un primo messaggio ORM ad un Order Filler effettuando una prenotazione di un esame da erogare in altra data. Al momento dell'accettazione amministrativa del paziente presso la struttura ospedaliera alla data prestabilita la prenotazione viene confermata con un secondo messaggio ORM.

⁶

IHE Technical Framework, Vol.2 – sezione 4.2

5.4.2.4 Accettazione Diretta

Nel caso in cui sia prevista l'accettazione diretta in Radiodiagnostica sarà il RIS a trasmettere gli ordini al CUP, generalmente a fini amministrativi. In questo scenario viene quindi implementato solo il profilo RAD-3.

5.4.2.5 Transazione RAD-2 – scenario complesso

La gestione degli ordini che viene proposta ha l'intento di fornire agli attori in gioco gli strumenti per gestire i diversi casi d'uso che possono presentarsi nella realtà quotidiana di una struttura sanitaria. La nuova implementazione prevede infatti la possibilità di far inviare dall'Order Filler una risposta applicativa strutturata che possa fornire maggiori dettagli su azioni effettuate a seguito di una generica richiesta da parte di un Order Placer ovvero un'applicazione di reparto, il CUP, il PS o qualsiasi altro sistema in grado di registrare ordini.

Si è quindi ipotizzato di utilizzare il messaggio **ORR – General Order Response** come risposta di acknowledgement ad un generico messaggio **ORM – General Order Request**.

La messaggistica utilizzata per le transazioni segue la versione 2.5 dello standard HL7.

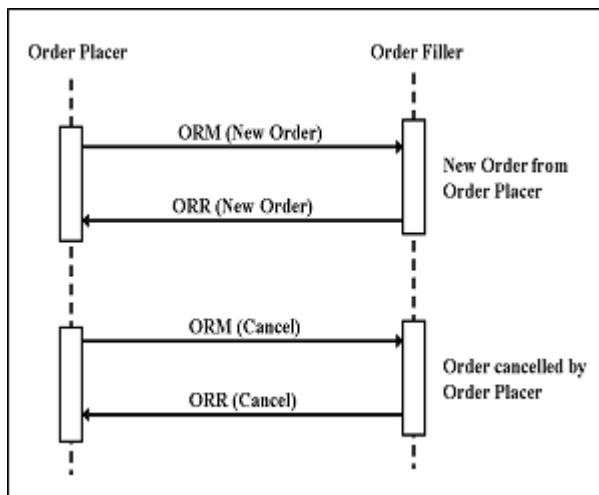


Figura 5.3 - Placer Order Management (Alternative transactions)

La decisione di presentare un profilo alternativo a quello attualmente riconosciuto e in uso è dovuta alla necessità di regolamentare lo scambio di richieste di prestazioni in base alle diverse esigenze e casi d'uso che nella realtà di una struttura sanitaria si presentano quotidianamente.

Ad esempio può risultare utile prevedere situazioni, e quindi una messaggistica appropriata, come quelle qui descritte:

- a. presa in carico dell'ordine da parte del servizio diagnostico. Talvolta non è possibile programmare l'ordine ed assegnargli quindi uno slot per l'indisponibilità momentanea della risorsa che può essere dovuta a varie ragioni, tra cui un guasto tecnico, la necessità di concordare personalmente con qualcuno l'impegno della risorsa (si pensi alle consulenze ma anche a quegli esami per i quali è necessaria la presenza di un tecnico particolare), blocco del sistema diagnostico, etc. In tutti questi casi sarebbe opportuno disporre di un profilo per notificare all'Order Placer la presa in carico dell'ordine con le riserve del caso.

- b. ri-schedulazione dell'appuntamento da parte dell'Order Placer. Deve essere previsto anche questo caso che può essere indotto dal paziente o dal reparto che ha in cura il paziente.
- c. sospensione o cancellazione dell'ordine da parte dell'Order Placer in seguito ad esempio ad una complicanza, concorrenza di attività, e così via.
- d. necessità di apportare modifiche nella richiesta di prestazioni, a causa di errori di inserimento, o di cancellare l'intera richiesta.

Inoltre in tutti questi casi è opportuno prevedere una risposta “attiva” da parte di un Order Filler che riceve la richiesta con cui sia possibile avere uno scambio di informazioni bidirezionale che renda gestibile le diverse situazioni.

Attualmente vengono proposte la gestione di richieste di un nuovo ordine e di cancellazione.

5.4.3 Transazione RAD-3 (Filler Order Management)

La transazione RAD-3 viene implementata dall'Order Filler (cioè l'erogatore di prestazioni) per comunicare all'Order Placer:

- la creazione di un nuovo ordine
- la modifica di un ordine
- la cancellazione dell'ordine

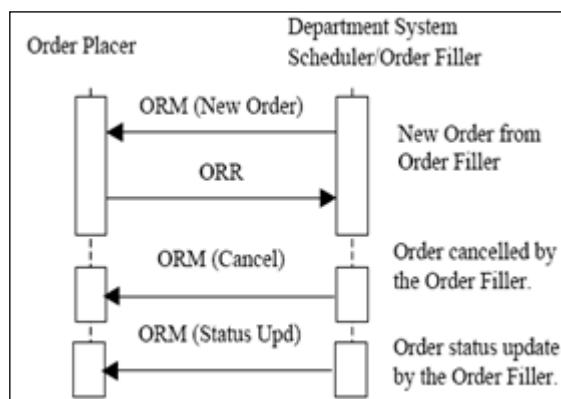


Figura 5.4 - Scenario di integrazione RAD-3

5.4.4 Profilo Simple Image and Numeric Report (SINR)

Sulla gestione dei risultati degli esami radiodiagnostici IHE propone il profilo SINR – Simple Image and Numeric Report.

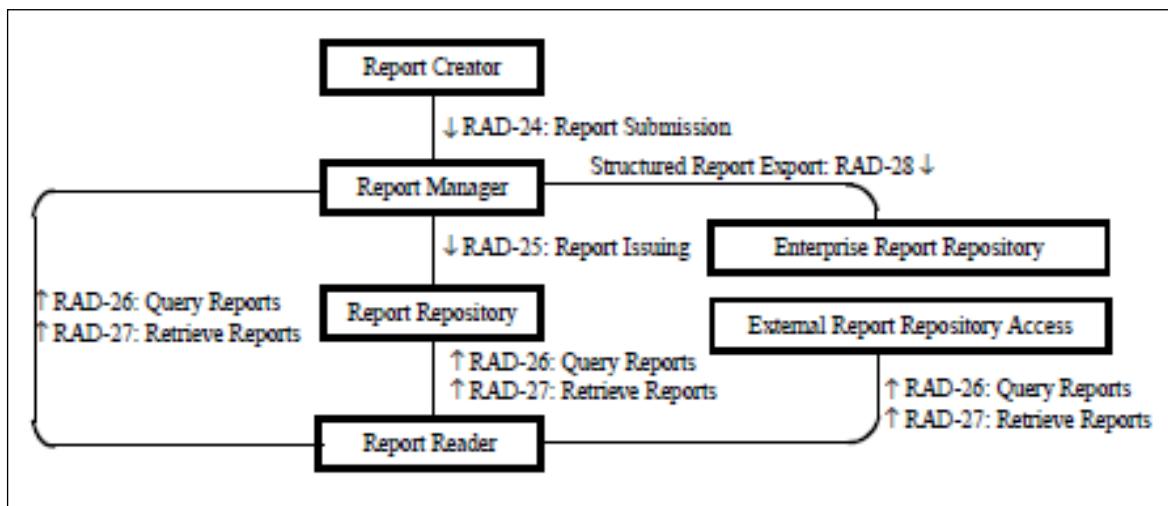


Figura 5.5 - Simple Numeric and Image Report Diagram

Il profilo IHE risulta complesso e non completamente corrispondente alle realtà d'integrazione attuali né alle reali necessità di comunicazione dei risultati degli esami richieste dagli applicativi integrati. Rispetto al profilo completo quindi la PRI adotta la sola transazione RAD-28 – Structured Export Report adattata alle comunicazioni dirette tra un Order Filler e un Order Placer.

La transazione risulta particolarmente utile nella gestione della comunicazione di risultati su richieste provenienti da un pronto soccorso o da reparto.

In particolare il messaggio supporta la comunicazione dalla radiologia dei riferimenti alle immagini prodotte e archiviate nel sistema di storage aziendale delle immagini. Ad. es nel caso di un Pronto Soccorso che necessiti di visualizzare le immagini non appena sono disponibili.

Attualmente si ipotizza di comunicare lo Study-ID delle immagini archiviate.

Il ricevente, nell'esempio il PS, dovrà disporre dei riferimenti e delle modalità di accesso al sistema di visualizzazione da utilizzare unitamente all'identificativo immagine ricevuto per un accesso rapido e diretto; ad es. nel caso di un viewer web dovrà essere noto al PS l'indirizzo di connessione (<http://server/path/>) da comporre con il riferimento dell'immagine per ottenere l'URL completo (<http://server/path/immagine>).

Il messaggio previsto dal profilo RAD-28 è il messaggio ORU^R01.

La transazione gestisce le comunicazioni dei seguenti formati di risultato:

- Risultati di esami erogati - deprecato
- Testo del referto
- Link ad immagini

5.5 Integrazione con i sistemi LIS

Il “Laboratory Technical Framework” di IHE descrive l'integrazione dei sistemi LIS con il resto dell'Azienda Ospedaliera. Il profilo IHE previsto per questa area è

- Laboratory Testing Workflow
che copre l'interazione fra gli Order Placer e gli Order Filler, nel caso in cui l'Order Filler sia un LIS.

5.5.1 Profilo Laboratory Testing Workflow (LTW)

Il profilo Laboratory Testing Workflow comprende svariati attori; fra questi la Piattaforma Regionale si limita a considerare tre: Order Placer, Order Filler, Order Result Tracker.

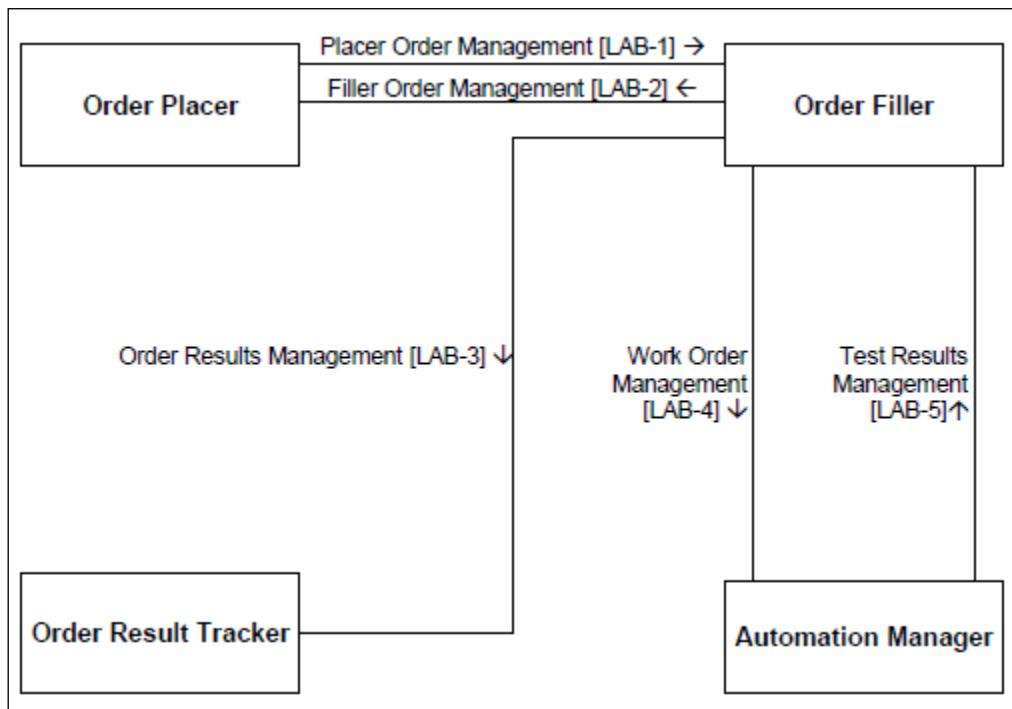


Figura 5.6 - Laboratory Testing Workflow

La Figura riporta lo schema completo del profilo. Nel seguito verranno descritte nel dettaglio le transazioni LAB-1, LAB-2 e LAB-3.

5.5.1.1 Precisazioni in merito all'attore Order Result Tracker

Come evidenziato in figura l'attore Order Results Tracker viene “alimentato” dall'Order Filler (il LIS). In IHE, tale attore viene definito come “*un sistema che immagazzina risultati di vario genere (risultati di esami, immagini, referti di visite specialistiche, referti di radiologia, verbali operatori, ecc.) ottenuti sui pazienti, e tiene traccia dei cambiamenti di stato*”. Nel caso della Piattaforma Regionale di Integrazione, questo attore può essere “interpretato” in vari modi, ad esempio:

- Nel caso di una integrazione PS-LIS o Reparti-LIS, si può assumere uno scenario in cui i risultati diagnostici vengono restituiti all'Order Placer (che quindi assume un doppio ruolo); ad esempio è tipico che i risultati di esami LIS vengano integrati in una qualche forma nel verbale di PS.

- Nel caso di un'integrazione CUP-LIS, non è interesse del CUP ricevere i risultati ma piuttosto serve che riceva lo stato dell'ordine con indicazione di eventuali esami erogati in aggiunta a quelli prescritti.
- Se l'azienda dispone di un EPR questo riveste il ruolo di Order Result Tracker. Si tratta di un sistema centralizzato, a livello aziendale, che acquisisce gli ordini e i relativi risultati sulla propria base dati in forma strutturata potendo essere successivamente consultato dai vari servizi/reparti dell'Azienda.

5.5.1.2 *Casi d'uso*

Secondo IHE vi sono quattro differenti casi d'uso (use cases) relativi alla generazione degli ordini in area LIS.

5.5.1.2.1 *Ordini generati esternamente al LIS, con campioni identificati*

Questo caso prevede che sia l'Order Placer, utilizzando una generica procedura di reparto oppure una cartella clinica, ad inserire l'ordine nel proprio sistema secondo le regole e i dizionari LIS, identificando i singoli campioni secondo le logiche LIS. Si noti che questo assetto organizzativo non è affatto diffuso nella sanità italiana, perché le logiche dei sistemi Order Placer devono essere mantenute allineate con il LIS al variare dell'offerta diagnostica del LIS stesso, si pensi ad esempio alla disponibilità di nuovi esami o alla "dismissione" di un esame.

5.5.1.2.2 *Ordini generati esternamente al LIS, con campioni non identificati*

Questo caso prevede che sia l'Order Placer, utilizzando una generica procedura di reparto oppure una cartella clinica, ad inserire l'ordine nel proprio sistema secondo le regole e i dizionari LIS. A differenza del caso precedente, i campioni non vengono identificati univocamente, ma associati solamente all'ordine e al paziente corrispondente.

Lo scenario IHE a questo punto identifica tre possibilità:

- La procedura LIS ha la capacità di processare l'ordine solo in base al numero di ordine, oppure re-identifica i campioni in modo univoco prima di processarli.
- Il LIS ha il compito di raccogliere e identificare i campioni prima di processarli.
- Al ricevimento dell'ordine, il LIS attiva una procedura di stampa remota sulla stampante dell'Order Placer (es. reparto), che in questo modo identifica i campioni.

5.5.1.2.3 *Ordini generati internamente al LIS, con campioni identificati esternamente o localmente al LIS*

Questo scenario si applica al caso in cui il LIS riceve l'ordine in modo cartaceo, oppure quando il LIS aggiunge nuove analisi all'ordine. Non è una modalità diffusa in quanto richiede una certa quantità di lavoro da parte del LIS per la re-identificazione dei campioni diagnostici.

5.5.1.3 *Terminologia*

Per meglio comprendere i messaggi previsti nella documentazione tecnica IHE, conviene specificare la corretta mappatura della terminologia anglosassone rispetto alla terminologia correntemente utilizzata in Italia.

Order

Un ordine (order) è un'unità atomica corrispondente ad una serie di determinazioni diagnostiche, collettivamente associate ad un numero d'ordine (placer order number) stabilito dal medico/reparto inviante. Una volta accettato dall'Order Filler, l'ordine è identificabile indifferentemente da uno dei

numeri d'ordine associati rispettivamente dall'Order Placer e dall'Order Filler. Per motivi di organizzazione interna del LIS, tipicamente associati alla strumentazione diagnostica in dotazione, l'ordine viene "spezzato" in sotto-ordini prima di essere lavorato, e "ricostruito" al termine del ciclo di diagnosi.

Battery

Con il termine battery, poco utilizzato in Italia, si intende un esame o un profilo di esami associato all'ordine. L'esame è un'entità articolata in quanto nel caso più semplice è dato da una singola determinazione (es. "Glicemia su siero"), ma in generale è composto da un insieme di determinazioni (es. "Emocromo", composto da: WBC, RBC, HGB, HCT, ecc.). Il profilo di esami è semplicemente un nome con il quale si identifica collettivamente un insieme di esami (es. "profilo chirurgico").

Test

Ogni esame è associato ad uno o più risultati (test). L'esempio dell'esame "Emocromo" è significativo in merito: i singoli test o risultati sono: WBC (Globuli Bianchi), RBC (Globuli Rossi), HGB (Emoglobina), ecc.

Observation

Normalmente ogni risultato o test porta ad una sola determinazione (observation), che può essere numerica, semi-quantitativa, qualitativa o altro⁷. Il caso generale, che vale in particolare per la Microbiologia, prevede che ad un singolo test possano corrispondere più determinazioni: il risultato "positivo" relativamente alla presenza di un batterio porta alla determinazione esatta del tipo di batterio, es. "Stafilococco Aureo" piuttosto che "Esterichia Coli".

Specimen

Con il termine specimen si intende il campione in esame. Il campione, all'origine, è il risultato di una procedura di prelievo effettuata sul paziente; spesso il campione viene successivamente differenziato in funzione della sua successiva lavorazione: ad esempio da un campione di sangue venoso, dopo il trattamento (es. centrifugazione), le determinazioni possono essere fatte utilizzando il siero, il plasma, oppure direttamente il sangue intero.

Specimen Container

Con questo termine si identifica la provetta o generico contenitore contenente il campione. Il contenitore o provetta è normalmente identificato in modo univoco tramite l'identificativo del singolo campione, o in modo indiretto, tramite l'identificativo dell'ordine corrispondente.

Prestazione Aggiuntiva

Si definisce aggiuntiva la prestazione che può essere erogata direttamente dall'Order Filler senza che questa sia indicata sulla ricetta e dipendentemente dal risultato che si ottiene dall'esame iniziale richiesto; es. l'antibiogramma è da considerarsi una prestazione aggiuntiva.

5.5.1.4 Ordinamento dei risultati

I risultati degli esami necessitano di una adeguata rappresentazione da parte dell'Order Placer al medico curante per garantire una adeguata correlazione dei valori.

In senso generale non esiste un ordinamento standard tra esami, è comunque usuale raggruppare in un referto i risultati divisi per settori analitici: prima, per esempio, viene mostrata la CHIMICA

⁷ ad esempio in forma di grafico, come può essere il caso dell'Elettroforesi

CLINICA, poi l'EMATOLOGIA, la COAGULAZIONE, eccetera.

Refertare i singoli esami sopra elencati senza un ordine logico nel referto, rendono quest'ultimo poco leggibile e sconclusionato.

Generalmente, l'unico ordine richiesto, pur non essendoci una regola scritta, è rappresentato dai parametri all'interno degli esami cosiddetti "multiparametrici": esempi sono l'Emocromo, l'Elettroforesi, l'Emogas, l'esame delle urine o dei tamponi microbiologici. L'ordine di questi parametri all'interno dell'esame è essenziale per rendere chiaro il risultato.

- L'**Emocromo** mostra per prima la parte costituita dai globuli bianchi, globuli rossi, emoglobina, e in genere viene riportata in fondo la formula leucocitaria.
- L'**Elettroforesi** vede sempre la stessa sequenza di risultati, rappresentata allo stesso modo nel grafico a corredo: Albumina, Alfa1, Alfa2, Beta1, Beta2 e Gamma.
- L'**Emogas** mostra 50 parametri che generalmente vedono per primi la Saturazione, i gas presenti e così via.
- Nell'**Esame delle urine** si trova sempre per prima parte chimica, glucosio, ph, urobilinogeno, etc, e a seguire il sedimento.

Dato che un Order Placer o in generale un EPR non possiede la specializzazione di un LIS nell'organizzazione dei risultati degli esami è possibile che il LIS notifichi con il risultato anche una informazione relativa al posizionamento del risultato nell'ambito del proprio catalogo di esami.

In tal modo un Order Place che riceve i dati strutturati può gestire una visualizzazione al medico dei dati attraverso degli appositi strumenti (interfacce applicative o pdf stampabili) organizzando i risultati in un ordine corretto e comprensibile al medico.

In questa modalità il LIS deve comunicare al Placer (o all'EPR) l'informazione con cui l'EPR determinerà l'ordine di presentazione dei risultati.

In base alla struttura di messaggio HL7 attualmente prevista sulla PRI il LIS deve definire un ordinamento per

- Esami o Gruppi
- Risultati all'interno di ogni esame

Si ipotizza il seguente nomenclatore degli esami sul LIS

Esame – Risultato	Posizionamento
Emocromo	10
Emocromo – Globuli Bianchi	10.1
Emocromo – Globuli Rossi	10.2
Emocromo – Emoglobina	10.3
Emocromo – Piastrine	10.4
Bilirubina	20
Bilirubina – Totale	20.1
Bilirubina – diretta	20.2
Bilirubina – Indiretta	20.3

Il formato del valore di ordinamento deve essere numerico (non sono ammesse "virgole" e altri caratteri speciali). Valori non coerenti verranno rifiutati dall'EPR generando il mancato ordinamento dell'esame.

I campi HL7 per la notifica del valore di ordinamento:

- OBR-20
- OBX-18

Avendo definito un ordinamento di tale tipo, a fronte di una richiesta di esame da un Placer, come ad esempio di Emocromo e Bilirubina, e ipotizzando di avere una gestione separata su due strumenti di laboratorio che producano risultati in due momenti diversi e successivi e invieranno quindi due messaggi OUL all'EPR.

Messaggio OUL da LIS	Presentazione Risultati su EPR
Messaggio 1 SPM Sangue ORC Bilirubina OBR Bilirubina 20 OBX 20.1 Bilirubina totale 2.08 OBX 20.3 Bilirubina indiretta 0,63 ORC Emocromo OBR Emocromo 10 OBX Globuli Bianchi 15.01 10.1 OBX Emoglobina 10.7 10.3 OBX Piastrine 333 10.4	Emocromo Globuli Bianchi – 15.01 Emoglobina – 10.7 Piastrine - 333 Bilirubina Bilirubina totale – 2.08 Bilirubina Indiretta – 0.63
Messaggio 2 SPM... sangue ORC Bilirubina OBR Bilirubina 20 OBX Bilirubina Diretta 1.45 20.2 ORC Emocromo OBR Emocromo 10 OBX Globuli Rossi 4.6 10.2	Emocromo Globuli Bianchi – 15.01 Globuli Rossi – 4.6 Emoglobina – 10.7 Piastrine - 333 Bilirubina Bilirubina totale – 2.08 Bilirubina Diretta – 1.45 Bilirubina Indiretta – 0.63

5.5.2 Transazione LAB-1 (Placer Order Management)

Il profilo LAB-1 contiene i messaggi originati dall'Order Placer verso l'Order Filler, necessari per la gestione del ciclo di vita dell'ordine. Prevede tre tipologie di messaggi e relative risposte:

Messaggio	Risposta
OML^O21	ORL^O22
OML^O33	ORL^O34
OML^O35	ORL^O36

Messaggi previsti nel profilo LAB-1

Ogni messaggio OML prevede un messaggio ORL di risposta.

In base alla tipologia di richiesta va utilizzato uno dei tre messaggi:

- OML^O21: Laboratory Order Message – Questo messaggio viene utilizzato nei casi in cui si vuole indicare una specifica gerarchia o raggruppamento per tipo di analisi.
- OML^O33: Laboratory Order for multiple orders related to a single specimen – Questo messaggio viene utilizzato nei casi in cui le analisi richieste sono raggruppate per tipologia di campione.
- OML^O35: Laboratory Order for multiple orders related to a single container of a specimen – Questo messaggio viene utilizzato nei casi in cui le analisi richieste sono raggruppate per contenitore.

I messaggi ORL inoltre devono sempre contenere il numero d'ordine assegnato dal LIS (Filler Order Number).

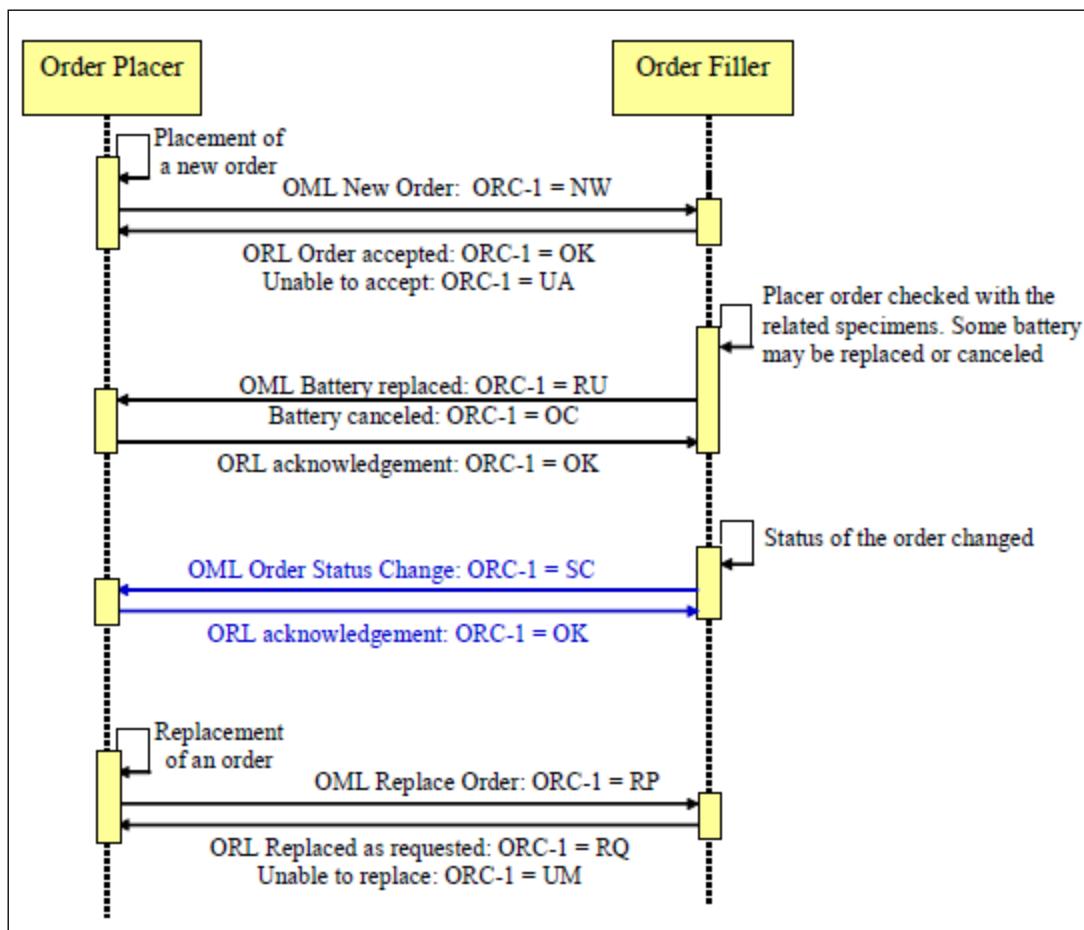


Figura 5.7 - Flusso tipico di gestione dell'ordine dall'Order Placer verso il LIS

La Figura indica il tipico flusso dell'informazione fra Order Placer e LIS. Comprende essenzialmente i casi di:

- generazione di un nuovo ordine (ORC-1 = NW)
- modifica dell'ordine da parte del LIS (ORC-1 = RU)
- cancellazione dell'ordine da parte del LIS (ORC-1 = OC)
- comunicazione di cambio stato (ORC-1 = SC)
- modifica ordine da parte dell'Order Placer (ORC-1 = RP)

5.5.2.1 OML (New Order)

L'Order Placer genera un ordine verso il LIS il quale può opzionalmente comunicare in risposta se l'ordine (ogni singola prestazione richiesta) è stata accettata o respinta.

5.5.2.2 OML (Status Update)

I messaggi OML generati dal Filler vengono utilizzati per comunicare gli aggiornamenti di stato delle prestazioni. Il profilo LAB-1 prevede l'utilizzo dei messaggi di Status Update nel caso in cui l'Order Placer (applicativo che effettua un ordine ad es. un CUP o un Order Entry) e l'Order Result Tracker (applicativo che richiede la restituzione dei risultati, ad es. un EPR) risultano due applicazioni nell'ambito dell'integrazione in atto.

Nel caso che invece i due attori coincidano nella stessa applicazione allora va utilizzato il messaggio di Status Update previsto dal profilo LAB-3 (OUL) al posto del messaggio OML del profilo LAB-1.

Erogazione prestazioni aggiuntive

La transazione LAB-1 prevede la possibilità di comunicare l'aggiunta di nuove prestazioni effettuata direttamente del LIS rispetto alla richiesta originaria dell'Order Placer.

Per ogni prestazione erogata in più è possibile indicare l'eventuale prestazione di riferimento da cui è stata originata la nuova.

Inoltre nel caso di erogazione di prestazioni "normate", es. antibiogramma, è possibile specificare l'informazione di prestazione normata sul messaggio.

Quando la prestazione viene aggiunta la valorizzazione dei campi ORC-1 e ORC-5 segue le regole del profilo LAB-2. In tutti gli aggiornamenti successivi dello stato della prestazione aggiuntiva valgono le regole del profilo LAB-1.

Il LIS può comunicare il nuovo stato dell'ordine (ovvero della prestazione) valorizzando il campo ORC-1 con "SC" (Status Changed) e il campo ORC-5 con uno dei seguenti valori.

Tabella HL7 #0038 – Order Status

Valore	Descrizione HL7	Significato
SC	In process, scheduled	Ordine schedulato
IP	In process, unspecified	Ordine in esecuzione
A	some, but not all, results available	Alcuni risultati sono disponibili
CA	Order was cancelled	L'ordine è stato cancellato
CM	Order is completed	L'ordine è stato eseguito
DC	Order was discontinued	L'ordine è stato sospeso
ER	Error, order not found	Ordine non trovato

Ogni messaggio OML generato dal LIS dovrà riportare solo le prestazioni che hanno subito una variazione di stato (o, come caso particolare, la nuova prestazione aggiuntiva secondo il profilo LAB-2).

5.5.2.3 OML (Cancel)

Cancellazione dal Placer di un ordine precedentemente generato

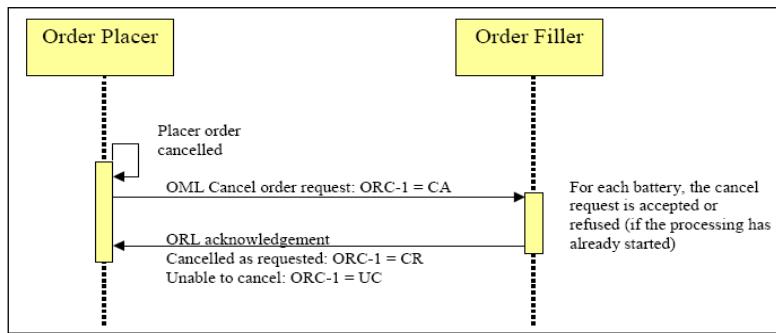


Figura 5.8 - Cancellazione dell'ordine da parte dell'Order Placer

5.5.3 Transazione LAB-2 (Filler Order Management)

Il profilo LAB-2 contiene i messaggi originati dall'Order Filler verso l'Order Placer, per la gestione di vita degli ordini originati direttamente dall'Order Filler. Lo scopo è quello di avere sincronizzati i due attori e che ognuno mantenga la corretta associazione fra i rispettivi numeri d'ordine. Sono previste tre tipologie di messaggi, le stesse previste per il profilo LAB-1, con le relative risposte:

Messaggio	Risposta
OML^O21	ORL^O22
OML^O33	ORL^O34
OML^O35	ORL^O36

Messaggi utilizzati nel profilo LAB-2

IHE prevede unicamente il caso di nuovo ordine iniziato dall'Order Filler e notificato all'Order Placer come illustrato nella figura seguente

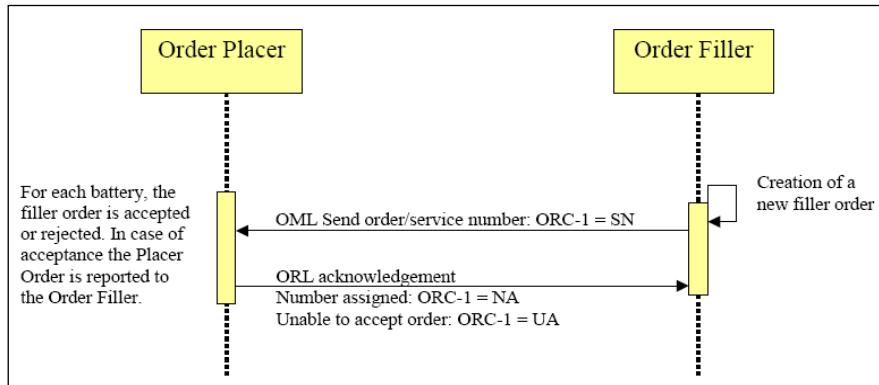


Figura 5.9 - Flusso di gestione dell'ordine secondo il profilo LAB-2

La Piattaforma Regionale prevede un'estensione dello scenario proposto da IHE consentendo una gestione completa degli ordini generati dall'Order Filler contemplando le seguenti operazioni in aggiunta allo scenario IHE:

- modifica dell'ordine da parte del LIS (ORC-1 = RU)
- cancellazione dell'ordine da parte del LIS (ORC-1 = OC)
- comunicazione di cambio stato (ORC-1 = SC)

5.5.4 Transazione LAB-3 (Order Results Management)

Il profilo LAB-3 contiene le transazioni necessarie a mantenere traccia dello stato dell'ordine e dei singoli risultati associati ad esso. È previsto il solo tipo di messaggio OUL (in due varianti) per tutti gli scenari descritti in seguito.

Messaggio	Risposta
OUL^R22	ACK
OUL^R24 - deprecato	ACK

Messaggi utilizzati nel profilo LAB-3

Il messaggio OUL prevede un ACK applicativo. Poiché la Piattaforma Regionale di Integrazione mette a disposizione un sistema di messaggistica (JCAPS) potenzialmente asincrono, gli scenari descritti potranno essere configurati per prevedere un doppio ACK, il primo di piattaforma (il messaggio è stato preso in carico e verrà recapitato), ed un secondo ACK applicativo (il messaggio è stato registrato correttamente).

5.5.4.1 Cambio stato degli esami richiesti

La figura seguente illustra il normale processo di gestione dei risultati nel profilo LAB-3.

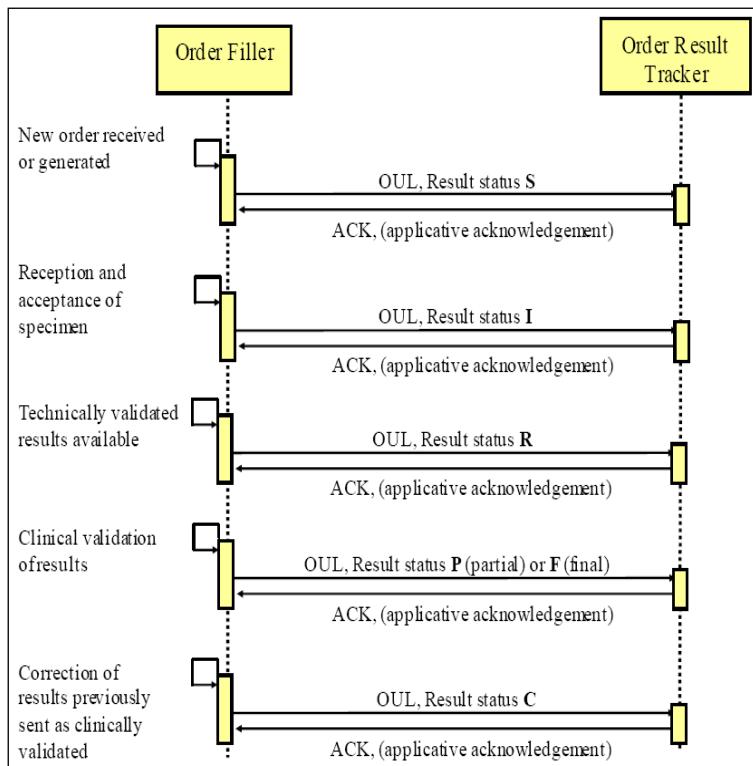


Figura 5.10 - Processo normale di gestione dei risultati nel profilo LAB-3

Come si può vedere, è prevista la gestione dello stato dell'ordine nel corso del suo ciclo di vita. La decisione se prevedere lo stato "R", in associazione alla disponibilità di risultati con validazione *tecnica* (il risultato è stato originato da un processo di produzione corretto e valido) e non *clinica* (il risultato è stato verificato dal punto di vista clinico), dipende dalla particolare organizzazione dell'Azienda; ad esempio è tipico rendere disponibili dei risultati con livello di validazione solo tecnica se la corrispondente richiesta è catalogata come urgente.

Il messaggio OUL riporta lo stato sia della prestazione richiesta sia del singolo risultato ottenuto dal LIS.

Lo stato della prestazione è gestito dalla coppia ORC-5 - OBR-25 mentre lo stato del singolo risultato è contenuto nel campo OBX-11.

Di seguito si riporta una tabella di esempio delle combinazioni dei campi ORC-5, OBR-25 e OBX-11.

ORC-5	OBR-25	OBX-11	Descrizione
	O	O	Ordine ricevuto; campione non ancora ricevuto. OBX non contiene risultati. Questi valori dovrebbero essere utilizzati solo nei messaggi ORL di acknowledgement e non nei messaggi OML
SC	S		Nessun risultato disponibile; prestazione schedulata ma non eseguita. Il campione può non essere arrivato in laboratorio. Nessun OBX è presente
IP	I	I	In lavorazione; il campione è disponibile al laboratorio; risultati in attesa; procedura non completata
A	R	R	Alcuni risultati disponibili ma non verificati
A	P	P	Risultati clinicamente validati. Risultati finali non disponibili
CM	F	F	Risultati finali; acquisiti e verificati. Possono essere aggiornati solo con risultati corretti
(CM)	C	C	Risultati corretti che aggiornano i risultati finali
CA	X	X	Nessun risultato disponibile; ordine cancellato

Tabella 5.1 - Stati d'ordine

5.5.4.2 Cancellazione risultati da parte dell'Order Filler

Nel caso di eliminazione di un esame durante il processo di lavorazione dell'ordine, è previsto uno scenario come quello illustrato in figura.

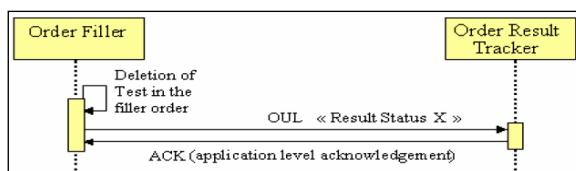


Figura 5.11 - Notifica dell'eliminazione di un esame da parte dell'Order Filler

5.5.4.3 Aggiunta di risultati da parte dell'Order Filler

Analogamente al caso di eliminazione visto in precedenza, lo scenario LAB-3 prevede la possibilità di aggiungere degli esami all'ordine, come illustrato in figura.

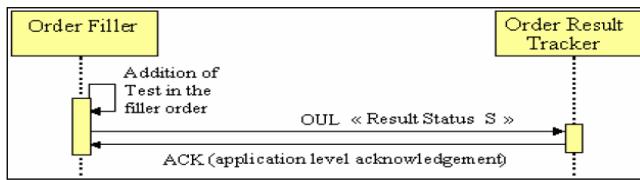


Figura 5.12 - Aggiunta di un esame all'ordine da parte dell'Order Filler

5.5.4.4 Risultati di indagini culturali di Microbiologia (Batteriologia)

Laddove ci siano indagini culturali con identificazione di microrganismi ed eventuale applicazione di antibiogrammi, la rappresentazione di tali risultati si articola su 3 livelli:

- Esito dell'indagine [L1]: contiene tutti i risultati/parametri ottenuti per l'indagine richiesta; atteso un solo OBX di tipo risultato legato ad eventuali identificazioni.
- Identificazione di microrganismi [L2]: un livello dedicato ad ogni elenco dei microrganismi legati allo stesso risultato del primo livello;
- Antibiogrammi eseguiti [L3], ossia gli antibiotici testati sui singoli microrganismi: un livello per ogni antibiogramma legato ad un microrganismo identificato del secondo livello

Il messaggio HL7 OUL^R22 utilizzerà dei gruppi di segmenti OBR-ORC-OBX, ogni gruppo fa riferimento ad uno dei 3 livelli sopra descritti; tale rappresentazione può essere quindi schematizzata nel seguente modo:

-- inizio gruppo relativo all'esito dell'indagine (livello L1, una istanza ammessa)
OBR
ORC
{OBX}
-- fine gruppo relativo all'esito dell'indagine
-- inizio gruppo relativo ai microrganismi identificati (livello L2, n istanze ammesse)
OBR
ORC
{OBX}
-- fine gruppo relativo ai microrganismi identificati
-- inizio gruppo relativo all'antibiogramma (livelli L3, n istanze ammesse)
OBR
ORC
{OBX}
-- fine gruppo relativo all'antibiogramma

I gruppi risultano legati secondo le seguenti regole:

1. Relativamente al gruppo dell'esito dell'indagine (L1):
 - Il codice dell'indagine richiesta è riportato nel campo OBR-4 (componente CE-1). Il codice del/dei risultati/parametri dell'indagine vengono posti nei campi OBX-3 (componente CE-1)
 - In questo livello non sono presenti eventuali identificazioni di microrganismi e relativi antibiogrammi
2. Ogni livello di identificazione microrganismi (L2) è legato all'OBX (risultato) di primo livello attraverso il campo OBR-26
3. Ogni livello degli antibiogrammi (L3) è legato al microrganismo di riferimento (OBX di L2)

livello attraverso il campo OBR-26

4. Il legame tra i singoli microrganismi identificati all'interno di ogni livello L2 ed i relativi antibiotici testati nei livelli L3 si ottiene inoltre utilizzando l'indice progressivo identificativo di ogni microrganismo individuato: il campo OBX-4 di ogni antibiotico testato (L3) deve essere uguale al campo OBX-4 del corrispondente microrganismo (L2).
5. Il campo OBR-29 (parent) dei livelli L2 e L3 è valorizzato con OBR-2 e OBR-3 del livello L1 di riferimento.

I gruppi si identificano pertanto secondo i seguenti criteri:

- **L1:** unico livello privo di OBR-26 e OBR-29 valorizzati
- **L2:** OBR-26 e OBR-29 valorizzati, OBR-3 = OBR-3 di L1 di riferimento
- **L3:** OBR-26 e OBR-29 valorizzati

I messaggi OUL^R22 che recepiscono le presenti specifiche devono valorizzare il campo MSH-21 con il codice “2013-01”. In assenza di tale informazione si assumerà il mancato allineamento con le presenti specifiche.

Per ulteriori dettagli sulle modalità di valorizzazione dei messaggi OUL^R22 si veda la sezione 7.4.13.

5.5.4.4.1 Esempio di messaggio⁸

La colorazione dei messaggi denota le correlazioni tra i campi dei vari segmenti.

```
MSH|^~\&|OF|Microbiology|ORT||200309081132||OUL^R22^OUL_R22|msgOF21|T|2.5|123||||USA||EN
PID|1||12345^5^M10^Memphis_Hosp^PI||EVERYMAN^ADAM^^JR^^^L|19800101|M
PV1|1|0|Ward|||||||||||12345
SPM|1|123456791^Emergency||MSU^Mid Stream Urine^L||||||P||||| 200309060800|200309060818||Y|...
```

--un livello L1--

```
OBR|1|12345679^Emergency|MSU09922^Micro|87086^Urine Microscopy and
Culture^C4|||||||||222222^PHYSICIAN^^^^DR|||||||MB|F|||||||444642&ROSCOP&Mike^200309081130
ORC|SC|12345679^Emergency|1777^Emergency|CM||||200309060818|||||||||Emergency Ward^^^^^FI^^^EW00
TQ1|||||||R
OBX|1|CE|20453-7^Epithelial Cells^LN^PAR^PARAMETRO INDAGINE^L||value|||N|||F|||200309061445|
|333231^BACK^TERRY
OBX|2|NM|20455-2^Leukocytes^LN^PAR^PARAMETRO INDAGINE^L||value|||N|||F|||200309061445|...
OBX|3|NM|32776-7^Erythrocytes^LN^PAR^PARAMETRO INDAGINE^L||value|||N|||F|||200309061445|...
OBX|4|CE|24124-0^Casts^LN^PAR^PARAMETRO INDAGINE^L||value|||N|||F|||200309061445||333231^BACK^TERRY
OBX|5|NM|699-9^Organism Count^LN^PAR^PARAMETRO INDAGINE^L||value|||N|||F|||200309061445|...
OBX|6|CE|20430-5^Culture^LN^RIS^RISULTATO INDAGINE^L||2ORG^Two Organisms^L|||N|||F|||200309070935|...
```

--un livello L2--

```
OBR|2|12345679^Emergency|MSU09922^Micro|87086^Urine Microscopy and
Culture^C4|||20091025102441|||||||||LIS|F|20430-5&Culture&LN&RIS&RISULTATO
INDAGINE&L^2ORG^Two Organisms|||12345679&Emergency^MSU09922&Micro
ORC|SC|12345679^Emergency|MSU03099221^Micro||CM
TQ1|||1|||R
OBX|1|CE|11475-1^Microrganism Identified^LN^IDE^Micro organismo identificato^L|1|0001^Escherichia
coli|||||F
--segue carica batterica relativa al primo microrganismo identificato
OBX|2|ST|12344^Carica Batterica^L^CARBAT^CARICA BATTERICA^L|1|15000 UFC/ml|||N|||F|||20130107043138
|||||20130107043138
OBX|3|CE|11475-1^Microrganism Identified^LN^IDE^Micro organismo identificato^L|2|0002^Pseudomonas
|||||F
--segue marker di resistenza relativo al secondo microrganismo identificato
OBX|4|TX|esbl^ESBL^WL^MARKER^L|2|Neg|||||F|||20130522123453|...
```

⁸ I valori riportati sono a titolo esemplificativo per le modalità di composizione del messaggio; non rappresentano un'indagine reale

--due livelli L3 per i due antibiogrammi--

```
OBR|4|12345679^Emergency|MSU0309922_L3.1^Micro|LIS_ATB^Antibiotici
testati^L||||||||||||||MB|F|11475-1&Microrganism Identified&LN^1^Escherichia coli|||
12345679&Emergency^MSU09922&Micro||| 444642&ROSCOP&Mike^200309081130
ORC|SC|12345681^Emergency||777^Emergency|CM|||200309070938|333231^BACK^TERRY|||||||||Emergency
Ward^~~~~~FI~~~EW00
OBX|1|CE|18861-5^Amoxicillin^LN^ATB^ANTIBIOTICO
TESTATO^L|1|S^Sensibile^RSI~^<=0,1^MIC|µg/ml||S|||F|||200309081107|...
OBX|2|CE|18864-9^Ampicillin^LN^ATB^ANTIBIOTICO TESTATO^L|1|S^Sensibile|||S|||F|||200309081107|...
OBX|3|CE|18952-2^Nalidixate^LN^ATB^ANTIBIOTICO TESTATO^L|1|R^Resistente|||R|||F|||200309081107|...
OBX|4|CE|18956-3^Norfloxacin^LN^ATB^ANTIBIOTICO TESTATO^L|1|S^Sensibile|||S|||F|||200309081107|...
OBX|5|CE|18928-2^Gentamicin^LN^ATB^ANTIBIOTICO TESTATO^L|1|S^Sensibile|||S|||F|||200309081107|...
OBX|6|CE|25596-8^Fosfomycine^LN^ATB^ANTIBIOTICO TESTATO^L|1|S^Sensibile|||S|||F|||200309081107|...
OBX|7|CE|18955-5^Nitrofuranton^LN^ATB^ANTIBIOTICO TESTATO^L|1|S^Sensibile|||S|||F|||200309081107|...
```

--il presente livello L3 presenta risultati quantitativi (MIC) [OBX-5] e il nome dell'antibiogramma --[OBX-17]

```
OBR|5|12345679^Emergency|MSU09922_L3.2^Micro|LIS_ATB^Antibiotici
testati^L||||||||||||||MB|F|11475-1&Microrganism Identified&LN^2^Pseudomonas|||
12345679&Emergency^MSU09922&Micro||| 444642&ROSCOP&Mike^200309081130
OBX|8|SN|18965-4^Penicillin G^LN^ATB^ANTIBIOTICO TESTATO^L|2|<=4|||S|||F|||200309081107|||codice
antibiogramma^descrizione antibiogramma^L|...
OBX|9|SN|18861-5^Amoxicillin^LN^ATB^ANTIBIOTICO TESTATO^L|2|54|||S|||F|||200309081107|||codice
antibiogramma^descrizione antibiogramma^L|...
```

--segue nota relativa all'antibiotico "Amoxicillina"

```
NTE|1|L|Antibiotico somministrato per via indiretta|GI^nota operatore
OBX|10|SN|18864-9^Ampicillin^LN^ATB^ANTIBIOTICO TESTATO^L|2|>12|||S|||F|||200309081107|||codice
antibiogramma^descrizione antibiogramma^L|...
OBX|11|SN|18928-2^Gentamicin^LN^ATB^ANTIBIOTICO TESTATO^L|2|12|||R|||F|||200309081107|||codice
antibiogramma^descrizione antibiogramma^L|...
```

--segue commento sistema esperto relativa all'antibiotico "Gentamicin"

```
OBX|12|TX|18928-2^Gentamicin^LN^EXPCOM^COMMENTO SISTEMA ESPERTO^L|2|value|||||F|||200309081107|||...
OBX|13|SN|18917-5^Doxycycline^LN^ATB^ANTIBIOTICO TESTATO^L|2|55|||R|||F|||200309081107 |||codice
antibiogramma^descrizione antibiogramma^L|...
OBX|14|SN|18919-1^Erythromycin^LN^ATB^ANTIBIOTICO TESTATO^L|2|32|||R|||F|||200309081107 |||codice
antibiogramma^descrizione antibiogramma^L|...
```

5.5.5 Profilo Laboratory Specimen Barcode Labeling (LBL)

Deve considerarsi deprecato il sistema di stampa delle etichette attraverso la comunicazione in formato PDF con il messaggio MDM^T02 (vedi release 08 del documento).

5.5.6 Transazione LAB-62 (Query for Label Delivery Instruction)

Lo scenario indirizzato nella seguente sezione prevede che esista un sistema Order Placer che, oltre a inviare gli ordini al Laboratorio di Analisi, si occupa anche dei prelievi, cioè raccoglie i campioni diagnostici e li identifica opportunamente in modo che questi siano correttamente associati all'ordine e possano essere messi direttamente in lavorazione presso il Laboratorio senza necessità di ulteriori fasi operative.

Non si fanno particolari assunzioni sull'identità dell'Order Placer, se non che sia in grado di gestire il flusso di ordini al Laboratorio attraverso il profilo "Laboratory Scheduled Workflow". Tipicamente l'Order Placer sarà un CUP, un sistema di Pronto Soccorso, o un sistema di gestione di Reparto.

La corretta identificazione dei campioni è ovviamente un requisito imprescindibile per evitare errori diagnostici; questo significa che le etichette di identificazione dei campioni devono essere generate in modo contestuale alla creazione dell'ordine o comunque secondo un protocollo che garantisca il massimo grado di immunità da errori.

Il numero e il tipo di provette da utilizzare per i campioni (e quindi di etichette da stampare) dipende da vari fattori, principalmente legati all'organizzazione del lavoro nel Laboratorio e alla dotazione di strumentazione diagnostica. Anche il formato delle singole etichette è abbastanza variabile; ad esempio, un analizzatore di chimica clinica potrebbe richiedere l'utilizzo di un campione identificato con bar-code perché l'analizzatore è dotato di lettore di codice a barre e di conseguenza può identificare il campione mediante *query-host* sul gestionale di laboratorio; viceversa in certi settori diagnostici è comodo avere le abbreviazioni degli esami stampate sull'etichetta; oppure potrebbe avere senso specificare il sesso del paziente perché influente sugli intervalli di riferimento; e si potrebbero fare ulteriori esempi.

Per quanto detto sopra, l'identificazione dei campioni viene stabilita in base a logiche applicative che normalmente vengono mantenute dal Laboratorio; di conseguenza si ritiene poco plausibile uno scenario in cui queste logiche vengano delegate all'Order Placer. Quindi nel presente documento si assume che sia l'Order Filler (cioè il Laboratorio) a comunicare i parametri di identificazione dei campioni, a valle dell'accettazione dell'ordine.

Il profilo descritto nel presente paragrafo è ispirato al profilo IHE “LAB-62”, dove il Laboratorio assume il ruolo di “Label Information Provider” e l'Order Placer assume il ruolo di “Label Broker”.

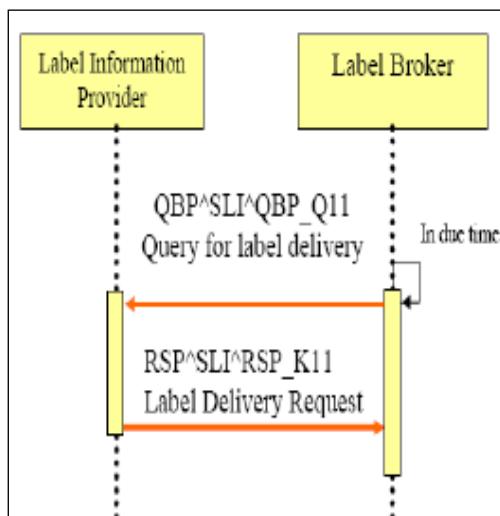


Figura 5.13 - Transazione LAB-62

Lo scenario applicativo previsto mantiene all'interno del Laboratorio la competenza per la costruzione delle etichette, ma con due possibilità:

1. il Laboratorio fornisce all'Order Placer le istruzioni per creare le etichette ed è compito di quest'ultimo produrre l'immagine di stampa e dirigerla sulla stampante appropriata.
2. il Laboratorio crea direttamente l'immagine di stampa delle etichette e la trasferisce all'Order Placer in formato PDF; in questo caso l'Order Placer fornirà in fase di richiesta indicazioni sulla tipologia di stampante che verrà usata per la stampa delle etichette (e di conseguenza il tipo di carta, le dimensioni del foglio...).

Questa doppia possibilità nasce dall'esigenza di mantenere in parallelo sia una soluzione semplice e già presente in certi scenari applicativi (PDF), sia una soluzione più flessibile e adatta a particolari esigenze.

Il profilo IHE LAB-62 viene esteso al fine di gestire due coppie di query-response, una per ciascuno dei due scenari.

I trigger event previsti saranno:

- SLI (QBP^SLI^QBP_Q11 – RSP^SLI^RSP_K11): per ricevere le “istruzioni” per la generazione delle etichette
- SLP (QBP^SLP^QBP_Q11 – RSP^SLP^RSP_K11): per ricevere le etichette in PDF

L'adozione del profilo IHE LAB-62 comporta i seguenti vantaggi:

- l'Order Placer può richiedere le etichette al Laboratorio quando ne ha bisogno; in particolare nel caso in cui vengano fatti aggiornamenti all'ordine (ad es. aggiunta di prestazioni) si evita di ricevere le etichette ad ogni modifica. La richiesta delle etichette può anche essere effettuata in un secondo momento rispetto all'invio dell'ordine
- l'Order Placer non deve mantenere una copia delle etichette, ma ogni qualvolta necessita di ristamparle può richiederle al Laboratorio
- la richiesta delle etichette può essere sia automatizzata (ad es. fatta a seguito di un determinato evento o ad un orario prestabilito) che controllata da un operatore (ad es. tramite un'interfaccia grafica che esponga un pulsante di stampa/ristampa)

5.5.6.1 Flusso di stampa delle etichette

Responsabilità del Laboratorio è quella di identificare, a fronte della richiesta proveniente dall'Order Placer, quanti campioni diagnostici devono essere prelevati e come sono identificati⁹.

Il Laboratorio possiede anche la logica con cui l'etichetta viene assemblata e deve quindi mantenere un'anagrafe con informazioni del tipo:

- tipo etichetta
- dimensioni (numero di righe)
- contenuto informatico di ogni singola riga
- flag “etichetta bar-code”
- tipo di bar-code (coda bar, 2/5 interleaved, alfa39, ecc.)

A seconda dello scenario adottato tali informazioni verranno usate per trasmettere all'Order Placer le “istruzioni” per il rendering delle etichette o l'immagine pronta (PDF) delle stesse.

Lo scenario previsto è il seguente:

- L'Order Placer invia un messaggio di tipo OML^O21. Non avendo conoscenza della suddivisione delle analisi richieste nelle varie provette, il messaggio conterrà le coppie ORC-OBR per specificare le analisi, ed optionalmente uno o più segmenti OBX per indicare le note cliniche di accompagnamento di ogni analisi. Normalmente i segmenti SPM non verranno indicati perché l'Order Placer non è a conoscenza delle logiche di prelievo dei campioni.
- Il LIS risponde con un messaggio di tipo ORL^O22 indicante l'accettazione dell'ordine. Nel campo TQ1-8 del segmento TQ1 (associato alle coppie ORC-OBR) deve essere indicata la

⁹ Si suppone che ogni campione diagnostico (provetta) sia identificato in maniera univoca e distinta dall'identificazione della richiesta.

data di ritiro del referto. È possibile fornire più date di ritiro se le prestazioni richieste danno origine a diversi referti, pronti in momenti differenti.

- L'Order Placer invia un messaggio di query QBP^Q11 per richiedere le etichette con il trigger event (SLI o SLP) e i parametri della query dipendenti dallo scenario adottato.
- Il LIS risponde con un messaggio RSP^K11 con le istruzioni per il rendering delle etichette (SLI) o il PDF con l'immagine di stampa (SLP).

5.5.7 Inviò etichette con ack applicativo

Uno scenario alternativo a quello descritto al paragrafo precedente consiste nell'inviare le istruzioni per la generazione delle etichette direttamente nell'ack applicativo ORL; lo scenario previsto è il seguente:

- L'Order Placer invia un messaggio appartenente alla famiglia OML (OML^O21, OML^O33, OML^O35). Il messaggio conterrà le coppie ORC-OBR per specificare le analisi, ed opzionalmente uno o più segmenti OBX per indicare le note cliniche di accompagnamento di ogni analisi. I segmenti SPM sono obbligatori se l'integrazione prevede l'utilizzo dei messaggi OML^O33 o OML^O35.
- Il LIS risponde con un messaggio di tipo ORL (ORL^O22, ORL^O34, ORL^O36) indicante l'accettazione dell'ordine. Oltre alle date del referto (come descritto al paragrafo precedente) l'ack di risposta conterrà anche una serie di segmenti ZLT per restituire le istruzioni per la generazione delle etichette; per la descrizione del segmento si rimanda al paragrafo 7.4.21.7.

5.6 Integrazione con i sistemi Ambulatoriali

Nel seguito viene presentato una proposta d'integrazione delle strutture ambulatoriali utilizzando lo standard HL7 ver. 2.5.

5.6.1 Profilo Ambulatory Scheduled Workflow

Nel profilo proposto per i flussi ambulatoriali (vedi figura seguente) vengono coinvolti i tre attori di ADT, Order Placer e Order Filler.

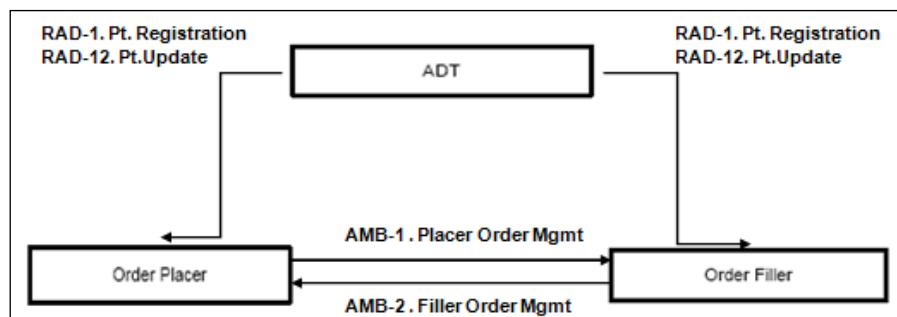


Figura 5.14 - Ambulatory Scheduled Workflow

La gestione dei dati anagrafici del paziente viene gestita mediante transazioni RAD-1 (vedi cap. 3) e RAD-12 (vedi cap. 4) mentre la gestione delle prestazioni in regime ambulatoriale è veicolata dalle transazioni AMB-1 (Placer Order Management) e AMB-2 (Filler Order Management).

5.6.2 Transazione AMB-1 (Placer Order Management)

Da un'analisi dei flussi di gestione delle visite ambulatoriali vengono identificate le entità coinvolte nello scambio di messaggi HL7 e il ruolo che esse ricoprono all'interno del profilo d'integrazione. La richiesta di una prestazione ambulatoriale viene tipicamente effettuata dalle strutture di CUP e Pronto Soccorso le quali vengono identificate a tutti gli effetti come degli Order Placer mentre il generico ambulatorio che fornisce la prestazione è assunto come Order Filler.

Da qui si è preso a modello il profilo RAD-2 (Placer Order Management) per strutturare la richiesta di prestazioni ambulatoriali definendo arbitrariamente il profilo come AMB-1.

Per i casi d'uso e gli scenari di applicazione del profilo AMB-1 vedi par. 5.4.2.

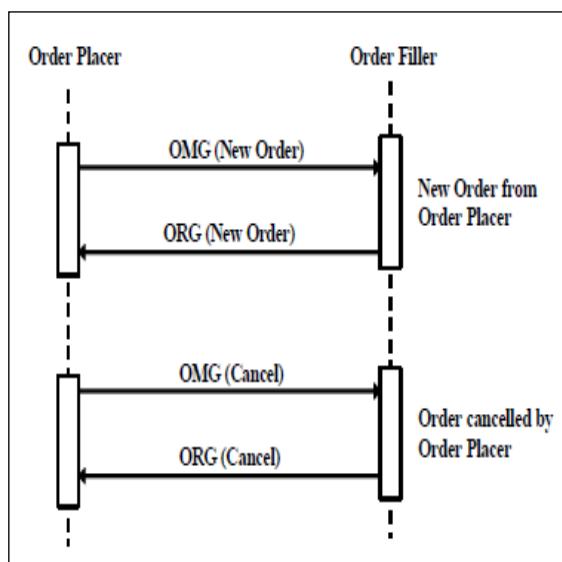


Figura 5.15 - Scenario di integrazione AMB-1

La scelta del messaggio da utilizzare è stata fatta in base alle specifiche dettate dallo standard HL7 ver. 2.5 nel quale viene definito il messaggio **OMG – general clinical order message** per modellare ordini di carattere clinico generico.

A seguito della ricezione di un messaggio OMG, l'Order Filler conferma la transazione avvenuta inviando un messaggio di acknowledgement all'Order Placer, ovvero un messaggio **ORG - general clinical order acknowledgement message (event O20)**.

5.6.3 Transazione AMB-2 (Filler Order Management)

La transazione AMB-2, equivalente alla transazione RAD-3 dei sistemi di Radiodiagnostica, viene usata dall'Order Filler per comunicare all'Order Placer i cambiamenti di stato delle prestazioni ambulatoriali richieste.

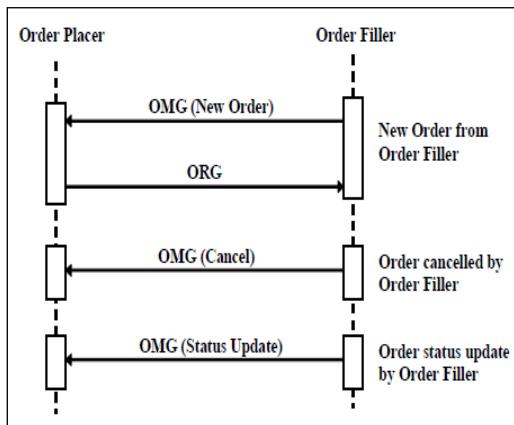


Figura 5.16 - Scenario di integrazione AMB-2

5.7 Schedulazione ordini e appuntamenti

Il presente capitolo affronta il tema del processo di gestione degli appuntamenti e schedulazione degli ordini.

Si individuano due scenari principali supportati dalle transazioni HL7 di Scheduling (rif. [1]).

Richieste di appuntamento: lo scenario, definito Placer Application Request, prevede che un Order Placer richieda all'Order Filler la schedulazione di un ordine. Lo scenario si applica ai sistemi che non gestiscono quindi direttamente le agende di prenotazione dei sistemi erogatori.

Notifiche degli appuntamenti: lo scenario, definito Filler Application Message, vede un Order Filler che notifica la schedulazione di un ordine. Lo scenario quindi è applicabile a tutti i sistemi che hanno una gestione autonoma delle agende di prenotazione e di occupazione delle proprie risorse. In particolare anche un CUP può essere identificato in questo scenario come applicativo di Order Filler. Lo scenario è descritto dalla transazione RAD-48 (rif. [12]).

5.7.1 Richieste di appuntamento

Lo scenario illustra le modalità di interazione tra un applicativo richiedente e il sistema erogatore nel caso di ordini effettuati per pazienti interni e quindi eseguiti da applicativi di reparto che non gestiscono le agende.

In questo caso l'Order Placer deve fare la richiesta d'ordine priva di un riferimento temporale, ma indicando eventualmente una o più date e ora di preferenza. L'applicativo che gestisce le agende deve fare la pianificazione e assegnare data e ora a ciascuna richiesta.

Si distinguono in particolare due casi d'uso, distinti in base a quale applicativo riveste il ruolo di *Scheduler*, ossia ha in carico la gestione delle agende: l'Order Filler o uno Scheduler esterno (che potrebbe coincidere con il CUP).

5.7.1.1 *Transazione RAD-2 (Placer Order Management)*

In questo scenario l'interazione avviene tra Order Placer e Order Filler utilizzando i messaggi HL7 previsti dall'Order Filler. Tipicamente un RIS può gestire le agende, quindi si prende a riferimento la transazione RAD-2.

L'Order Placer invia la richiesta d'ordine (ORM^O01) omettendo la data e ora (OBR-36) e indicando eventuali preferenze per l'appuntamento nel campo OBR-27.

In questo scenario non esiste la possibilità di esprimere una preferenza di data e ora per l'appuntamento a livello di intero ordine, ma viene espressa a livello delle singole prestazioni (e tipicamente coinciderà per tutte). Allo stesso modo alcuni dati quali il medico richiedente, la postazione da cui è stato fatto l'ordine, etc. sono ripetuti su ciascuna prestazione (segmento ORC).

5.7.1.2 *Transazione EYECARE-12 (Appointment Request)*

In questo scenario l'Order Placer deve prima pianificare la richiesta di prestazioni con lo Scheduler e poi inviare la richiesta d'ordine, completa della data assegnatagli, all'Order Filler.

L'interazione tra Order Placer e Scheduler è asincrona in quanto lo Scheduler deve raccogliere le diverse richieste, fare la pianificazione e infine rispondere.

In qualsiasi momento (sia prima che dopo aver inviato la richiesta d'ordine all'Order Filler) l'Order Placer può comunicare allo Scheduler la cancellazione o l'interruzione dell'ordine. Parallelamente deve comunicare la stessa informazione all'Order Filler con i messaggi HL7 di gestione ordini.

Questo scenario prevede il concetto di appuntamento comprendente diverse prestazioni. In fase di richiesta si può esprimere una preferenza su data e ora dell'intero appuntamento e un'ulteriore preferenza a livello di singola prestazione, compatibile con quella dell'intero appuntamento. Nella risposta restituita dallo Scheduler viene indicata la data e ora assegnata a ciascuna prestazione.

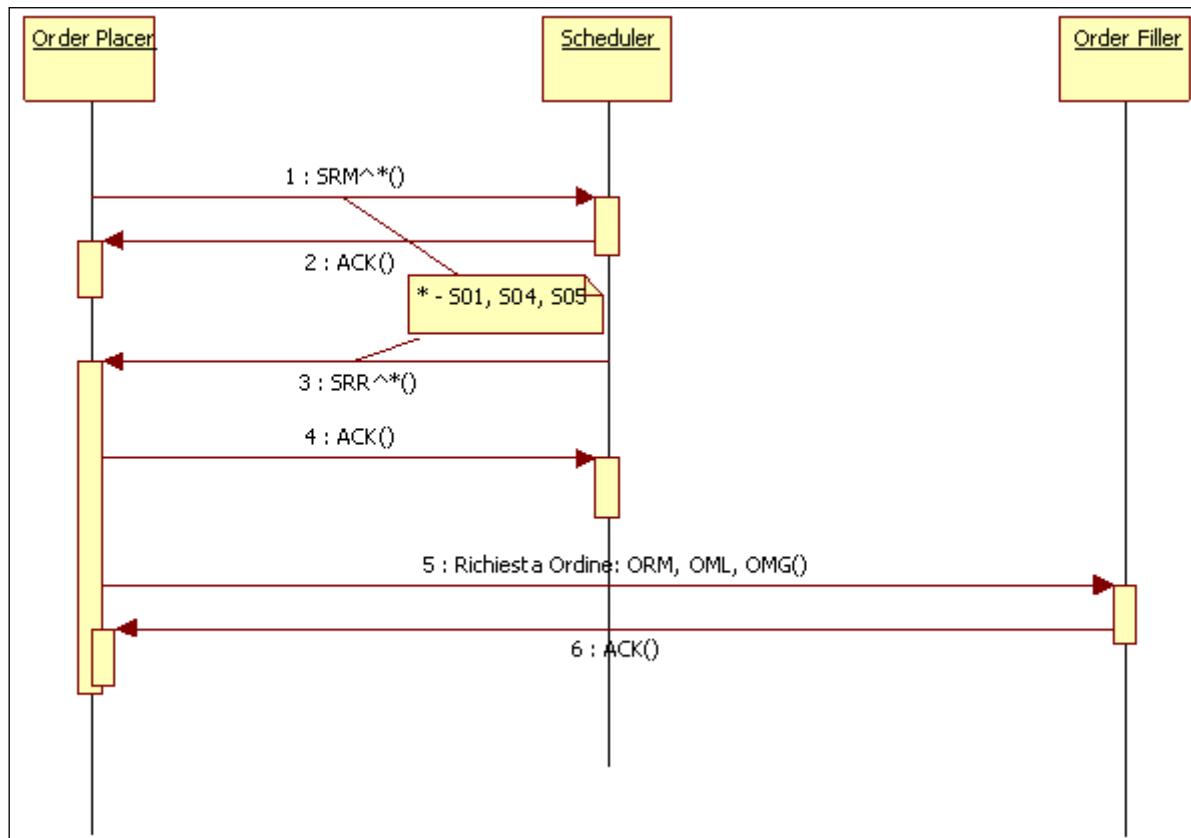


Figura 5.17 - Scenario di integrazione con Scheduler esterno

Lo scenario proposto per semplicità adotta solo pochi eventi HL7, in particolare non gestisce gli eventi specifici per la modifica (aggiunta di prestazioni) di una schedulazione o per la rischedulazione di un appuntamento. Lo stesso risultato può essere ottenuto tramite una cancellazione e una nuova richiesta di schedulazione.

I messaggi previsti e le relative risposte sono i seguenti:

Messaggio	Risposta	Evento
SRM^S01	SRR^S01	Request New Appointment Booking
SRM^S04	SRR^S04	Request Appointment Cancellation
SRM^S05	SRR^S05	Request Appointment Discontinuation

SRM^S01 – Request New Appointment Booking

L'Order Placer invia un messaggio SRM^S01 per richiedere allo Scheduler un nuovo appuntamento, fornendo l'elenco delle prestazioni, la preferenza sulle date e facoltativamente i dati del paziente. Lo Scheduler risponde con un messaggio SRR^S01 indicando la data fissata per l'appuntamento.

SRM^S04 – Request Appointment Cancellation

L'Order Placer cancella un appuntamento mediante l'invio di un messaggio SRM^S04. Un appuntamento può essere cancellato se l'ordine relativo non è ancora in elaborazione.

SRM^S05 – Request Appointment Discontinuation

L'Order Placer interrompe un appuntamento mediante l'invio di un messaggio SRM^S05. Un appuntamento va interrotto invece che cancellato nel caso in cui l'ordine sia già in elaborazione.

5.7.2 Notifiche di appuntamento - deprecato

Lo scenario descrive il processo schedulazione degli appuntamenti da parte dell'erogatore e di notifica degli appuntamenti schedulati al richiedente; per cui ad un reparto richiedente (Order Placer), a fronte di una richiesta di prestazioni inviata verso un erogatore, viene restituito da quest'ultimo un messaggio con la data e l'ora fissata per l'appuntamento. Generalmente l'applicativo erogatore che gestisce la schedulazione dei propri appuntamenti è identificabile nel RIS dell'azienda; caso particolare, ma ugualmente valido, è quello in cui si identifica l'Order Filler con il CUP aziendale.

Lo scenario è supportato dalle transazioni RAD-48 (rif. [12])

Come per gli ordini prevediamo che tutte le modifiche fatte sugli appuntamenti vengano notificate inviando un messaggio di cancellazione SIU^S15 seguito da un messaggio di nuovo appuntamento SIU^S12.

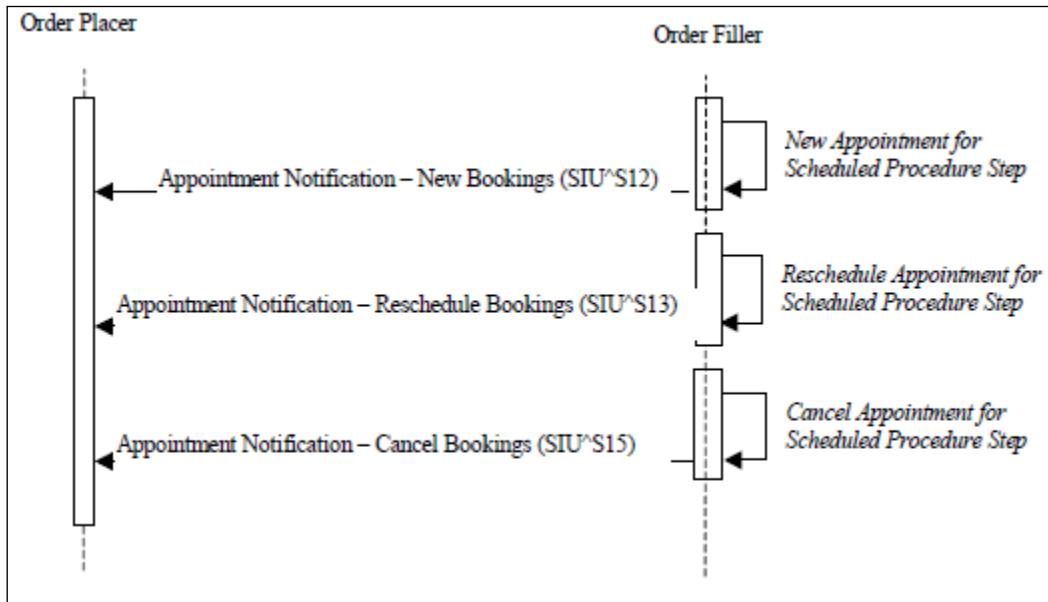


Figura 5.18 - Scenario di integrazione RAD-48

I messaggi previsti sono i seguenti:

SIU^S12 – Notification of New Appointment Bookings

L'Order Filler riceve un messaggio ORM da un Order Placer; una volta schedulato l'appuntamento l'Order Filler invia all'Order Placer un messaggio SIU^S12 con la data e l'ora fissata per l'appuntamento stesso.

SIU^S13 – Appointment Notification - Reschedule Bookings

Il messaggio SIU^S13 viene generato quando è necessario modificare la data dell'appuntamento; in questi casi l'Order Filler invia un messaggio all'Order Placer segnalando che l'appuntamento è stato ri-schedulato, comunicando la nuova data e ora.

SIU^S15 – Cancel Bookings.

Il messaggio SIU^S15 viene generato in caso di annullamento di un appuntamento. Nel caso in cui l'Order Placer o l'Order Filler decidano di cancellare la richiesta fatta dall'Order Placer con il messaggio ORM, non è necessario usare anche il messaggio SIU^S15 per cancellare gli

appuntamenti relativi, perché si assume che entrambi gli applicativi cancellino in automatico tutti gli appuntamenti.

Ad ogni messaggio ricevuto l'Order Placer risponderà con un messaggio di ACK.

5.8 Integrazione dei sistemi PS-CUP

Nell'ottica della gestione delle informazioni utili alla rendicontazione delle prestazioni erogate in regime di pronto soccorso è previsto un flusso di messaggi tra i sistemi PS e CUP.

Lo scopo principale è quello di gestire correttamente la rendicontazione delle prestazioni erogate da PS agli assistiti con “codice bianco” e in regime di solvenza. Il flusso si presta comunque alla gestione di tutte le prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso verso il CUP.

Il processo è schematizzabile come segue:

1. Il PS passa l'elenco delle prestazioni erogate e nel caso di ticket sanitario per dimissione in codice bianco la relativa informazione.
2. Il CUP può in seguito restituire al PS l'informazione di “avvenuto pagamento”

A supporto dell'integrazione PS-CUP si ricorre al profilo già proposto per i flussi ambulatoriali (vedi figura seguente).

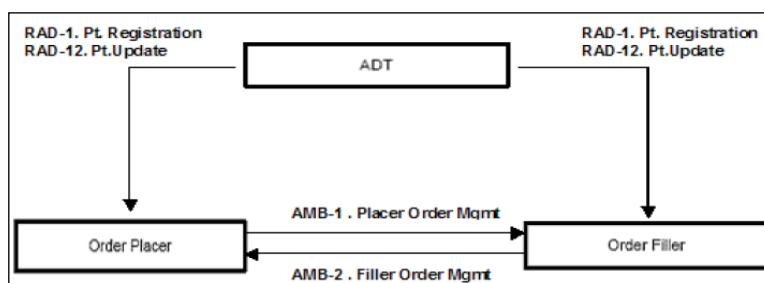


Figura 5.19 - Integrazione Sistemi PS – CUP

Nello scenario reale i ruoli svolti si suddividono come:

- ADT / Order Filler: Pronto Soccorso
- Order Placer: CUP

La gestione dei dati anagrafici del paziente viene gestita mediante transazioni RAD-1 (vedi cap. 3) e RAD-12 (vedi cap.4) mentre la gestione della rendicontazione delle prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso è veicolata dalle transazioni AMB-1 (Placer Order Management) e AMB-2 (Filler Order Management).

E' inoltre previsto l'utilizzo del messaggio di query per recuperare dal CUP il pdf dell'avviso di pagamento (par. 7.5.4)

5.8.1 Transazione AMB-1 (Placer Order Management)

A seguito di una comunicazione di erogazione di prestazione per un assistito con codice bianco il CUP può comunicare al PS l'avvenuto pagamento delle prestazioni come previsto dal profilo AMB-1 (Placer Order Management).

Il messaggio da utilizzare è OMG^O19.

5.8.2 Transazione AMB-2 (Filler Order Management)

A seguito di un'erogazione di prestazioni per assistiti in pronto soccorso, il PS invia al CUP le seguenti informazioni:

- Dati anagrafici.
- Riferimenti delle prestazioni erogate.
- Eventuale cifra da pagare per le prestazioni.

Il flusso di messaggi previsto è il seguente:

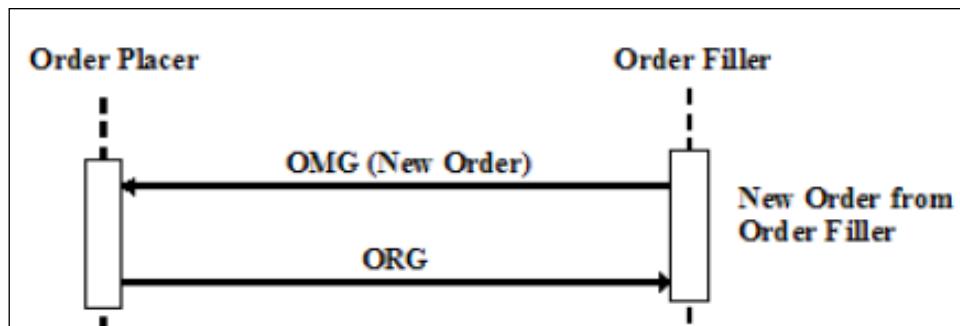


Figura 5.20 - Scenario d'integrazione AMB-2

I messaggi previsti dalla transazione saranno:

OMG^O19 (New Order) – veicola le informazioni relative alle prestazioni erogate e da rendicontare.
ORG^O20 – utilizzato come ack applicativo.

5.9 Integrazione dei sistemi CCE-CUP

Nell'ottica della gestione delle MAC con relativa descrizione è previsto un flusso di messaggi tra i sistemi CCE e CUP.

Il processo è schematizzabile come segue:

1. Il CUP invierà gli appuntamenti contenuti nella MAC alla CCE
2. La CCE creerà l'episodio MAC e assocerà tutti gli appuntamenti all'unico episodio
3. All'accettazione amministrativa, il CUP comunicherà alla CCE la presenza in istituto del paziente.

4. Quando l'operatore clinico prenderà in carico la visita sulla worklist ambulatoriale della CCE, la CCE invierà un messaggio HL7 in modo che l'appuntamento risulti blindato sul CUP e non più modificabile
5. Quando l'operatore clinico refererà la singola seduta la CCE invierà un messaggio HL7 per comunicare l'erogazione della singola seduta
6. Alla conclusione del ciclo, la CCE invierà il messaggio di cambio stato (OC/OS = SC/CM) popolando anche la data di fine erogazione

A supporto dell'integrazione CCE-CUP si ricorre al profilo già proposto per i flussi ambulatoriali (vedi figura seguente).

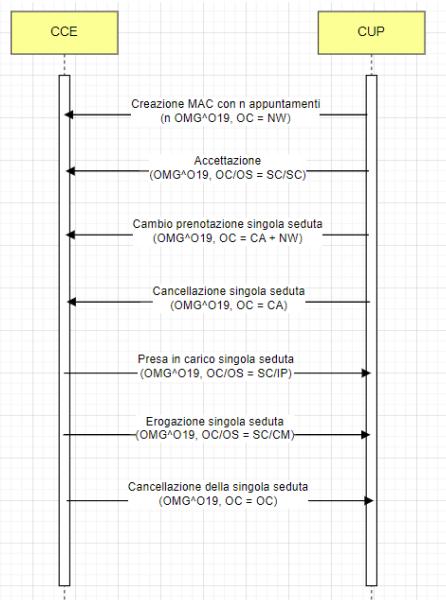


Figura 5.21 - Integrazione Sistemi CCE – CUP

Nello scenario reale i ruoli svolti si suddividono come:

- ADT / Order Filler: CCE
- Order Placer: CUP

La gestione delle prestazioni MAC è veicolata dalle transazioni CCE-1 (Placer CCE Order Management) e CCE-2 (Filler CCE Order Management).

5.9.1 Transazione CCE-1 (Placer Order Management)

Da un'analisi dei flussi di gestione delle MAC vengono identificate le entità coinvolte nello scambio di messaggi HL7 e il ruolo che esse ricoprono all'interno del profilo d'integrazione.

La richiesta di un pacchetto MAC viene tipicamente effettuata dal CUP il quale viene identificato a tutti gli effetti come Order Placer mentre il generico ambulatorio che fornisce la prestazione è assunto come Order Filler.

Da qui si è preso a modello il profilo RAD-2 (Placer Order Management) per strutturare la richiesta di prestazioni ambulatoriali definendo arbitrariamente il profilo come CCE-1.

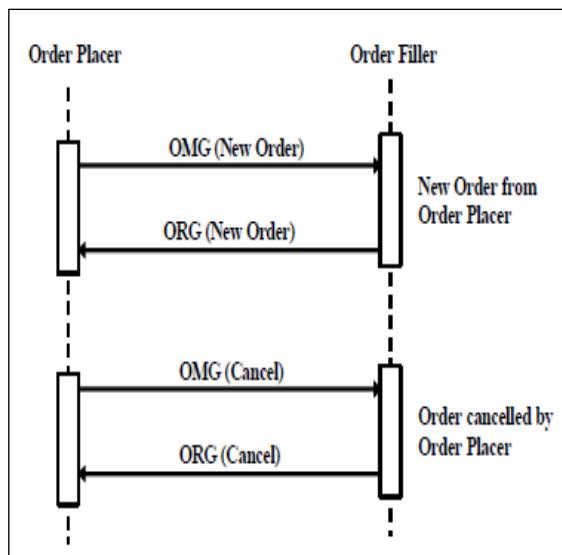


Figura 5.22 - Scenario di integrazione AMB-1

La scelta del messaggio da utilizzare è stata fatta in base alle specifiche dettate dallo standard HL7 ver. 2.5 nel quale viene definito il messaggio **OMG – general clinical order message** per modellare ordini di carattere clinico generico.

A seguito della ricezione di un messaggio OMG, l'Order Filler conferma la transazione avvenuta inviando un messaggio di acknowledgement all'Order Placer, ovvero un messaggio **ORG - general clinical order acknowledgement message (event O20)**.

5.9.2 Transazione CCE-2 (Filler Order Management)

La transazione CCE-2, equivalente alla transazione RAD-3 dei sistemi di Radiodiagnostica, viene usata dall'Order Filler per comunicare all'Order Placer i cambiamenti di stato delle prestazioni ambulatoriali richieste.

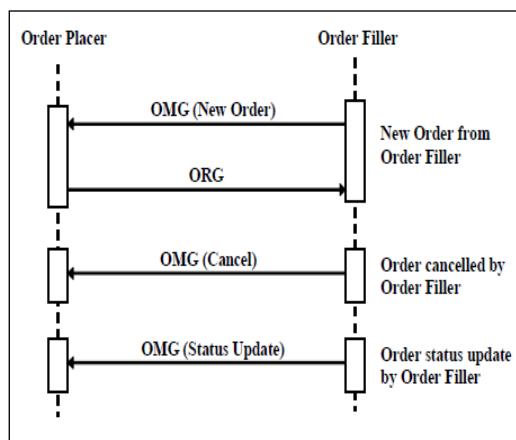


Figura 5.23 - Scenario di integrazione AMB-2

I messaggi previsti dalla transazione saranno:

OMG^O19 (New Order) – veicola le informazioni relative alle prestazioni erogate e da rendicontare.
ORG^O20 – utilizzato come ack applicativo.

6 REPORT MANAGEMENT

Nei paragrafi che seguono sono descritti i flussi e i messaggi HL7 previsti sulla piattaforma regionale per le attività di:

- Refertazione verso il Repository aziendale:
 - Archiviazione e aggiornamento¹⁰ dei documenti clinici elettronici (DCE) sul Repository aziendale (par. 6.1).
 - Aggiornamenti dei metadati associati al DCE archiviato (par. 6.4).
- Gestione delle notifiche di:
 - Aggiornamenti dello stato di marca e notifica del referto dal Repository verso i dipartimentali integrati (par. 6.3)
 - Notifica del link logico del referto archiviato dal sistema refertante al sistema che ha richiesto le prestazioni ai fini della consultazione del referto dal Repository aziendale (par. 6.2)

Per dettagli sugli scenari e processi di integrazione con i servizi di refertazione di Piattaforma fare riferimento agli scenari SISS di refertazione (rif. [3]) e alle specifiche di interfacce di integrazione esposte agli aderenti REF (rif. [16] – capitolo Refertazione -> Generalità)

6.1 Archiviazione DCE

Di seguito sono descritti i flussi e gli scenari di archiviazione dei DCE sul Repository aziendale.

La figura sottostante mostra il sequence diagram con lo scambio di messaggi HL7 che deve avvenire nel processo di archiviazione di un referto.

Il processo di archiviazione di documenti sul Repository aziendale prevede l'utilizzo di messaggi MDM e precisamente:

- MDM^T02: messaggio contenente il documento da archiviare inviato dal dipartimentale verso il Repository. Il messaggio consente di archiviare referti di natura Standard.
- MDM^T01: messaggio di risposta dal Repository al dipartimentale contenente l'identificativo univoco del documento archiviato (o Link Logico)
- MDM^T06: messaggio contenente il documento da archiviare inviato dal dipartimentale verso il Repository. Il messaggio consente di:
 - archiviare referti di natura Addendum (Sostitutivo, Integrativo, Annullativo)
 - aggiornare il DAO su referti già archiviati.
- MDM^T05: messaggio di risposta dal Repository al dipartimentale contenente l'identificativo univoco del documento archiviato (o Link Logico)

¹⁰ L'aggiornamento è applicabile solo ai documenti archiviati in bozza sul Repository.

6.1.1 Adeguamenti FSE 2024

In aderenza alle evoluzioni dettate dal FSE 2.0 la notifica dei referti al SISS introduce degli adeguamenti sulle informazioni richieste sui referti da pubblicare.

Per questo motivo la NPRI espone una nuova versione di messaggi MDM di archiviazione che consente agli applicativi refertanti di archiviare le nuove informazioni richieste dal FSE Regionale. E' possibile specificare la versione del messaggio nel campo MSH-21 (par. 7.5.1.1.1).

La nuova versione FSE 2024 prevede i seguenti principali adeguamenti.

- Nuove informazioni obbligatorie Tipologia Struttura e Tipo Attività Clinica
- Informazioni sull'applicativo (nome, versione e vendor) refertante
- Eliminazione del DAO
- Eliminazione delle note di reperibilità
- Modifica dei valori di oscuramento:
 - Eliminazione degli oscuramenti per leggi speciali
 - Nuova codifica dei valori di oscuramento:
 - P99 – Oscuramento volontario del cittadino
 - Nuova informazione di riservatezza del documento Confidentiality code (Normal, Very restricted) in sostituzione degli oscuramenti classificati per leggi speciali (HIV,Tossicodipendenza,Interruzione di gravidanza,Violenza subita)

6.1.1.1 Gestione addendum

Gli adeguamenti FSE 2024 non prevedono più la notifica di referti di tipo INTEGRATIVO.

Quando un applicativo passa alla refertazione FSE 2024 dovrà mantenere entrambe le versioni di messaggi per gestire gli addendum di dce già archiviati secondo le specifiche precedenti. Quindi userà:

- Messaggi 2024: I nuovi referti standard , e successive addendum
- Messaggi 2011 (as is): DCE addendum di dce già archiviati con messaggi 2011-01/02

6.1.2 Workflow di integrazione

Il flusso di scambio dei messaggi prevede l'adozione dell'*Enhanced Mode* nella fase di invio dei messaggi MDM di richiesta di archiviazione prevedendo quindi lo scambio di un Ack di commit e a seguire un Ack Applicativo mentre il flusso di messaggi di risposta inviati dal Repository con il link logico del documento viene gestito con la modalità dell'*Original Mode*.

In particolare la gestione degli Ack in Enhanced Mode può essere gestito nelle due modalità di Enhanced Mode Asincrono e Enhanced Mode Sincrono.

Di seguito sono illustrati i due flussi di scambio di request-response di archiviazione:

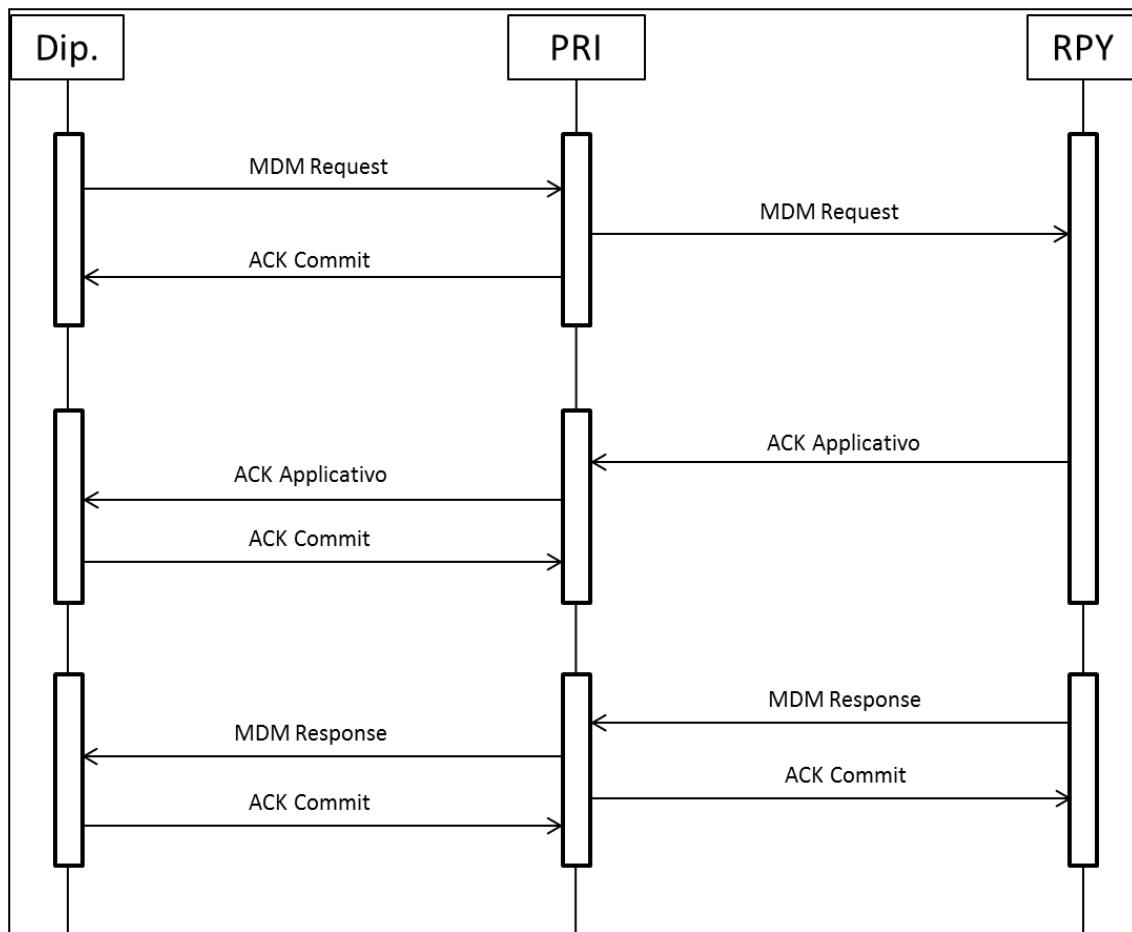


Figura 6.1 - Sequence Diagram con request in Enhanced Mode Asincrono

Nelle comunicazioni in *Enhanced Mode Asincrono* solo il primo Ack (di commit) viene restituito sulla connessione socket stabilita dal dipartimentale, mentre il secondo Ack (applicativo) viene inviato su una nuova connessione socket stabilita dal RepReferti.

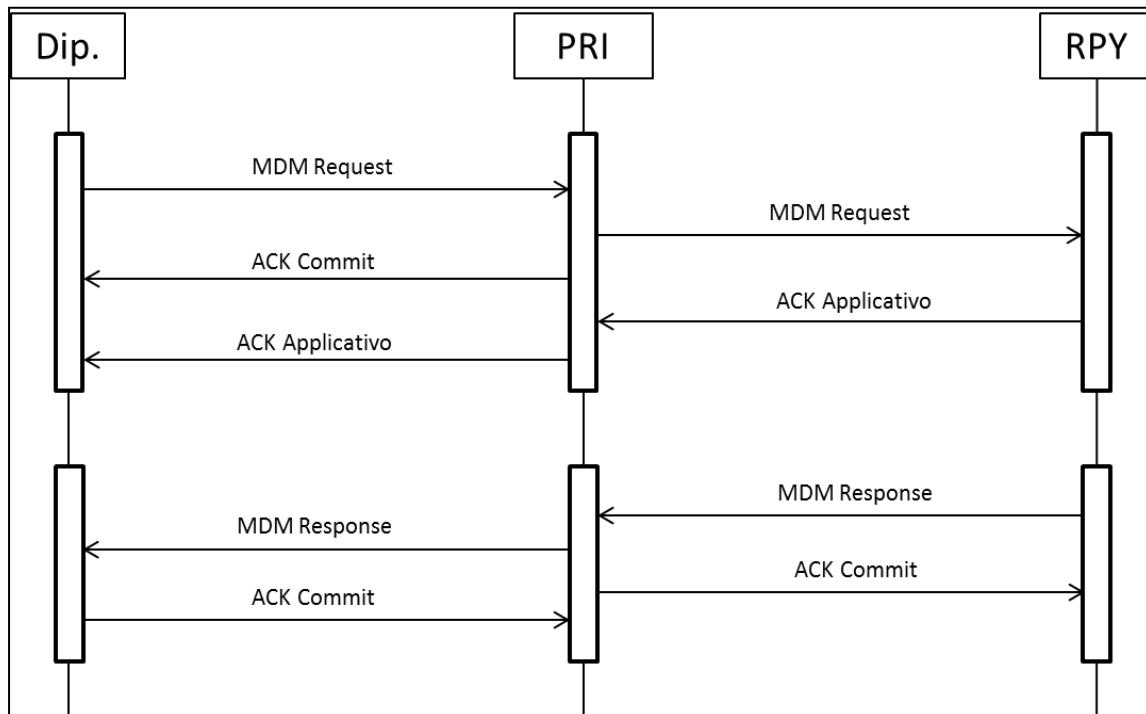


Figura 6.2 - Sequence Diagram con request in Enhanced Mode Sincrono

Nel caso in cui si adotti come tipo di acknowledgment l'*Enhanced Mode Sincrono*, entrambi gli ACK restituiti dal RepReferti vengono trasmessi sulla medesima connessione socket, quella iniziata dal dipartimentale.

Il primo ACK, di commit, indica la presa in carico da parte della piattaforma di integrazione della richiesta. Il campo MSA-1 di tale ACK potrà assumere i seguenti valori:

- CA: il messaggio HL7 è stato correttamente preso in carico dalla piattaforma di integrazione
- CR: si è verificato un errore di comunicazione o altro per cui il messaggio HL7 non è stato preso in carico dalla piattaforma di integrazione. L'applicazione mittente deve occuparsi di rispedire il medesimo messaggio HL7
- CE: il messaggio HL7 non è corretto sintatticamente ed è stato rifiutato dalla piattaforma di integrazione. L'applicazione mittente deve produrre un nuovo messaggio HL7, ossia con Message Control-Id (MSH-10) differente dal precedente, che sia corretto e poi spedirlo

Il secondo ACK, detto applicativo, viene trasmesso da Repository solo nel caso in cui il primo ACK aveva codice CA. Questo ACK trasporta solo l'esito dell'operazione e il campo MSA-1 di tale ACK potrà assumere i seguenti valori:

- AA: l'archiviazione del referto (in questo esempio) è avvenuta con successo. Con questo ACK si conclude la “conversazione” iniziata dal dipartimentale; seguirà la “conversazione” iniziata dal Repository descritta di seguito.
- AE: l'archiviazione del referto è fallita. Il messaggio di ACK contiene nel segmento ERR la descrizione del motivo di errore.

- AR: il codice non è previsto in quanto in caso di errori di trasmissione (ad es. il Repository non è momentaneamente raggiungibile) è la piattaforma di integrazione ad occuparsi di re-inviare il messaggio.

6.2 Notifica del link logico

A seguito dell'archiviazione del referto sul Repository è possibile notificare il link logico del referto archiviato ad altri applicativi dipartimentali oltre che all'applicativo refertante stesso (attraverso le response di archiviazione del Repository).

Ad es. il caso in cui un medico di PS debba consultare in tempi brevi il referto prodotto sugli esami richiesti all'erogatore ad es. il Laboratorio. E' necessario quindi che l'applicativo di PS riceva comunicazione che il referto è disponibile per la consultazione.

Per soddisfare questo scenario la PRI prevede due scenari applicabili:

1. Notifica del link logico dall'Order Filler (applicativo erogatore che ha archiviato il referto) verso l'Order Placer (applicativo che ha richiesto le prestazioni) attraverso un messaggio MDM contenente il link logico.
2. Broadcast del link logico dal Repository verso uno o più applicativi. A seguito dell'archiviazione di un referto il Repository invia il messaggio MDM contenente il link logico oltre che all'applicativo che ha archiviato il referto anche agli altri applicativi dipartimentali configurati.

Il messaggio MDM contiene oltre al link logico del referto anche ulteriori informazioni, es. numero di pratica di PS, numero nosologico di ricovero, elenco di prestazioni specialistiche refertate con relativi numeri d'ordine.

I messaggi previsti sono:

1. MDM^T01 per la notifica del link logico di archiviazione di un referto di natura Standard
2. MDM^T05 per la notifica del link logico di archiviazione di un referto di natura Addendum

A seguito della ricezione del link logico l'applicativo ricevente può richiedere il documento archiviato sul Repository per visualizzarlo al medico attraverso i servizi di consultazione di PRI (SISS-Way CON).

Di seguito sono illustrati i flussi di integrazione nei due scenari:

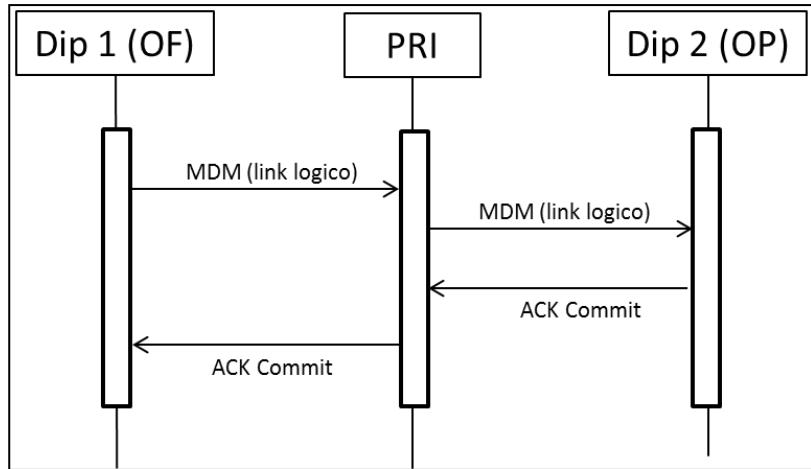


Figura 6.3 - Notifica Link Logico Scenario 1 - da Order Filler vs. Order Placer

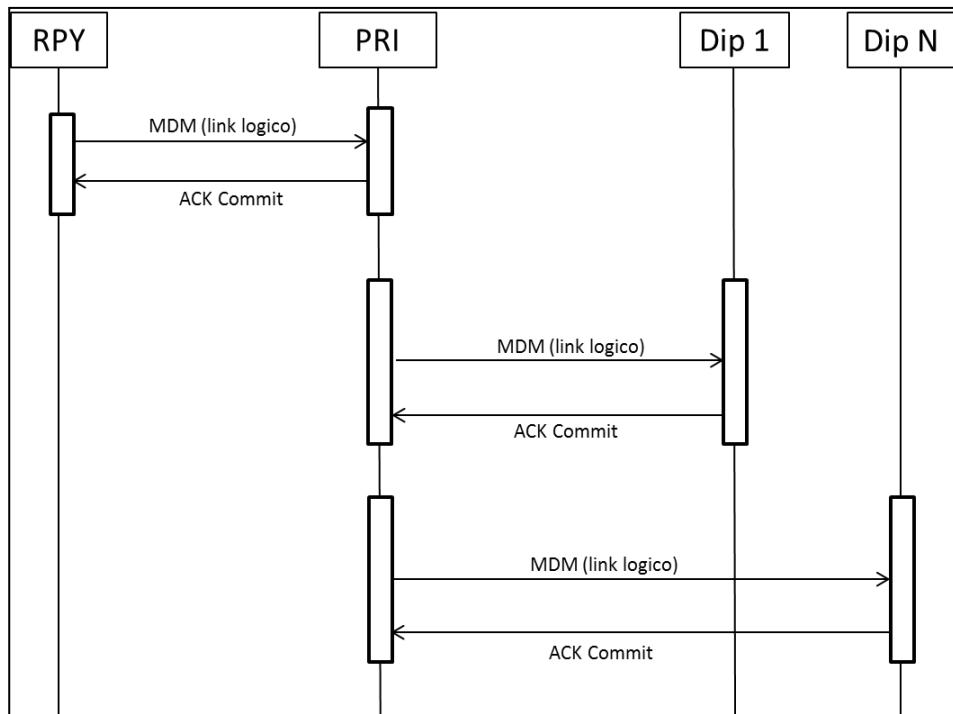


Figura 6.4 - Notifica Link Logico Scenario 2 - Broadcast da Repository

6.3 Notifica di cambio stato DCE

La piattaforma regionale notifica al dipartimentale refertante il cambio stato del DCE relativamente a:

- Marca temporale del referto: a seguito dell'apposizione della marca temporale sul DCE viene inviata comunicazione dell'avvenuta marca.
- Notifica del documento al SISS: a seguito della notifica del documento al SISS viene inviata comunicazione dell'avvenuta pubblicazione

Il messaggio HL7 previsto dalla PRI è:

MDM^T03 – Document Status Change Notification

La figura sottostante mostra il sequence diagram con lo scambio di messaggi HL7 che deve avvenire nel caso di notifica dell'aggiornamento dello stato di un referto.
e

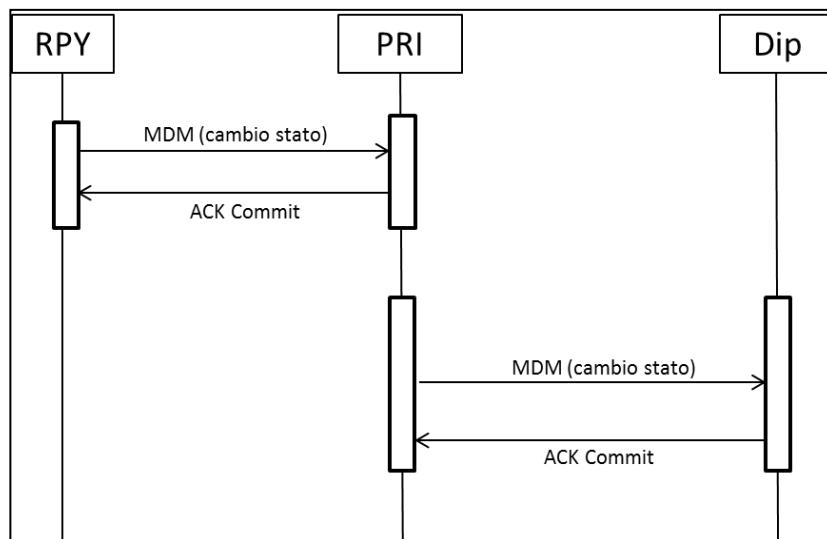


Figura 6.4 - Sequence Diagram Aggiornamento Stato referito

6.4 Aggiornamento attributi DCE

La PRI mette a disposizione servizi che consentono di aggiornare le informazioni sul referto archiviato sul Repository aziendale.

In particolare è consentito aggiornare informazioni di tipo amministrativo sul documento come lo IUP sulle singole prestazioni erogate.

A tale scopo è disponibile il messaggio HL7 MDM^T04 o l'equivalente servizio SISS-Way REF.aggiornaInfoDCE 2008-01 (rif. [16])

MDM^T04 – Document Status Change Notification and Content

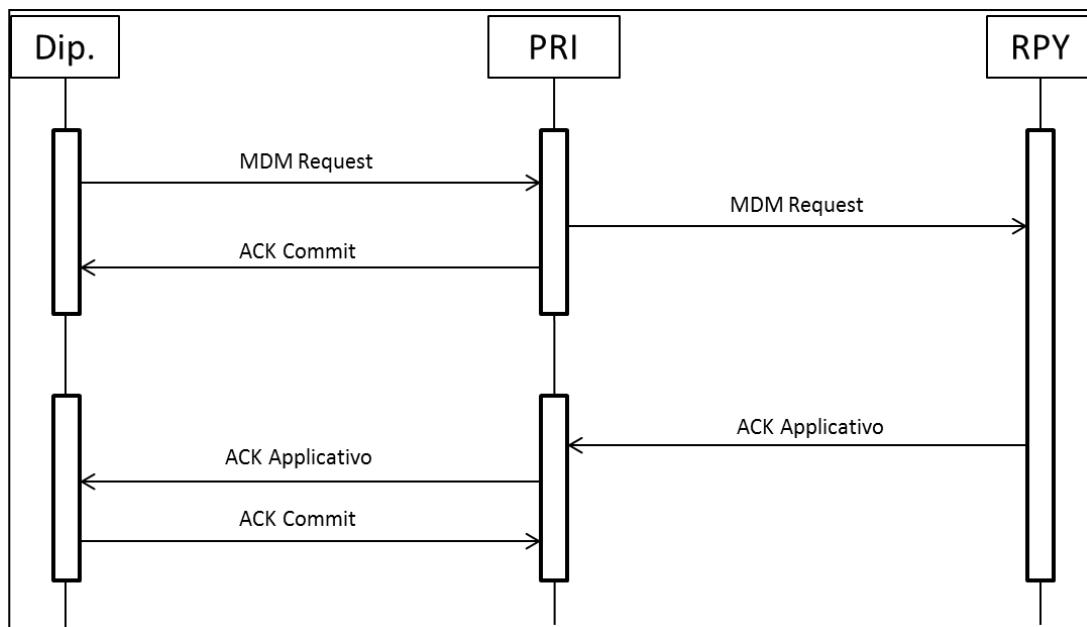


Figura 6.5 - Sequence Diagram Aggiornamento Attributi DCE

In particolare è possibile aggiornare le seguenti informazioni:

- IUP associato alle prestazioni erogate: è possibile aggiornare lo IUP relativo alle prestazioni specialistiche precedentemente archiviate con il DCE prive dell'identificativo della prescrizione.
- Codice RUR o NRE associato alle prestazioni erogate.
- Informazione di pagamento delle prestazioni erogate: è consentito aggiornare lo stato di pagamento delle prestazioni archiviate con il DCE

- Indicazione sulla scelta del cittadino di consultare il referto in autonomia con la PDL SISS Cittadino¹¹
- Informazione sull'avvenuta consegna del referto al cittadino: quando il referto viene stampato e consegnato al cittadino è possibile aggiornare l'informazione sull'EPR.
- Link agli allegati: è possibile aggiornare la lista dei riferimenti agli allegati di un referto. Ad ogni aggiornamento va sempre fornita l'intera lista di allegati aggiornata (la lista di allegati precedentemente archiviata sul documento viene aggiornata con la nuova lista allegati ricevuta).

È possibile gestire l'aggiornamento delle informazioni associate al referto fornendo in input al servizio uno dei seguenti tipi di riferimento al documento:

- Identificativo referto: link logico del referto restituito dal Repository all'applicativo refertante o identificativo interno generato dall'applicativo refertante. Utilizzando questo riferimento è possibile aggiornare tutte le informazioni sul referto previste in input. Tipicamente l'identificativo del documento archiviato è conosciuto all'applicativo refertante (RIS, LIS, etc.)
- Identificativi della richiesta di erogazione: utilizzando gli identificativi delle richieste di erogazione delle prestazioni associate al referto è possibile aggiornare i dati amministrativi delle prestazioni: IUP, codice RUR o NRE, pagamento. La gestione con i codici di richiesta di ordine consente l'aggiornamento delle informazioni amministrative delle prestazioni anche da parte degli applicativi aziendali che non sono in possesso del riferimento di archiviazione del documento (es. CUP).

Aggiornamento con identificativi prestazione: ai fini della corretta gestione dell'aggiornamento attraverso gli identificativi della richiesta di erogazione occorre fornire i seguenti dati in input al servizio (cinquina):

- idRichiedente – identificativo dell'applicativo che ha richiesto le prestazioni archiviato con il referto. E' l'id applicativo che viene inviato con il messaggio HL7 di richiesta di prestazioni
- idErogatore – identificativo dell'applicativo che ha erogato le prestazioni e ha prodotto il referto. E' l'id applicativo che viene inviato con il messaggio HL7 di richiesta di prestazioni.
- idRichiesta – identificativo HL7 della richiesta di prestazione (Order Placer Number)
- idErogazione – identificativo HL7 della erogazione di prestazione (Order Filler Number)
- idGruppoRichiesta – identificativo del set di prestazioni richieste (Order Placer Number)

Aggiornamento con identificativo documento: La disponibilità dell'identificativo del documento in input al servizio prevale sulla presenza degli identificativi della richiesta delle prestazioni per cui l'aggiornamento avviene utilizzando come riferimento l'identificativo del DCE (link Logico o identificativo dipartimentale).

Il servizio non consente di:

- Aggiornare i dati anagrafici del cittadino
- Aggiornare informazioni relative a DCE sostituiti o annullati (vedi par. 6.2)

¹¹ ATTENZIONE: L'informazione non coincide con "autorizzazione alla consultazione in autonomia del referto" impostata dal medico nel gruppo dei valori di autorizzazione e oscuramento

- Modificare l'elenco delle prestazioni associate al referto
- Cancellare le informazioni associate al referto
- Aggiornare metadati sui documenti in stato di BOZZA. L'aggiornamento di questi dati viene effettuato con i servizi di archiviazione REF.

6.4.1 Aggiornamento dati sul referto (cinquina)

Per una corretta gestione degli aggiornamenti dei dati sul referto sono necessari alcuni requisiti minimi da rispettare nel processo di erogazione e refertazione delle prestazioni:

1. L'applicativo richiedente e l'applicativo erogatore devono rispettare i vincoli HL7 nei messaggi di ordine sull'utilizzo degli identificativi dell'ordine (o prestazione). Deve essere rispettato le regole di utilizzo dei tre identificativi:
 - a. Order Placer Number
 - b. Order Filler Number
 - c. Order Placer Group Number
2. L'applicativo refertante deve archiviare sulle prestazioni refertate gli identificativi della richiesta del punto 1. Inoltre devono essere archiviati con il DCE anche gli identificativi dell'applicativo richiedente ed erogatore utilizzati nell'integrazione interna per le richieste di prestazioni:
 - d. Sending Application – applicativo che richiede le prestazioni
 - e. Receiving Application – applicativo che eroga le prestazioni
3. L'applicativo che aggiorna le informazioni sul referto archiviato con il servizio messaggio HL7 MDM^T04 (o con l'equivalente REF.aggiornaInfoDCE 2008-01) deve fornire in input i dati indicati ai precedenti punti 1 e 2 (cinquina di dati).

La disponibilità e la corretta gestione di queste informazioni nei rispettivi processi di:

- Richiesta ordine
- Refertazione
- Aggiornamento dati

Consente di aggregare correttamente le informazioni che costituiscono il fascicolo sanitario del cittadino sull'EPR aziendale e sul SISS.

6.5 Notifica risultati

La transazione è implementata per quegli attori Order Placer (PS, Reparto, ecc.) che hanno la necessità di conoscere i risultati degli esami richiesti eventualmente prima che venga prodotto il referto definitivo archiviato sul Repository aziendale.

Lo scenario è integrato dalla transazione RAD-28 – Structured Export Report che coinvolge gli attori Order Placer e Order Filler. Comprende i messaggi HL7 necessari a inviare all'Order Placer i risultati degli esami richiesti; questo profilo risulta particolarmente utile nella gestione della comunicazione di risultati su richieste provenienti da un pronto soccorso o da reparto.

In particolare il messaggio supporta la comunicazione dalla radiologia dei riferimenti alle immagini prodotte e archiviate nel sistema di storage aziendale delle immagini. Ad esempio nel caso di un Pronto Soccorso che necessiti di visualizzare le immagini non appena sono disponibili.

Attualmente si ipotizza di comunicare lo Study-ID delle immagini archiviate.

Il ricevente, nell'esempio il PS, dovrà disporre dei riferimenti e delle modalità di accesso al sistema di visualizzazione da utilizzare unitamente all'identificativo immagine ricevuto per un accesso rapido e diretto; ad es. nel caso di un viewer web dovrà essere noto al PS l'indirizzo di connessione (<http://server/path/>) da comporre con il riferimento dell'immagine per ottenere l'URL completo (<http://server/path/immagine>).

Il messaggio previsto dal profilo RAD-28 è il messaggio ORU^R01.

La transazione gestisce le comunicazioni dei seguenti formati di risultato:

- Risultati di esami erogati - deprecato
- Testo del referto
- Link ad immagini

6.6 Archiviazione ricevuta di pagamento (quietanza)

Questa transazione è stata implementata per la notifica al repository prenotazione, da parte del CUP, del documento di quietanza delle prestazioni che il cittadino ha pagato.

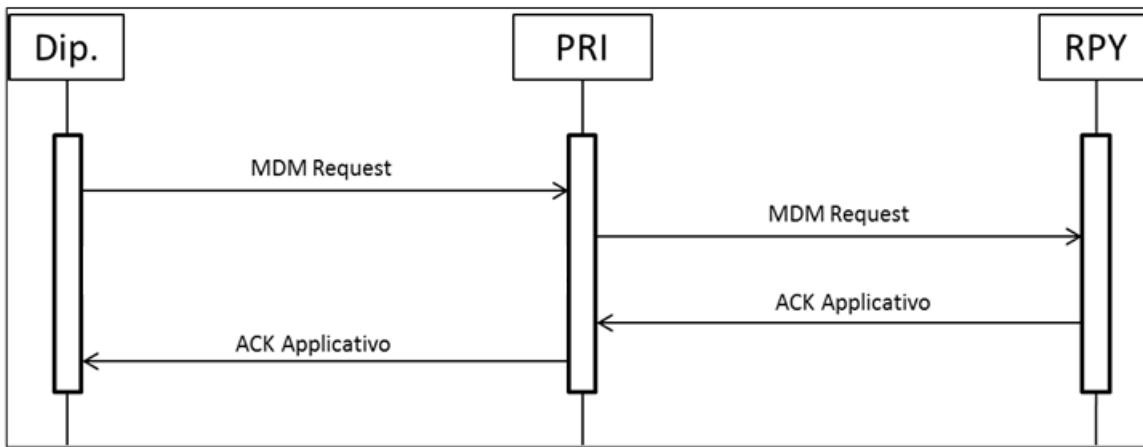
Lo scenario a cui si fa riferimento è quello in cui il cittadino ha la possibilità di usufruire dei servizi di un totem elettronico; attraverso il totem il cittadino può:

- Accettare gli appuntamenti, precedentemente prenotati presso la struttura
- Pagare gli appuntamenti prenotati
- Ricevere le informazioni di ubicazione della sala erogatrice
- Ritirare i documenti prodotti dagli applicativi referenti

I messaggi previsti per questa transazione sono:

- MDM^T02 per inviare al repository il documento di quietanza delle prestazioni pagate
- MDM^T06 per annullare la validità del documento di quietanza a seguito dello storno di una prestazione

Il flusso di scambio dei messaggi prevede l'adozione dell'*Original Mode*; il destinatario del messaggio MDM risponde con un Ack Applicativo, così da tenere traccia di eventuali problemi nello scambio dei messaggi.



6.7 Ricerca documenti archiviati sul Repository

Questa transazione è stata implementata per la consentire ai dipartimentali di ricercare documenti archiviati nel Repository e visualizzarne il contenuto.

I parametri che possono essere combinati tra loro per effettuare le ricerche di documenti sono;

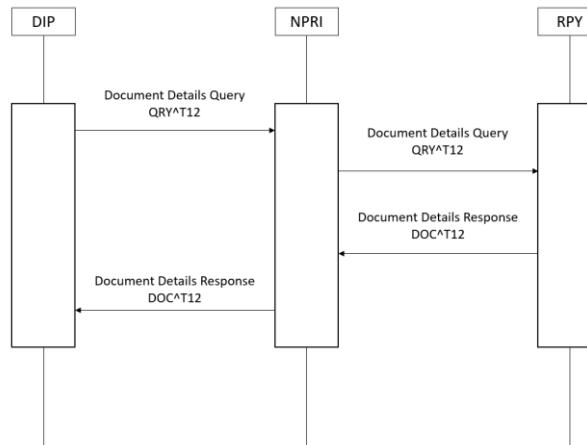
- dati sul documento
- dati sul paziente
- elenco dei riferimenti ai documenti archiviati

La risposta può restituire:

- il contenuto del documento
- informazioni minime sui pazienti cui si riferiscono i documenti trovati
- informazioni sui documenti trovati
- l'elenco dei link logici corrispondenti ai documenti PDF o ai documenti CDA oppure le coppie di link logici corrispondenti ai documenti PDF e CDA trovati o PDFA3

I messaggi previsti per questa transazione sono:

- QRY^T12 per inviare selezionare i parametri di ricerca all'interno del repository
- DOC^T12 inviato dal repository con l'esito della ricerca dei referti.



7 MESSAGGI HL7

Di seguito sono descritte le strutture dei messaggi HL7 e dei segmenti in essi contenuti. Le strutture dei messaggi e dei segmenti sono estratte dalla documentazione dello standard HL7 V2.5. Nelle descrizioni di compilazione dei singoli campi sono indicate le modalità di compilazione ed eventuali obbligatorietà necessarie per l'integrazione con la Piattaforma Regionale. Di conseguenza i campi definiti opzionali per lo standard HL7 possono essere considerate obbligatorie per la PRI. Si raccomanda ad ogni modo di valorizzare sempre tutte le informazioni a disposizione, sebbene possano essere indicate come opzionali dallo standard stesso o dalle descrizioni dei campi. In particolare tutte le informazioni di carattere “identificativo” (operatore, struttura, applicativo, codice richiesta, etc...) devono essere sempre popolate se l'informazione è disponibile per l'applicativo integrato.

7.1 Messaggi e Segmenti comuni

7.1.1 MSH – Message Header

La struttura del segmento MSH¹² è riportata nella seguente tabella, come da standard HL7. La struttura presentata si applica a tutti i messaggi HL7 previsti all'interno della piattaforma di integrazione salvo specificato diversamente nel seguito del documento.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	1	ST	R			Field Separator
2	4	ST	R			Encoding Characters
3	227	HD	O		0361	Sending Application
4	227	HD	O		0362	Sending Facility
5	227	HD	O		0361	Receiving Application
6	227	HD	O		0362	Receiving Facility
7	26	TS	R			Date/Time Of Message
9	15	MSG	R			Message Type
10	20	ST	R			Message Control ID
11	3	PT	R			Processing ID
12	60	VID	R			Version ID
13	15	NM	O			Sequence Number
14	180	ST	O			Continuation Pointer
15	2	ID	O		0155	Accept Acknowledgement Type
16	2	ID	O		0155	Application Acknowledgement Type
18	16	ID	O	Y	0211	Character Set
21	427	EI	O	Y		Message Profiler Identifier

Struttura del segmento MSH

Per la compilazione del segmento MSH valgono le seguenti raccomandazioni:

CAMPO	CONTENUTO
MSH-1	Nei messaggi generati dagli adapter vale " ". La piattaforma è in grado di gestire altri caratteri separatori di campo, comunque si suggerisce l'utilizzo di questo carattere.
MSH-2	Nei messaggi generati dagli adapter vale "^\&". La piattaforma è in grado di gestire altri caratteri separatori, comunque si suggerisce l'utilizzo dei caratteri indicati.
MSH-3	Codice Identificativo dell'Applicativo Inviaante

¹² HL7#2 Sezione 2.15.9

	HD-1: codice identificativo (namespace ID) obbligatorio
MSH-4	Società produttrice applicativo inviante HD-1: codice identificativo (namespace ID) obbligatorio
MSH-5	Codice identificativo applicativo di destinazione. HD-1: codice identificativo (namespace ID) obbligatorio
MSH-6	Società produttrice applicativo di destinazione HD-1: codice identificativo (namespace ID) obbligatorio
MSH-7	Data e ora di generazione del messaggio Formato AAAAMMGGHH24MM[SS]
MSH-9	Tipo messaggio. (es. ADT^A01^ADT_A01). Formato: MSG-1 : codice messaggio (vedi Tab HL7#0076 – Message Type) MSG-2 : trigger event (vedi Tab. HL7#0003 - Event Type) MSG-3 : struttura messaggio (vedi Tab HL7#0354 – Message Structure)
MSH-10	Identificatore univoco del messaggio, come da standard. Deve essere restituito nel messaggio di ACK.
MSH-11	P=dominio di produzione, T=dominio di training, D=dominio di diagnostica (il secondo componente, "processing mode", non viene considerato).
MSH-12	Versione protocollo. I componenti successivi al primo vengono ignorati. La piattaforma utilizza "2.5" per tutti i messaggi.
MSH-13	Il campo MSH-13, come da standard, può essere specificato se si utilizza il sequence number protocol. Per quanto riguarda la piattaforma valgono le seguenti regole: (a) nei messaggi generati dagli adapter il campo MSH-13 sarà sempre nullo; (b) nell'ambito del trasporto di messaggi HL7 fra applicativi, la responsabilità della corretta gestione del sequence number protocol è demandata agli applicativi che si integrano.
MSH-14	Il campo MSH-14, come da standard, può essere specificato se si utilizza il protocollo di frammentazione dei messaggi. Per quanto riguarda la piattaforma valgono le seguenti regole: (a) nei messaggi generati dagli adapter il campo MSH-14 sarà sempre nullo e i messaggi non frammentati; (b) nell'ambito del trasporto di messaggi HL7 fra applicativi, la responsabilità della corretta gestione del protocollo di frammentazione è demandata agli applicativi che si integrano.
MSH-15	Non utilizzato dai messaggi generati tramite adapter
MSH-16	Non utilizzato dai messaggi generati tramite adapter
MSH-18	Il character set previsto da IHE per l'estensione per l'Italia è: 8859/1 (Latin-1)
MSH-21	Versione interna del messaggio su Piattaforma Standard Regionale

Compilazione del segmento MSH**7.1.2 EVN – Event Type**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	3	ID	B		0003	Event Type Code
2	26	TS	R			Recorded Date/Time
3	26	TS	O			Date/Time Planned Event
4	3	IS	O		0062	Event Reason Code
5	250	XCN	O	Y	0188	Operator ID
6	26	TS	O			Event Occurred
7	241	HD	O			Event Facility

Struttura del segmento EVN

CAMPO	CONTENUTO
EVN-1	Codice Evento secondo standard HL7. Il campo è mantenuto per retro compatibilità dello standard. Deve riportare il codice dell'evento indicato nel campo del MSH-9.2 (trigger event)
EVN-2	Data e ora di sistema Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]
EVN-3	Data e ora prevista per l'evento sanitario. Ad es. può contenere la data di prenotazione per l'intervento o la data prevista del ricovero. Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]
EVN-4	Causa dell'evento
EVN-5	Utente che ha eseguito l'operazione. Formato: XCN-1: codice fiscale dell'operatore.

	XCN-2: cognome XCN-3: nome
EVN-6	Data e ora dell'evento sanitario. Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]
EVN-7	Codice applicativo censito sull'MPI che ha eseguito la movimentazione anagrafica da cui si è generato il broadcast verso gli altri applicativi integrati.

Compilazione del segmento EVN**7.1.3 MSA – Message Acknowledgement**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0008	Acknowledgement Code
2	20	ST	R			Message Control ID
3	80	ST	O		0361	Text Message

Struttura del segmento MSA

CAMPO	CONTENUTO
MSA-1	Uno dei valori AA, AE, AR (original mode ACK) o CA, CE, CR (enhanced mode ACK)
MSA-2	ID del messaggio cui si invia ACK (campo MSH-10 del messaggio originale)
MSA-3	Contiene una descrizione testuale dell'errore; di norma contiene lo stesso messaggio presente nel segmento ERR-8 (User Message)

Compilazione del segmento MSA**7.1.4 ERR – Error**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	705	CWE	R		0357	HL7 Error Code
4	2	ID	R		0516	Severity
5	705	CWE	O		0533	Application Error Code
8	250	TX	O			User Message

Struttura del segmento ERR

CAMPO	CONTENUTO
ERR-3	Codice errore HL7
ERR-4	Severità errore
ERR-5	Codice e descrizione dell'errore riscontrato CWE-1: Codice Errore CWE-2: Descrizione dell'errore CWE-3: nome del sistema che ha generato l'errore (ad es. BAC, REPREFERTI o JCAPS nel caso di messaggi di NAK generati internamente alla piattaforma).
ERR-8	Testo del messaggio di errore

Compilazione del segmento ERR**7.1.5 Messaggio di ACK**

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledge
[{ERR}]	Error

7.2 Patient Administration

7.2.1 ADT^A28 – Add Person or Patient Information

Di seguito si riportano le regole di utilizzo dei messaggi ADT e in particolare dei campi del segmento PID destinati a contenere gli identificativi anagrafici aziendali, a seconda dello scenario di gestione anagrafica scelto all'interno della struttura sanitaria.

7.2.1.1 Gestione dell'id Anagrafico Aziendale

Sono previste due modalità di assegnazione dell'id Anagrafico Aziendale di seguito descritte:

1. **Scenario A: IdBac assegnato dall'MPI aziendale**
2. **Scenario B: IdBac assegnato dal dipartimentale**

7.2.1.1.1 Scenario A: IdBac assegnato dall'MPI

L'applicativo dipartimentale invia un messaggio ADT^A28 di inserimento di un nuovo paziente valorizzando la ripetizione del PID-3 destinata a contenere l'id anagrafico con il proprio identificativo univoco locale, compilando i sottocampi come segue:

- CX-1: *identificativo univoco generato dal dipartimentale*
- CX-5: "PI"
- CX-6: *nome del dipartimentale*

Il PID-4 non deve essere valorizzato.

L'MPI assegnerà il proprio identificativo univoco (idBac) all'anagrafica del nuovo paziente e da quel momento quello sarà l'unico identificativo da utilizzare (ad es. nei successivi messaggi ADT^A31 di modifica anagrafica).

Nel messaggio di notifica di avvenuto inserimento inviato dall'MPI al dipartimentale una ripetizione del PID-3 conterrà l'idBac, mentre nel PID-4 verrà riportato l'identificativo che il dipartimentale aveva assegnato al paziente, per consentire di gestirne l'associazione sulla propria base dati locale.

I sottocampi del PID-3 saranno così valorizzati:

- CX-1: *idBac*
- CX-5: "PI"
- CX-6: "BDA"¹³

I sottocampi del PID-4 saranno così valorizzati:

- CX-1: *identificativo univoco generato dal dipartimentale*
- CX-5: "PI"

¹³ si usa ancora BDA invece di BAC per compatibilità con le versioni precedenti

- CX-6: *nome del dipartimentale*

7.2.1.1.2 Scenario B: IdBac assegnato dal dipartimentale

L'applicativo dipartimentale deve generare l'id anagrafico secondo l'algoritmo concordato con l'MPI e inviare un messaggio ADT^A28 valorizzando i sottocampi del PID-4 come segue:

- CX-1: *idBac generato dal dipartimentale*
- CX-5: "PI"
- CX-6: "BDA"

Una ripetizione del PID-3 dovrà essere valorizzata con un identificativo univoco del dipartimentale coincidente o meno con l'idBac; i sottocampi andranno così valorizzati:

- CX-1: *idBac generato dal dipartimentale o altro identificativo univoco assegnato dal dipartimentale all'anagrafica del paziente*
- CX-5: "PI"
- CX-6: *nome del dipartimentale*

L'MPI adotterà come identificativo univoco dell'anagrafica del paziente l'idBac ricevuto (generato dal dipartimentale) e compilerà il messaggio ADT^A28 di notifica compilando i campi PID-3 e il PID-4 come segue.

I sottocampi del PID-3 saranno così valorizzati:

- CX-1: *idBac generato dal dipartimentale*
- CX-5: "PI"
- CX-6: "BDA"

I sottocampi del PID-4 saranno così valorizzati:

- CX-1: *idBac generato dal dipartimentale o altro identificativo univoco assegnato dal dipartimentale all'anagrafica del paziente*
- CX-5: "PI"
- CX-6: *nome del dipartimentale*

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
[PD1]	Additional Demographic
[{ NK1 }]	Next of Kin / Associated Parties
PV1	Patient Visit
[PV2]	Patient Visit – Additional info
[{ OBX }]	Observation / Result
[ZRP]	Reported Patient

Struttura del messaggio ADT^A28

7.2.1.2 Segmento MSH

Vedi par. 7.1.1

In particolare la compilazione di alcuni campi deve seguire le regole riportate nella seguente tabella.

CAMPO	CONTENUTO
MSH-5	Codice identificativo applicativo di destinazione. HD-1: codice identificativo (namespace ID) obbligatorio. Nei messaggi ADT di gestione anagrafica inviati verso l'MPI il campo deve essere sempre valorizzato con "BAC" Nei messaggi ADT di broadcast ricevuti dall'MPI il campo non è popolato.
MSH-6	Società produttrice applicativo di destinazione HD-1: codice identificativo (namespace ID) obbligatorio Nei messaggi ADT di gestione anagrafica inviati verso l'MPI il campo deve essere sempre valorizzato con "SANTER" Nei messaggi ADT di broadcast ricevuti dall'MPI il campo non è popolato.

Compilazione del segmento MSH

7.2.1.3 Segmento EVN

Vedi par. 7.1.2

7.2.1.4 Segmento PID

SEQ	LEN	OPT	RP/#	TBL#	ELEMENT NAME
3	250	R	Y		Patient Identifier List
4	20	B	Y		Alternate Patient ID - PID
5	250	R	Y		Patient Name
6	250	O			Mother's Maiden Name
7	26	O			Date/Time of Birth
8	1	O			Administrative Sex
11	250	O	Y	0001	Patient Address
13 *	250	O	Y		Phone Number - Home
14 *	250	O	Y		Phone Number - Business
16	250	O		0002	Marital Status
26	250	O	Y	0171	Citizenship
28	250	O			Nationality
29	26	O			Patient death Date and Time
31	1	O			Identity Unknown Indicator
32	20	O	Y	0445	Identity Reliability Code
33	26	O			Last Update Date/Time
34	241	O			Last Update Facility
39 **	250	O	Y		Tribal Citizenship

Struttura del segmento PID

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	<p>Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identificativo univoco aziendale (idBAC) 2. tessera sanitaria 3. tessera TEAM 4. codice fiscale 5. codice STP o altro identificativo 6. Numero del Documento (es patente, carta di identità, n° della tessera TEAM, n° del modulo HIC,ecc..) <p>Può essere inviato un solo identificativo personale del paziente tra Tessera TEAM, Codice fiscale, Codice STP/Altro</p> <p>Può essere fornito un solo documento associato all'anagrafica</p> <p>CX-1 = Identificativo CX-4 = ente che ha assegnato il codice. In caso di identificativi PNT il campo consente di dettagliare la tipologia di identificativo (Tab. UD #0363) CX-5 = tipo di identificativo (Tab HL7#0203) CX-6 = Nome Applicativo che ha generato l'identificativo anagrafico univoco (idBAC). CX-7 = Data ultima variazione dei dati anagrafici sull'Anagrafe Regionale CX-8 = <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti STP identifica la data assegnazione identificativo (validità STP = 6 mesi) - Pazienti TEAM e altro identificativo – Identifica la data di scadenza del documento inviato con la ripetizione con il numero documento CX-9.3 = Sigla Nazione che ha rilasciato il documento CX-10.1 = Numero identificativo istituzione competente che ha rilasciato il documento CX-10.2 = Descrizione Istituzione competente</p> <p>Per la ripetizione contenente il numero del documento vanno valorizzati solo i seguenti campi</p> <p>CX-1 = numero documento CX-2 = dettaglio del tipo di documento da valorizzare se CX-5=HC per indicare i documenti di tipo: CSCS, ALL1, ALL2, HIC, TEAM. Se non valorizzato viene considerato di default il documento TEAM CX-5 = tipo di documento (Tab HL7#0203). E' possibile inviare una sola ripetizione per il numero di documento</p>
PID-4	<p>CX-1 = identificativo univoco aziendale creato dall'applicativo dipartimentale; CX-5 = 'PI' CX-6 = Nome Applicativo che ha generato l'identificativo univoco.</p> <p>Valorizzare il campo in base allo scenario di generazione di idBAC definito e al caso d'uso del messaggio</p>
PID-5	<p>XPN-1 = Cognome dell'assistito XPN-2 = Nome dell'assistito XPN-14 = codice titolo di studio. I valori ammessi sono: 1 (nessuno), 2 (elementare), 3 (media inferiore), 4 (media superiore), 5 (laurea), 6 (laurea breve)</p>
PID-6	Non utilizzato
PID-7	Data di nascita nel formato YYYYMMDD
PID-8	<p>Sesso. Valori ammessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • M • F

CAMPO	CONTENUTO
PID-11	<p>Il campo Patient Address va ripetuto in modo da avere le informazioni sui comuni di riferimento del cittadino. I comuni gestiti sono</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comune di Nascita • Comune di Residenza di titolarità aziendale. Può eventualmente contenere il dato più aggiornato tra la residenza NAR e MEF. • Comune di Residenza NAR. • Comune di Residenza MEF. • Comune di domicilio sanitario di titolarità dell'ASL di appartenenza. • Comune domicilio postale o personale di titolarità aziendale. • Comune di provenienza in caso di immigrazione • Comune di emigrazione • Comune di decesso <p>XAD-1.2 = Nome della via. XAD-1.3 = Numero civico. XAD-2 = Descrizione località. XAD-3 = Descrizione Comune XAD-4 = sigla della provincia. XAD-5 = CAP XAD-6 = Codice ISO nazione XAD-7 = Tipologia indirizzo (Tab. HL7 #0190) XAD-8 = Titolarità. Consente di distinguere le ripetizioni delle medesime tipologie di indirizzo. Es. residenza MEF o residenza NAR. (Tab. UD#0445) XAD-9 = codice ISTAT Comune italiano oppure il codice del comune estero. Nel caso di comune estero il codice deve essere prefissato dal carattere 'E' XAD-10 = Codice di catasto del comune XAD-11 = Codice comunale della via. XAD-13 = Data di <ul style="list-style-type: none"> • emigrazione se XAD-7= E • decesso se XAD-7 = P (deprecato – valorizzare PID-29) • ultima variazione dei dati amministrativi se XAD-7 = H • ultima variazione dei dati di residenza se XAD-7 = L </p>
PID-13 *	<p>Recapiti dell'assistito (telefono, mail, fax) preferibilmente personali o di casa.</p> <p>XTN-2 = Tipologia di utilizzo (Tab HL7 #0201) XTN-3 = Tipologia apparecchio (Tab HL7 #0202) XTN-4 = indirizzo di e-mail XTN-5 = prefisso internazionale (es. "39" e non "+39" per l'Italia). Questo campo deve essere valorizzato solo se XTN-3 è diverso da "Internet". XTN-12 = Numero di telefono o numero di fax</p>
PID-14 *	<p>Recapiti dell'assistito (telefono, mail, fax) di lavoro.</p> <p>XTN-2 = Tipologia di utilizzo (Tab HL7 #0201) XTN-3 = Tipologia apparecchio (Tab HL7 #0202) XTN-4 = indirizzo di e-mail XTN-5 = prefisso internazionale. Questo campo deve essere valorizzato solo se XTN-3 è diverso da "Internet". XTN-12 = Numero di telefono o numero di fax</p>
PID-16	Codice ISTAT Stato civile ¹⁴ .
PID-26	CE-3 = Codice ISTAT cittadinanza
PID-28	CE-3 = Codice ISTAT nazionalità
PID-29	Data di decesso
PID-31	<p>Indica lo stato di paziente sconosciuto</p> <p>Valori ammessi</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'N' se l'anagrafica del paziente è nota. E' consentito in alternativa inviare la cancellazione del valore 'Y' • 'Y' se il paziente è sconosciuto quindi l'anagrafica non è reale <p>E' da considerarsi definitivamente deprecato l'utilizzo del campo come indicazione dello stato di certificazione aziendale dell'anagrafica (Già nelle versioni precedenti del documento dichiarato mantenuto solo per compatibilità con le integrazioni in atto. Il campo viene gestito in PID-32)</p>
PID-32	<p>Campo ripetibile per indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gli stati di certificazione del record (Tab UD#0445) e la data in cui è stata assegnata la certificazione. • Lo stato di allineamento del record sull'MPI con l'Anagrafe Regionale e la data di allineamento <p>Il formato sarà COD@aaaammmg. Ad es. un record certificato MEF in data 01/05/2008 verrà formato come: MEF@20080501.</p>
PID-33	Data e ora ultima modifica dei dati sull'MPI. Formato YYYYMMDDHH24MM
PID-34	HD.1 = Anagrafe di provenienza dei dati dell'assistito. Valori ammessi <ul style="list-style-type: none"> • NAR (per gli assistiti) • SISS (per gli ex-assistiti e i contatti)

14

L'integrazione ASL Milano prevede l'utilizzo di una codifica proprietaria documentata in tabella UD0002

CAMPO	CONTENUTO
PID-39 **	Zona di decentramento comunale CWE.1 = Codice della zona di decentramento CWE.3 = Tipologia della zona di decentramento (Tab HL7 #0190)

Compilazione del segmento PID

*: poiché ogni ripetizione del PID-13 e del PID-14 prevede una tipologia di apparecchio (che può essere telefono, fax, internet...), l'uso dei campi del XTN è mutuamente esclusivo. In pratica se una ripetizione viene usata per trasportare un numero di telefono, allora XTN-12 sarà valorizzato mentre XTN-4 (indirizzo e-mail) non potrà essere valorizzato. Inoltre può essere presente una sola ripetizione per ogni coppia di valori presenti nelle tabelle (Tab HL7 #0201, Tab HL7 #0202) all'interno di PID-13 e PID-14. Per fare un esempio se ho due numeri di tipologia fax NON potranno essere veicolati come due ripetizioni del PID 13. Se ho due numeri di telefono di uno di tipologia cellulare e uno di tipologia fisso, possono essere veicolati su due ripetizioni del PID-13 (o del PID-14).

**: Il campo è previsto solo per le integrazioni ASL

7.2.1.5 Segmento PDI

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	XON	O	Y		Patient Primary Facility
4	250	XCN	O	Y		Patient Primary Care Provider Name & ID No
12	1	ID	O		0136	Protection Indicator
13	8	DT	O			Protection Indicator Effective Date

Struttura del segmento PD1

CAMPO	CONTENUTO
PD1-3	<p>Il campo, con le sue ripetizioni, viene utilizzato per riportare le informazioni su ASL e relativi distretti di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASL di Assistenza (relativa al medico di base) 2. ATS di assistenza 3. Distretto dell'ATS di assistenza 4. ASST di assistenza 5. ASL di Appartenenza (relativa al domicilio) 6. ATS di Appartenenza 7. Distretto dell'ATS di appartenenza 8. ASST di appartenenza 9. ASL di Residenza 10. ASL di Residenza NAR 11. ASL di Residenza MEF 12. ATS di Residenza 13. ATS di Residenza NAR 14. ATS di Residenza MEF 15. Distretto dell'ATS di residenza 16. Distretto dell'ATS di residenza NAR 17. Distretto dell'ATS di residenza MEF 18. ASST di residenza 19. ASST di residenza NAR 20. ASST di residenza MEF 21. Casa di riposo <p>XON-1 = Descrizione - opzionale XON-6 = Titolarità. Consente di distinguere le ripetizioni della medesima tipologia di dato. Es. ASST di residenza MEF o ASST di residenza NAR (Tab. UD #0363) XON-7 = Codice tipologia della struttura – obbligatorio (Tab. HL7#0203) XON-10 = Codice identificativo della struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codice ASL/ATS/ASST composto di 6 cifre (3 cifre del codice della regione + 3 cifre del codice regionale della azienda sanitaria) • codice della casa di riposo di max 9 cifre. Obbligatorio <p>Le ripetizioni "ASL" sono da considerarsi deprecate su NPRI. Le codifiche delle aziende sanitarie regionali lombarde e extra lombarde sono inviate come "ATS"</p>
PD1-4	<p>Il campo è utilizzato per comunicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stato del paziente come Cittadino Comunitario Senza Copertura Sanitaria (CSCS)¹⁵

¹⁵ In base alla circolare N° 4/2008 della Regione Lombardia

	<ul style="list-style-type: none"> Date di decorrenza / scadenza iscrizione all'ASL di assistenza <p>Formato: Cittadini CSCS</p> <ul style="list-style-type: none"> XCN-1 = CSCS XCN-22= sigla nazione emittente <p>Date di iscrizione/decorrenza</p> <ul style="list-style-type: none"> XCN-19 = Data di decorrenza dell'iscrizione all'ASL di assistenza (formato YYYYMMDD) XCN-20 = Data di scadenza dell'iscrizione all'ASL di assistenza (formato YYYYMMDD)
PD1-12	Consenso alla creazione del dossier sanitario aziendale – Campo deprecato sostituito dal NK1-33 mantenuto per retrocompatibilità con le integrazioni in atto.
PD1-13	Il campo indica la data a partire dalla quale è possibile consultare il dossier sanitario aziendale.

Compilazione del segmento PD1**7.2.1.6 Segmento NK1**

Il segmento NK1 può essere ripetuto per indicare ulteriori dati relativi a:

- Paziente
- Padre del paziente
- Madre del paziente

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ELEMENT NAME
1	4	SI	R			Set ID - NK1
2	250	XPN	O	Y	0063	Name
3	250	CE	O			Relationship
7 *	250	CE	O		0131	Contact Role
8 *	8	DT	O			Start Date Time
11	20	JCC	O			Next of Kin / Associated Parties Job Code/Class
13	250	XON	O	Y	0136	Organization Name - NK1
23	1	ID	O			Protection Indicator
33	250	CX	O	Y		Next of Kin/Associated Party's Identifiers

Struttura del segmento NK1

CAMPO	CONTENUTO
NK1-1	Progressivo numerico per ogni ripetizione del segmento
NK1-2	XPN-1 = Cognome del padre / madre (solo se NK1-3 = FTH o MTH) XPN-2 = Nome del padre / madre (solo se NK1-3 = FTH o MTH) XPN-7 = Numero di matricola comunale * XPN-8 = Codice comunale familiare * XPN-9.1 = Codice del rapporto di parentela nell'ambito del nucleo familiare* XPN-9.2 = Descrizione del rapporto di parentela * XPN-9.4 = Codice comunale del peso di parentela* XPN-9.5 = Descrizione del peso di parentela*
NK1-3	Indica la tipologia delle informazioni aggiuntive
NK1-7 *	Questo campo è significativo solo se NK1-3 = "SEL" CE-1 = Codice che identifica lo stato dell'assistito per il comune. CE-2 = Descrizione dello stato dell'assistito per il comune. CE-4 = Codice (DIP) che indica che l'anagrafica è associata ad un dipendente dell'azienda. Il valore è gestito attualmente solo negli allineamenti anagrafici tra MPI e EPR
NK1-8 *	Con NK1-3 = "SEL" Data in cui è stata registrata l'ultima variazione in comune nel formato YYYYMMDD Con NK1-3 = "SELC" Data di inizio del consenso al dossier nel formato YYYYMMDD

CAMPO	CONTENUTO
NK1-11	Questo campo è significativo solo se NK1-3 = "SEL" JCC-1 = Codice ISTAT professione JCC-3 = descrizione professione
NK1-13	Questo campo è significativo solo se NK1-3 = "SEL" XON-1 = Descrizione datore di lavoro XON-3 = identificativo Datore di lavoro
NK1-23	Questo campo è significativo solo se NK1-3 = "SELC" Indica il valore di consenso rilasciato dal cittadino in relazione ad ogni tipologia di consenso ripetuta indicata in NK1-33
NK1-33	Ripetizione con NK1-3 = "SELC" Ogni ripetizione del segmento NK1 del paziente riporta un tipo di consenso rilasciato dal paziente CX-1 = Codice del consenso. Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none"> • TD - Consenso al trattamento dei dati • DC - Consenso al Dossier Clinico aziendale • CT - Consenso alla comunicazione a terzi • RS - Consenso al trattamento dei dati ai fini di ricerca scientifica CX-5 = tipo di consenso codificato (Tab HL7 #0203) CX-7 = Data di inizio validità del consenso CX-8 = Data di fine validità del consenso Ripetizione con NK1-3 = "SELC" per inviare le informazioni legate al CF dell'operatore che ha raccolto il consenso e il luogo di archiviazione del modulo firmato. CX-1 = Identificativo univoco (CF dell'operatore che ha raccolto il consenso) CX-10.1 = Numero identificativo istituzione in cui è stato archiviato il modulo dei consensi CX-10.2 = Descrizione Istituzione in cui è stato archiviato il modulo dei consensi Ripetizione con "FTH" o "MTH" Identificativi di padre / madre. Ogni ripetizione del campo contiene uno tra i seguenti identificativi <ul style="list-style-type: none"> • identificativo univoco aziendale • tessera TEAM • tessera sanitaria • codice fiscale • codice STP CX-1 = Identificativo univoco (del paziente del padre o della madre) CX-4 = ente che ha assegnato il codice (Tab UD #0363) CX-5 = tipo di identificativo codificato (Tab HL7 #0203) CX-6 = Nome Applicativo che ha generato l'identificativo CX-8 = Data scadenza identificativo CX-9.1 = Numero Card TEAM CX-9.3 = Sigla Nazione indicata sulla tessera TEAM CX-10.1 = Numero identificativo istituzione competente CX-10.2 = Descrizione Istituzione competente

Compilazione del segmento NK1**7.2.1.7 Segmento PV1**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ELEMENT NAME
2	1	IS	R		0004	Patient Class
7	250	XCN	O	Y		Attending Doctor
19	250	CX	R	Y		Visit Number
44	26	TS	O			Admit Date/Time

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Unico valore ammesso: N (not applicable).
PV1-7	XCN-1 = codice fiscale o codice regionale medico di base XCN-2 = cognome medico di base XCN-3 = nome medico di base XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): <ul style="list-style-type: none"> • NN per Codice Fiscale

CAMPO	CONTENUTO
	<ul style="list-style-type: none"> • RRI per Codice Regionale MMG <p>XCN-16.1 = Codice della qualifica (Tab UD#0448) XCN-19 = Data di scelta del medico (formato YYYYMMDD) XCN-20 = Data di revoca del medico (formato YYYYMMDD)</p>
PV1-19	Protocollo di presa in carico Contenuto: CX-1 = Identificativo CX-5 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203)
PV1-44	Data dell'ultimo accesso alla struttura

Compilazione del segmento PV1**7.2.1.8 Segmento PV2**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ELEMENT NAME
5	25	ST	O	Y		Patient Vaulables
12 *	50	ST	O			Visit Description
23 *	250	XON	O	Y		Clinic Organization Name
24	2	IS	O		0216	Patient Status Code
30 *	250	CE	O		0218	Patient Charge Adjustment Code
46 *	8	DT	O			Patient Status Effective Date

Struttura del segmento PV2

CAMPO	CONTENUTO
PV2-5	Stato di presa in carico del paziente cronico. Vedi Tab. Tabella SISS – Stato Presa in carico Nota: il SISS prevede la restituzione di valori di lunghezza superiore a quella prevista dallo standard HL7.
PV2-12 *	Descrizione dello stato dell'assistito
PV2-23 *	XON-1 = Descrizione della categoria di assistenza NAR XON-2 = Codice della categoria di assistenza nella NAR (Tab.UD #0204).
PV2-24	Stato dell'assistito.
PV2-30 *	CE-1 = Codice dell'ultima variazione della posizione dell'assistito sulla NAR CE-2 = Descrizione della variazione effettuata sulla NAR (opzionale)
PV2-46 *	Data da cui decorre lo stato dell'assistito nel formato YYYYMMDD

Compilazione del segmento PV2

*: Il campo è utilizzato solo nelle integrazioni ASL

7.2.1.9 Segmento OBX

Il segmento OBX viene utilizzato per trasportare i nuovi campi previsti dall'icce.identificaCittadinoEsteso 2019-01

- **utm32xDomicilioCittadino:**
OBX-1: progressivo
OBX-2: ST
OBX-3-1: utm32xDomicilioCittadino
OBX-3-3: 99SISS
OBX-5: Coordinate domicilio cittadino nel sistema UTM, se disponibili. UTM Zone 32 N, Est
OBX-11: F
- **utm32yDomicilioCittadino:**
OBX-1: progressivo
OBX-2: ST
OBX-3-1: utm32yDomicilioCittadino

OBX-3-3: 99SISS

OBX-5: Coordinate domicilio cittadino nel sistema UTM, se disponibili. UTM Zone 32 N, Nord

OBX-11: F

- **latlonxDomicilioCittadino:**

OBX-1: progressivo

OBX-2: ST

OBX-3-1: latlonxDomicilioCittadino

OBX-3-3: 99SISS

OBX-5: Coordinate geografiche domicilio cittadino, se disponibili. Lon, WGS84

OBX-11: F

- **latlonyDomicilioCittadino:**

OBX-1: progressivo

OBX-2: ST

OBX-3-1: latlonyDomicilioCittadino

OBX-3-3: 99SISS

OBX-5: Coordinate geografiche domicilio cittadino, se disponibili. Lat, WGS84

OBX-11: F

- **utm32xResidenzaCittadino:**

OBX-1: progressivo

OBX-2: ST

OBX-3-1: utm32xResidenzaCittadino

OBX-3-3: 99SISS

OBX-5: Coordinate residenza cittadino nel sistema UTM, se disponibili. UTM Zone 32 N, Est

OBX-11: F

- **utm32yResidenzaCittadino:**

OBX-1: progressivo

OBX-2: ST

OBX-3-1: utm32yResidenzaCittadino

OBX-3-3: 99SISS

OBX-5: Coordinate residenza cittadino nel sistema UTM, se disponibili. UTM Zone 32 N, Nord

OBX-11: F

- **latlonxResidenzaCittadino:**

OBX-1: progressivo

OBX-2: ST

OBX-3-1: latlonxResidenzaCittadino

OBX-3-3: 99SISS

OBX-5: Coordinate geografiche residenza cittadino, se disponibili. Lon, WGS84

OBX-11: F

- **latlonyResidenzaCittadino:**

OBX-1: progressivo

OBX-2: ST

OBX-3-1: latlonyResidenzaCittadino

OBX-3-3: 99SISS

OBX-5: Coordinate geografiche residenza cittadino, se disponibili. Lat, WGS84

OBX-11: F

- **utm32xResidenzaCittadinoNAR:**

OBX-1: progressivo

OBX-2: ST

OBX-3-1: utm32xResidenzaCittadinoNAR

OBX-3-3: 99SISS

OBX-5: Coordinate residenza cittadino NAR nel sistema UTM, se disponibili. UTM Zone 32 N, Est

OBX-11: F

- **utm32yResidenzaCittadinoNAR:**

OBX-1: progressivo

OBX-2: ST

OBX-3-1: utm32yResidenzaCittadinoNAR

OBX-3-3: 99SISS

OBX-5: Coordinate residenza cittadino NAR nel sistema UTM, se disponibili. UTM Zone 32 N, Nord

OBX-11: F

- **latlonxResidenzaCittadinoNAR:**

OBX-1: progressivo

OBX-2: ST

OBX-3-1: latlonxResidenzaCittadinoNAR

OBX-3-3: 99SISS

OBX-5: Coordinate geografiche residenza cittadino NAR, se disponibili. Lon, WGS84

OBX-11: F

- **latlonyResidenzaCittadinoNAR:**

OBX-1: progressivo

OBX-2: ST

OBX-3-1: latlonyResidenzaCittadinoNAR

OBX-3-3: 99SISS

OBX-5: Coordinate geografiche residenza cittadino NAR, se disponibili. Lat, WGS84

OBX-11: F

- **codiceMedico:**

OBX-1: progressivo

OBX-2: ST

OBX-3-1: codiceMedico

OBX-3-3: 99SISS

OBX-5: Codice del medico incaricato

OBX-11: F

- **dataInizioSostituzione:**

OBX-1: progressivo
OBX-2: ST
OBX-3-1: dataInizioSostituzione
OBX-3-3: 99SISS
OBX-5: Data di inizio sostituzione del medico. Formato AAAAMMGG
OBX-11: F

- **dataFineSostituzione:**

OBX-1: progressivo
OBX-2: ST
OBX-3-1: dataFineSostituzione
OBX-3-3: 99SISS
OBX-5: Data di fine sostituzione del medico. Formato AAAAMMGG
OBX-11: F

- **dataInizioAdesione:**

OBX-1: progressivo
OBX-2: ST
OBX-3-1: dataInizioAdesione
OBX-3-3: 99SISS
OBX-5: Data in cui il medico ha aderito al progetto di presa in carico (PIC). Formato AAAAMMGG
OBX-11: F

- **dataFineAdesione:**

OBX-1: progressivo
OBX-2: ST
OBX-3-1: dataFineAdesione
OBX-3-3: 99SISS
OBX-5: Data in cui il medico termina il progetto di presa in carico (PIC). Formato AAAAMMGG
OBX-11: F

- **codiceL1:**

OBX-1: progressivo
OBX-2: CE
OBX-3-1: codiceL1
OBX-3-3: 99SISS
OBX-5-1: Codice di Livello 1 della cooperativa
OBX-5-2: Descrizione di Livello 1 della cooperativa
OBX-11: F

- **codiceL2:**

OBX-1: progressivo
OBX-2: CE
OBX-3-1: codiceL2
OBX-3-3: 99SISS
OBX-5-1: Codice di Livello 2 della cooperativa
OBX-5-2: Descrizione di Livello 2 della cooperativa

OBX-11: F

- mifs:**

OBX-1: progressivo

OBX-2: ST

OBX-3-1: mifs

OBX-3-3: 99SISS

OBX-5: Indica se il medico ha aderito al progetto di presa in carico (PIC) in forma singola.

Valori previsti: S, N

OBX-11: F

7.2.1.10 Segmento ZRP

Il segmento ZRP è un segmento customizzato, creato per indicare le anagrafiche che sono segnalate dalle autorità.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	1	ID	R	N	0136	Reporting Flag
2	8	DT	O	N		Reporting Start Date
3	8	DT	O	N		Reporting End Date
4	250	FT	O	N		Additional Notes

Struttura del segmento ZRP

CAMPO	CONTENUTO
ZRP-1	Flag segnalazione: <ul style="list-style-type: none"> Y: anagrafica segnalata N: anagrafica non segnalata
ZRP-2	Data inizio segnalazione. Formato YYYYMMDD
ZRP-3	Data fine segnalazione. Formato YYYYMMDD
ZRP-4	Note aggiuntive sulla segnalazione

Compilazione del segmento ZRP

7.2.2 ADT^A31 – Update Person Information

In caso di aggiornamento il dipartimentale deve inviare all'MPI solo i campi effettivamente modificati; il PID-3 conterrà l'identificativo dell'MPI (IDBAC) dell'assistito. La risposta dell'MPI al dipartimentale e il messaggio di broadcast inviato agli altri dipartimentali conterrà invece tutte le informazioni anagrafiche del paziente.

Se la modifica consiste in una cancellazione di un dato il relativo campo nel messaggio va valorizzato con “” (doppio apice doppio apice).

La struttura del messaggio ADT^A31 da inviare è la stessa prevista per il messaggio ADT^A28 (par. 7.2.1).

7.2.3 ADT^A40 – Merge Patient – Patient Identifier List

Il messaggio consente di comunicare l'unificazione di due anagrafiche.

La struttura di un messaggio di merge è la seguente:

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
{	--- PATIENT begin
PID	Patient Identification
[PD1]	Additional Demographic
MRG	Merge Information
[PV1]	Patient Visit
}	--- PATIENT end

Struttura del messaggio ADT^A40**7.2.3.1 Segmento MSH**

Vedi par. 7.1.1

7.2.3.2 Segmento EVN

Vedi par. 7.1.2

7.2.3.3 Segmento PID

Vedi par. 7.2.1.4

7.2.3.4 Segmento PD1

Vedi par. 7.2.1.5

7.2.3.5 Segmento MRG

SEQ	OPT	TBL#	ELEMENT NAME
1	R		Prior Patient Identifier List

Struttura del segmento MRG

CAMPO	CONTENUTO
MRG-1	CX-1 = Identificativo da sostituire con l'identificativo specificato nel segmento PID
	CX-5 = PI
	CX-6 = BDA

Compilazione del segmento MRG**7.2.3.6 Segmento PV1**

Vedi par. 7.2.1.7

7.2.4 ADT^A24 – Link Patient Information

I messaggi di Link di due pazienti riportano i dati di entrambi i pazienti come si vede dalla ripetizione dei segmenti relativi:

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient (1) Identification

[PD1]	Additional Demographic
[PV1]	Patient Visit
PID	Patient (2) Identification
[PD1]	Additional Demographic
[PV1]	Patient Visit

Struttura del messaggio ADT^A24

7.2.4.1 Segmento MSH

Vedi par. 7.1.1

7.2.4.2 Segmento EVN

Vedi par. 7.1.2

7.2.4.3 Segmento PID

Vedi par. 7.2.1.4

7.2.4.4 Segmento PDI

Vedi par. 7.2.1.5

7.2.4.5 Segmento PV1

Vedi par. 7.2.1.7

7.2.5 ADT^A37 – Unlink Patient Information

Qualora sia configurata la *Link/Unlink Option* il messaggio **ADT^A37** viene utilizzato per notificare una operazione di annullamento di unificazione.

Per la struttura e il contenuto del messaggio vedi par. 7.2.4

7.2.6 QBP^Q22 – Find Candidates

Il messaggio ha la seguente struttura:

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
QPD	Query Parameter Definition
RCP	Response Control Parameters

Struttura del messaggio QBP^Q22

7.2.6.1 Segmento MSH

Vedi par. 7.1.1

7.2.6.2 Segmento QPD

Il segmento permette di indicare i parametri per la ricerca dei candidati ed ha la struttura seguente:

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	250	CE	R		0471	Message Query Name
2	32	ST	O			Query Tag

3	256	Varies	O	Y		User Parameters (in successive fields)
---	-----	--------	---	---	--	--

Struttura del segmento QPD

CAMPO	CONTENUTO
QPD-1	Deve contenere valori fissi: Componente CE-1 = "Q22"; componente CE-2 = "Find Candidates"; componente CE-3 = "HL7v2.5"
QPD-2	Contiene un identificativo univoco atto ad identificare la query. L'identificativo è lo stesso riportato nel messaggio di risposta.
QPD-3	<p>Il campo contiene N ripetizioni della forma: "<segment field name>^<value>". Il campo "segment field name" va specificato con la sintassi: @<seg><field><component>, ad esempio: "@PID.5.1" significa il componente 1 del campo 5 del segmento PID (cioè il cognome del paziente). Ogni ripetizione del campo si riferisce ad un differente segment field name. Ad esempio, un valore QPD-3 pari a "@PID.5.1^ROSSI~@PID.5.2^MARIO" significa ricercare il paziente di cognome ROSSI e nome MARIO.</p> <p>Le ricerche possono essere eseguite su combinazioni dei seguenti campi: id-mpi, tessera sanitaria, cognome, nome, sesso, data di nascita, codice fiscale, TEAM, STP o altro identificativo; le ricerche per nome e cognome possono essere parziali.</p> <p>Le combinazioni minime da rispettare per avviare una ricerca anagrafica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificativo univoco aziendale (id-mpi); esempio: @PID.3.1^CNU@00000001~@PID.3.5^PI • Codice fiscale; esempio: @PID.3.1^CTTCNT86A24F205J~@PID.3.5^NN • Tessera sanitaria; esempio: @PID.3.1^999ZZ999~@PID.3.5^SS • Cognome, nome e sesso; esempio: @PID.5.1^ROSSI~@PID.5.2^MARIO~@PID.8^M • Cognome, sesso e data di nascita; esempio: @PID.5.1^ROSSI~@PID.8^M~@PID.7^19701231 • Tessera TEAM; esempio: @PID.3.1^AXZOP001~@PID.3.5^NPI • Codice STP o altro; esempio: @PID.3.1^0300000001~@PID.3.5^PNT

Compilazione del segmento QPD**7.2.6.3 Segmento RCP**

Il segmento permette ha la struttura seguente:

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
1	1	ID	O	0091	Query Priority
3	250	CE	O	0394	Response Modality

Struttura del segmento RCP

CAMPO	CONTENUTO
RCP-1	Deve contenere il valore "I" (immediate). Non sono ammesse query differite (RCP-1 = "D")
RCP-3	Deve contenere il valore "R" (real time). Non sono ammesse altre modalità

Compilazione del segmento RCP**7.2.7 RSP^K22 – Find Candidates Response**

La struttura del messaggio di risposta è diversificata in funzione della validità del messaggio di richiesta (segmenti MSA o ERR), e può contenere da zero a N candidati, ognuno descritto obbligatoriamente da un segmento PID, ed optionalmente dai segmenti PD1, NK1 e QRI.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledge
[ERR]	Error
QAK	Query Acknowledgement
QPD	Query Parameter Definition
[{	-- QUERY RESPONSE BEGIN
PID	Patient Identification
[PD1]	Additional Demographics
[{ NK1 }]	Next of Kin
[ZLT]	Others Patient Information

}]	-- QUERY RESPONSE END
----	-----------------------

Struttura del messaggio RSP^K22**7.2.7.1 Segmento MSH**

Per la struttura del segmento MSH si rimanda alla descrizione generale 7.1.1

7.2.7.2 Segmento MSA

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.3

7.2.7.3 Segmento ERR

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.4

7.2.7.4 Segmento QAK

Il segmento ha la struttura seguente:

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
1	32	ST	C		Query Tag
2	2	ID	O	0208	Query Response Status
3	250	CE	O	0471	Message Query Name
4	10	NM	O		Hit Count

Struttura del segmento QAK

CAMPO	CONTENUTO
QAK-1	Identificativo univoco della query; nella risposta si deve riportare il valore del campo QPD-2 della query
QAK-2	Contiene uno dei valori presenti in tabella HL7 #0208
QAK-3	Deve contenere valori fissi: Componente CE-1 = "Q22"; componente CE-2 = "Find Candidates"; componente CE-3 = "HL7v2.5"
QAK-4	Questo campo restituisce il numero di risultati trovati dalla query

Compilazione del segmento QAK**7.2.7.5 Segmento QPD**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.2.6.2

7.2.7.6 Segmento PID

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.2.1.4

7.2.7.7 Segmento PDI

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.2.1.5

7.2.7.8 Segmento NKI

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.2.1.6

7.2.7.9 Segmento ZLT

Il segmento ZLT è stato definito per riportare tutte le informazioni che nei messaggi HL7 di allineamento anagrafico sono presenti nei segmenti PV1 e PV2.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ELEMENT NAME
1	1	IS	R		0004	Patient Class
2	250	XCN	O	Y		Attending Doctor
3	250	CX	R	Y		Visit Number
4	26	TS	O			Admit Date/Time
5	25	ST	O	Y		Patient Vaulables
6 *	50	ST	O			Visit Description
7 *	250	XON	O	Y		Clinic Organization Name
8	2	IS	O		0216	Patient Status Code
9 *	250	CE	O		0218	Patient Charge Adjustment Code
10 *	8	DT	O			Patient Status Effective Date

Struttura del segmento ZLT

CAMPO	CONTENUTO
ZLT-1	Unico valore ammesso: N (not applicable).
ZLT-2	XCN-1 = codice fiscale o codice regionale medico di base XCN-2 = cognome medico di base XCN-3 = nome medico di base XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): <ul style="list-style-type: none"> • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG XCN-16.1 = Codice della qualifica (Tab UD#0448) XCN-19 = Data di scelta del medico (formato YYYYMMDD) XCN-20 = Data di revoca del medico (formato YYYYMMDD)
ZLT-3	Protocollo di presa in carico Contenuto: CX-1 = Identificativo CX-5 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203)
ZLT-4	Data dell'ultimo accesso alla struttura
ZLT-5	Stato di presa in carico del paziente cronico. Vedi Tab. Tabella SISS – Stato Presa in carico
ZLT-6 *	Descrizione dello stato dell'assistito
ZLT-7 *	XON-1 = Descrizione della categoria di assistenza NAR XON-2 = Codice della categoria di assistenza nella NAR (Tab.UD #0204).
ZLT-8	Stato dell'assistito.
ZLT-9 *	CE-1 = Codice dell'ultima variazione della posizione dell'assistito sulla NAR CE-2 = Descrizione della variazione effettuata sulla NAR (opzionale)
ZLT-10 *	Data da cui decorre lo stato dell'assistito nel formato YYYYMMDD

Compilazione del segmento ZLT

*: Il campo è utilizzato solo nelle integrazioni ASL

7.3 Patient Management

7.3.1 ADT^A01 – Admit/Visit Notification

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
[PV2]	Patient Visit – additional information
[{ROL}]	Role
[{OBX}]	Observation/Result
[{AL1}]	Allergy Information
[{DG1}]	Diagnosis information
[DRG]	Diagnosis Related Group

Struttura dei messaggi ADT^A01-A04-A05-A14 secondo lo scenario RAD-1

7.3.1.1 Segmento MSH

Per la struttura del segmento MSH si rimanda alla descrizione generale 7.1.1

7.3.1.2 Segmento EVN

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	3	ID	B		0003	Event Type Code
2	26	TS	R			Recorded Date/Time
3	26	TS	O			Date/Time Planned Event
4	3	IS	O		0062	Event Reason Code
5	250	XCN	O	Y	0188	Operator ID
6	26	TS	O			Event Occurred

Struttura del segmento EVN

CAMPO	CONTENUTO
EVN-1	Codice Evento secondo standard HL7. Il campo è mantenuto per retro compatibilità dello standard. Se valorizzato, deve riportare il codice dell'evento indicato nel campo del MSH-9.2 (trigger event)
EVN-2	Data e ora di sistema Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]
EVN-3	Informazione non necessaria.
EVN-4	Causa dell'evento sanitario (accettazione)
EVN-5	Utente che ha eseguito l'operazione. Formato: XCN-1: codice fiscale dell'operatore. XCN-2: cognome XCN-3: nome
EVN-6	Data e ora dell'evento sanitario (accettazione del paziente, registrazione paziente, ...) Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]

Compilazione del segmento EVN

7.3.1.3 Segmento PID

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name
6	250	XPN	O			Mother's Maiden name
7	26	TS	O			Birth Date
8	1	IS	O			Sex
11	250	XAD	O	Y	0001	Address(es)
13	250	XTN	O			Phone Number(s)
14	250	XTN	O	Y		Phone Number – Business
16	250	CE	O		0002	Marital Status
21	250	CX	O	Y		Mother's Identifier

24	1	ID	O		0136	Multiple Birth Indicator
25	2	NM	O			Birth Order
26	250	CE	O	Y		Citizenship
28	250	CE	O			Nationality

Struttura del segmento PID

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 1. identificativo univoco aziendale 2. tessera TEAM 3. tessera sanitaria 4. codice fiscale 5. codice STP
PID-5	Cognome e nome dell'assistito.
PID-6	Cognome e nome della madre del neonato
PID-7	Data di nascita. Formato YYYYMMDD[HH[MM]] L'indicazione di ora-minuti è obbligatoria in caso di nuovo nato
PID-8	Sesso. Da valorizzare, se disponibile.
PID-11	Indirizzi dell'assistito (di domicilio, residenza, nascita)
PID-13	Recapiti dell'assistito (telefono, mail o fax) preferibilmente personali o di casa
PID-14	Recapiti dell'assistito (telefono, mail o fax) di lavoro
PID-16	Codice ISTAT Stato civile.
PID-21	Ogni ripetizione del campo contiene un identificativo della madre del neonato 1. codice fiscale (vedi dettagli PID-3) 2. nosologico di ricovero (vedi dettagli PV1-19)
PID-24	Indicatore di parto singolo o multiplo (gemellare)
PID-25	Numero di neonati in caso di parto gemellare
PID-26	CE-3 = Codice ISTAT cittadinanza
PID-28	CE-3 = Codice ISTAT nazionalità

Compilazione del segmento PID**7.3.1.4 Segmento PV1**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
3	80	PL	O			Assigned Patient Location
4	2	IS	O		0007	Admission Type
5	250	CX	O			Preadmit Number
7	250	XCN	O	Y	0010	Attending Doctor
8	250	XCN	O	Y	0010	Referring Doctor
10	3	IS	C		0069	Hospital Service
11	80	PL	O			Temporary Location
12	2	IS	O		0087	Preadmit test indicator
14	6	IS	O		0023	Admit Source
17	250	XCN	O	Y	0010	Admitting Doctor
19	250	CX	R	Y		Visit Number
20	50	FC	O	Y	0064	Financial Class
24	2	IS	O	Y	0044	Contract Code
44	26	TS	O			Admit Date/Time
45	26	TS	O	Y		Discharge Date/Time
47	12	NM	O			Total Charges
50	250	CX	O		0203	Alternate Visit ID
51	1	IS	O	Y	0326	Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
-------	-----------

PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-3	<p>Reparto giuridico di ricovero del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto - obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio¹⁶; PL-8 = piano; PL-9 = descrizione per esteso del reparto - obbl PL-10 = codice del presidio ¹⁷</p> <p>Obbligatorio per i messaggi ADT^A01, A05</p>
PV1-4	Motivo d'ammissione. Da utilizzarsi nel caso di regime di ricovero ordinario (PV1-2=I), regime subacuto (PV1-2=S) e sovrappiombamento PS (PV1-2=B); nel caso in cui PV1-2=H è possibile (ma non obbligatorio) valorizzare questo campo con LC per indicare che si tratta di BIC o BOCA, con HC per indicare che si tratta di una MAC.
PV1-5	<p>Numero di pre-ricovero. Obbligatorio per il ricongiungimento degli episodi di ricovero Contenuto: CX-1 = Numero di pre-ricovero – obbl CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto CX-5 = "VN" – obbl CX-10 = codice del presidio</p> <p>Obbligatorio nei messaggi ADT^A05 Nei messaggi ADT^A01, in aggiunta al numero nosologico contenuto in PV1-19, può contenere il numero di pre-ricovero comunicato nell'ADT^A05.</p>
PV1-7	<p>Medico che ha in cura il paziente (Medico MMG/PLS) Contenuto: XCN-1 = Codice Fiscale o Codice Regionale MMG XCN-2 = cognome XCN-3 = nome XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG XCN-23 = ente di appartenenza (Tab UD#0363).</p>
PV1-8	<p>Medico Richiedente il ricovero. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale del MMG/PLS o codice interno dell'AO (es. matricola del medico) Contenuto: XCN-1 = identificativo XCN-2 = cognome XCN-3 = nome XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO XCN-23 = ente di appartenenza (Tab UD#0363)</p>
PV1-10	Tipologia dell'unità ospedaliera di ricovero
PV1-11	<p>Reparto di ricovero temporaneo o "assistenziale" del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto - obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio PL-8 = piano</p>

¹⁶ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

¹⁷ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

	PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio
PV1-12	Stato del Pre-Ricovero; indica lo stato, "Completo" o "Incompleto" delle indagini cliniche effettuate in fase di Pre-Ricovero
PV1-14	Provenienza paziente
PV1-17	Medico che accetta/registra il paziente Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale del MMG/PLS o codice interno dell'AO (es. matricola del medico) Contenuto: XCN-1 = identificativo XCN-2 = cognome XCN-3 = nome XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).
PV1-19	Identificativo dell'episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali), numero protocollo di cura (pazienti cronici) Contenuto: CX-1 = Identificativo episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto, CX-5 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio
PV1-20	Onere degenza
PV1-24	Tipo di tariffa di ricovero
PV1-44	Data e ora di ricovero (evento A01) o pre-ricovero (evento A05) o dell'accesso ciclico in Day Hospital (evento A04 patient class D) o dell'accesso in PS (eventi A04, patient class E) o dell'accesso in followup (evento A04, patient class A); data inizio validità presa in carico per i pazienti cronici (eventi A01, A03, A05, A08) Formato ammesso YYYYMMDDHHMM[SS].
PV1-45	Data e ora della dimissione dall'accesso in Day Hospital (A04) o dall'accesso in followup (evento A04, patient class A); data fine validità presa in carico per i pazienti cronici (eventi A01, A03, A05, A08) Formato YYYYMMDDHHMM[SS].
PV1-47	Costo totale del ricovero. Obbligatorio se PV1-24 = 'T'
PV1-50	Identificativo della richiesta di ricovero assegnato dall'applicativo gestionale delle liste dei ricoveri Formato: CX-1 = Identificativo della lista d'attesa CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo. Valori ammessi: • LA – per l'id della lista di ricovero CX-5 = "MRT" per l'id di lista di ricovero. CX-10 = codice del presidio Nel caso in cui il messaggio venga inviato all'applicativo di pronto soccorso (integrazione PS-ADT) questo campo conterrà il numero di pratica di PS Formato: CX-1 = Identificativo del numero di pratica di pronto soccorso CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo. CX-5 = PS CX-10 = codice del presidio
PV1-51	Indicatore visita. Valori ammessi = "V"

Compilazione del segmento PV1**7.3.1.5 Segmento PV2**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CE	O			Admit Reason
5	25	ST	O	Y		Patient Vaulables

9	26	TS	O			Waiting list registration ¹⁸
25	1	IS	O	0217		Visit Priority Code
36	1	ID	O	0136		Newborn Baby Indicator
38	250	CE	O	0430		Mode of Arrival Code
45	250	CE	O	Y	0435	Advance Directive Code

Struttura del segmento PV2

CAMPO	CONTENUTO
PV2-3	Motivo del ricovero in caso di DH (PV1-2 = patient class = D) Sottocampi utilizzati: CE-1 = codice (vedi Tab Tabella SISS - Motivo Ricovero DH); CE-2 = descrizione; CE-3 = Sistema di codifica (Tab. HL7 0396)
PV2-5	Stato di presa in carico del paziente cronico. Vedi Tab. Tabella SISS – Stato Presa in carico
PV2-8	Data proposta di ricovero, ovvero la data in cui mi aspetto che il paziente sia ricoverato Formato YYYYMMDDHHMM[SS].
PV2-9	Data proposta per le dimissioni, ovvero la data in cui mi aspetto che il paziente sia dimesso
PV2-25	Classe di priorità dell'accesso.
PV2-36	Indica se il paziente è un neonato
PV2-38	Indica la modalità con cui il paziente si presenta presso la struttura
PV2-45	Indica ulteriori richieste di gestione relative all'ordine. Ogni ripetizione prevede la gestione di una opzione: <ul style="list-style-type: none">• Richiesta di oscuramento• Richiesta di stampa o non stampa del referto.
PV2-48	Data in cui il paziente è atteso per il pre-ricovero

Compilazione del segmento PV2**7.3.1.6 Segmento ROL**

Il segmento (ripetibile) consente di comunicare le informazioni sul clinical manager e sui case manager.

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
2	2	ID	R	0287	Action Code
3	250	CE	R	0443	Role-ROL
4	250	XCN	R		Role Person

Struttura del segmento ROL

CAMPO	CONTENUTO
ROL-2	AD
ROL-3	CLI^Clinical Manager CAM^Case Manager
ROL-4	Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri (es. matricola) Contenuto: XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-23 = Ente di appartenenza

Compilazione del segmento ROL

¹⁸ Questo assegnamento è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo.

7.3.1.7 Segmento AL1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R	Y	0127	Set ID – AL1
2	2	IS	O			Allergy Type
3	60	CE	R			Allergy Code/Mnemonic/Description
4	2	IS	O			Allergy Severity
5	15	ST	O			Allergy Reaction
6	8	DT	O			Identification Date

Struttura del segmento AL1

CAMPO	CONTENUTO								
AL1-1	Progressivo numerico della ripetizione								
AL1-2	Classificazione allergia								
AL1-3	Allergia. Sottocampi utilizzati: CE-1 = codice allergia; CE-2 = descrizione dell'allergia; CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7 #0394 – Response Modality) <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>Valore</th> <th>Descrizione HL7</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>Real Time</td> </tr> <tr> <td>T</td> <td>Bolus (a series of responses sent at the same time without use of batch formatting)</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Batch</td> </tr> </tbody> </table> Tabella HL7 #0396 – Coding System);	Valore	Descrizione HL7	R	Real Time	T	Bolus (a series of responses sent at the same time without use of batch formatting)	B	Batch
Valore	Descrizione HL7								
R	Real Time								
T	Bolus (a series of responses sent at the same time without use of batch formatting)								
B	Batch								
AL1-4	Gravità dei sintomi								
AL1-5	Descrizione della reazione allergica								
AL1-6	Data in cui è stata diagnosticata l'allergia. Formato AAAA[MM[GG]]								

Compilazione del segmento AL1

7.3.1.8 Segmento OBX

Il segmento OBX consente di veicolare alcune informazioni aggiuntive relative al ricovero del paziente, a un ordine, e in alcuni casi informazioni di tipo funzionale; il segmento OBX viene utilizzato anche per riportare l'identificativo univoco del documento PAI. Queste possono essere espresse come dato o valore inserito nel campo OBX-5 o in forma di documento allegato codificato in base64 e inserito nel medesimo campo.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O	Y	0125	Set ID – OBX
2	3	ID	C			Value Type
3	80	CE	R			Observation Identifier
5	65536		C			Observation Value
6	60	CE	O			Units
11	1	ID	R			Observe Result Status

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
OBX-2	Indica la tipologia di contenuto del campo OBX-5:
OBX-3	Identificativo del tipo di informazioni il cui valore è riportato nel campo OBX-5. E' previsto il trasporto delle seguenti tipologie di informazioni. Osservazioni aggiuntive: CE-1 = codice osservazione (tab. Tabella SISS - Tipologie Osservazione) CE-2 = descrizione

	<p>CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7 #0394 – Response Modality)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Valore</th><th>Descrizione HL7</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td><td>Real Time</td></tr> <tr> <td>T</td><td>Bolus (a series of responses sent at the same time without use of batch formatting)</td></tr> <tr> <td>B</td><td>Batch</td></tr> </tbody> </table> <p>Tabella HL7 #0396 – Coding System);</p> <p>Documento aggiuntivo codificato in base64:</p> <ul style="list-style-type: none"> CE-1 = 51889-3 CE-2 = Details document CE-6 = (obbligatorio) tipo fisico del documento, valori ammessi: <ul style="list-style-type: none"> • "PDF" • "TXT" • "JPEG" 	Valore	Descrizione HL7	R	Real Time	T	Bolus (a series of responses sent at the same time without use of batch formatting)	B	Batch
Valore	Descrizione HL7								
R	Real Time								
T	Bolus (a series of responses sent at the same time without use of batch formatting)								
B	Batch								
OBX-5	<p>Viene compilato diversamente a seconda dell'informazione trasportata con riferimento all'indicazioni del campo OBX-3.</p> <p>Osservazioni aggiuntive: Dato o valore da riportare.</p> <p>Documento aggiuntivo codificato in base64:</p> <ul style="list-style-type: none"> OBX-5.2 = multipart OBX-5.3 = Octet-stream OBX-5.4 = Base64 OBX-5.5 = documento codificato in Base64 								
OBX-6	<p>Unità di misura (in caso di osservazioni aggiuntive)</p> <p>CE-1 = codice unità;</p> <p>CE-2 = descrizione unità di misura,</p> <p>CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).</p>								
OBX-11	<p>Stato della osservazione (in caso di osservazioni aggiuntive).</p> <p>Valori ammessi: "F"</p>								

Compilazione del segmento OBX

Di seguito si riporta l'elenco delle tipologie di osservazione

- **IUP di ricovero:** identificativo della prescrizione di ricovero
 - OBX-1: progressivo
 - OBX-2: ST
 - OBX-3-1: IUP
 - OBX-3-2: idPrescrizione
 - OBX-3-3: 99SISS
 - OBX-5: *valore dello IUP*
 - OBX-11: F
- **Modalità Trauma:** codice identificativo del trauma subito
 - OBX-1: progressivo
 - OBX-2: NM
 - OBX-3-1: ModTr
 - OBX-3-2: modalitaTrauma
 - OBX-3-3: 99SISS
 - OBX-5: vedi Tab. Tabella SISS - Modalità Trauma
 - OBX-11: F

- **Data Evento Indice di riabilitazione:** data a cui può essere riferito l'evento di tipo traumatico o clinico, che ha dato inizio allo stato patologico giunto in osservazione nel ricovero in atto
 - OBX-1: progressivo
 - OBX-2: DT
 - OBX-3-1: indRiab
 - OBX-3-2: dataEventoIndiceRiabilitazione
 - OBX-3-3: 99SISS
 - OBX-5: *data in formato AAAAMMGG*
 - OBX-11: F
- **Evento oscurato:** indica se l'evento di ricovero è oscurato su richiesta del cittadino
 - OBX-1: progressivo
 - OBX-2: ST
 - OBX-3-1: evnOsc
 - OBX-3-2: eventoOscurato
 - OBX-3-3: 99SISS
 - OBX-5: vedi Tab.HL7#0136
 - OBX-11: F
- **Informazioni aggiuntive del paziente o del neonato (peso, altezza, ecc..).** Si consiglia l'utilizzo del sistema di codifica LOINC come riportato nell'esempio (relativo al peso del neonato) che segue:
 - OBX-1: progressivo
 - OBX-2: NM
 - OBX-3-1: 8339-4
 - OBX-3-2: BODY WEIGHT AT BIRTH
 - OBX-3-3: LN
 - OBX-5: peso in grammi del neonato, senza decimali
 - OBX-6: g
 - OBX-11: F
- **Pressione arteriosa sistolica:** il campo deve essere compilato solo se in un qualsiasi campo di diagnosi (principale o secondarie) è riportato il codice dell'infarto acuto del miocardio. Si consiglia l'utilizzo del sistema di codifica LOINC come riportato nell'esempio che segue:
 - OBX-1: progressivo
 - OBX-2: NM
 - OBX-3-1: 8480-6
 - OBX-3-2: INTRAVASCULAR SYSTOLIC
 - OBX-3-3: LN
 - OBX-5: pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso
 - OBX-6: mm[Hg]
 - OBX-11: F
- **Creatinina serica:** indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento. Si consiglia l'utilizzo del sistema di codifica LOINC come riportato nell'esempio che segue:

OBX-1: progressivo
OBX-2: NM
OBX-3-1: 2160-0
OBX-3-2: CREATININE SERUM
OBX-3-3: LN
OBX-5: *valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro*
OBX-6: mg/dL
OBX-11: F

- **Frazione di eiezione:** Indicare la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento. Si consiglia l'utilizzo del sistema di codifica LOINC come riportato nell'esempio che segue:

OBX-1: progressivo
OBX-2: NM
OBX-3-1: 8810-4
OBX-3-2: EJECTION FRACTION
OBX-3-3: LN
OBX-5: *frazione di eiezione pre-operatoria espressa in percentuale*
OBX-6: %
OBX-11: F
- **Stadiazione condensata:** Il campo deve essere compilato in presenza di diagnosi di dimissione principale per neoplasia maligna identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1. Si consiglia l'utilizzo del sistema di codifica LOINC come riportato nell'esempio che segue:

OBX-1: progressivo
OBX-2: ID
OBX-3-1: 42085-1
OBX-3-2: COLLABORATIVE STAGING METASTASIS EVALUATION CANCER
OBX-3-3: LN
OBX-5: Vedi Tab. Tabella SISS – Stadiazione Condensata
OBX-6: %
OBX-11: F
- **Documenti allegati codificati in base 64:** esempio di caso in cui in cui si utilizzi il segmento OBX per trasportare documenti aggiuntivi

OBX-1: progressivo
OBX-2: ED
OBX-3-1: 51889-3
OBX-3-2: Details Document
OBX-3-6: PDF
OBX-5-2: multipart
OBX-5-3: Octet-stream
OBX-5-4: Base64
OBX-5-5: documento codificato in Base64
- **Contatore PAI:** identificativo univoco del documento PAI

OBX-1: progressivo
 OBX-2: ST
 OBX-3-1: 18776-5
 OBX-3-2: PLAN OF TREATMENT
 OBX-3-3: LN
 OBX-5: identificativo univoco del documento PAI
 OBX-11: F

7.3.1.9 Segmento DG1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-DG1
3	60	CE	O		0051	Diagnosis Code – DG1
4	40	ST	B			Diagnosis Description
5	26	TS	O			Diagnosis Date/Time
6	2	IS	R		0052	Diagnosis Type
15	2	ID	O		0359	Diagnosis Priority
16	60	XCN	O	Y		Diagnosing Clinician
18	1	ID	O		0136	Confidential Indicator
20	427	EI	O			Diagnosis Identifier

Struttura del segmento DG1

CAMPO	CONTENUTO
DG1-1	Progressivo riga all'interno del segmento DG1.
DG1-3	Codice della diagnosi. CE-1 = codice diagnosi o codice patologia per i pazienti cronici; CE-2 = descrizione diagnosi o descrizione patologia per i pazienti cronici; CE-3 = sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
DG1-4	Note aggiuntive sulla diagnosi
DG1-5	Data e ora in cui è stata effettuata la diagnosi, formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]].
DG1-6	tipo di diagnosi o tipo di patologia, se principale o secondaria, per i pazienti cronici.
DG1-15	priorità della diagnosi o livello di cronicità per i pazienti cronici.
DG1-16	Medico responsabile della diagnosi. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno dell'AO (es. matricola del medico) Contenuto: XCN-1 = Identificativo; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).
DG1-18	Campo che indica se la diagnosi è confidenziale oppure no.
DG1-20	Identificativo univoco della diagnosi

Compilazione del segmento DG1

7.3.1.10 Segmento DRG

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	250	CE	O		0055	Diagnostic related group
2	26	TS	O		0136	DRG Assigned Date/Time
3	1	ID	O			DRG Approval Indicator

Struttura del segmento DRG

CAMPO	CONTENUTO
DRG-1	Questo campo contiene il DRG assegnato al ricovero.
DRG-2	Data e ora in cui è stato assegnato il DRG, formato YYYYMMDDHHMM[SS].
DRG-3	Questo campo indica se il DRG è stato approvato oppure no.

Compilazione del segmento DRG**7.3.2 ADT^A04 – Register a Patient**

Vedi 7.3.1

7.3.3 ADT^A05 – Pre-Admit a Patient

Vedi 7.3.1.

In particolare nel segmento EVN il campo EVN-3 contiene la data in cui avverrà il ricovero.

Nel caso di integrazioni con la CCE, il messaggio ADT^A05 può essere utilizzato sia per comunicare la Pianificazione del Prericovero sia per la successiva Presa in carico del Prericovero. La struttura del messaggio è la stessa descritta nel paragrafo 7.3.1, ad eccezione dei segmenti EVN e PV1, che dovranno essere valorizzati come segue:

7.3.3.1 Segmento EVN

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	3	ID	B		0003	Event Type Code
2	26	TS	R			Recorded Date/Time
3	26	TS	O			Date/Time Planned Event
4	3	IS	C		0062	Event Reason Code
5	250	XCN	O	Y	0188	Operator ID
6	26	TS	O			Event Occurred

Struttura del segmento EVN

CAMPO	CONTENUTO
EVN-1	Codice Evento secondo standard HL7. Il campo è mantenuto per retro compatibilità dello standard. Se valorizzato, deve riportare il codice dell'evento indicato nel campo del MSH-9.2 (trigger event)
EVN-2	Data e ora di sistema Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]
EVN-3	Data in cui avverrà il ricovero.
EVN-4	Causa dell'evento sanitario. Tale campo è obbligatorio per le integrazioni con la CCE e potrà essere valorizzato come segue: <ul style="list-style-type: none">• Pianificazione prericovero• Presa in carico prericovero
EVN-5	Utente che ha eseguito l'operazione. Formato: XCN-1: codice fiscale dell'operatore. XCN-2: cognome XCN-3: nome
EVN-6	Data e ora dell'evento sanitario. Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]

Compilazione del segmento EVN**7.3.3.2 Segmento PV1**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
-----	-----	----	-----	------	------	--------------

2	1	IS	R		0004	Patient Class
3	80	PL	O			Assigned Patient Location
4	2	IS	O		0007	Admission Type
5	250	CX	O			Preadmit Number
7	250	XCN	O	Y	0010	Attending Doctor
8	250	XCN	O	Y	0010	Referring Doctor
10	3	IS	C		0069	Hospital Service
11	80	PL	O			Temporary Location
12	2	IS	O		0087	Preadmit test indicator
14	6	IS	O		0023	Admit Source
17	250	XCN	O	Y	0010	Admitting Doctor
19	250	CX	R	Y		Visit Number
20	50	FC	O	Y	0064	Financial Class
24	2	IS	O	Y	0044	Contract Code
44	26	TS	O			Admit Date/Time
45	26	TS	O	Y		Discharge Date/Time
47	12	NM	O			Total Charges
50	250	CX	O		0203	Alternate Visit ID
51	1	IS	O	Y	0326	Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-3	Reparto giuridico di ricovero del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto - obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ¹⁹ ; PL-8 = piano; PL-9 = descrizione per esteso del reparto - obbl PL-10 = codice del presidio ²⁰ Obbligatorio per i messaggi ADT^A01, A05
PV1-4	Motivo d'ammissione. Da utilizzarsi nel caso di regime di ricovero ordinario (PV1-2=I), regime subacuto (PV1-2=S) e sovrappiombamento PS (PV1-2=B); nel caso in cui PV1-2=H è possibile (ma non obbligatorio) valorizzare questo campo con LC per indicare che si tratta di BIC o BOCA, con HC per indicare che si tratta di una MAC.
PV1-5	Numero di pre-ricovero. Obbligatorio per il ricongiungimento degli episodi di ricovero Contenuto: CX-1 = Numero di pre-ricovero – obbl CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che regista il contatto CX-5 = "VN" – obbl CX-10 = codice del presidio Obbligatorio nei messaggi ADT^A05 Nei messaggi ADT^A01, in aggiunta al numero nosologico contenuto in PV1-19, può contenere il numero di pre-ricovero comunicato nell'ADT^A05.
PV1-7	Medico che ha in cura il paziente (Medico MMG/PLS) Contenuto: XCN-1 = Codice Fiscale o Codice Regionale MMG XCN-2 = cognome XCN-3 = nome

¹⁹ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

²⁰ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

	<p>XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203):</p> <ul style="list-style-type: none"> • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG <p>XCN-23 = ente di appartenenza (Tab UD#0363).</p>
PV1-8	<p>Medico Richiedente il ricovero. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale del MMG/PLS o codice interno dell'AO (es. matricola del medico)</p> <p>Contenuto:</p> <p>XCN-1 = identificativo XCN-2 = cognome XCN-3 = nome</p> <p>XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203):</p> <ul style="list-style-type: none"> • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO <p>XCN-23 = ente di appartenenza (Tab UD#0363)</p>
PV1-10	Tipologia dell'unità ospedaliera di ricovero
PV1-11	<p>Reparto di ricovero temporaneo o "assistenziale" del paziente.</p> <p>Contenuto:</p> <p>PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio</p>
PV1-12	Stato del Pre-Ricovero; indica lo stato, "Completo" o "Incompleto" delle indagini cliniche effettuate in fase di Pre-Ricovero
PV1-14	Provenienza paziente
PV1-17	<p>Medico che accetta/registra il paziente Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale del MMG/PLS o codice interno dell'AO (es. matricola del medico)</p> <p>Contenuto:</p> <p>XCN-1 = identificativo XCN-2 = cognome XCN-3 = nome</p> <p>XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203):</p> <ul style="list-style-type: none"> • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO <p>XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).</p>
PV1-19	<p>Identificativo dell'episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali), numero protocollo di cura (pazienti cronici)</p> <p>Contenuto:</p> <p>CX-1 = Identificativo episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto, CX-5 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio</p>
PV1-20	Onere degenza
PV1-24	Tipo di tariffa di ricovero
PV1-44	<p>Data e ora di Pianificazione o Presa in carico del pre-ricovero. Formato ammesso YYYYMMDDHHMM[SS].</p>
PV1-45	<p>Data e ora della dimissione dall'accesso in Day Hospital (A04) o dall'accesso in followup (evento A04, patient class A); data fine validità presa in carico per i pazienti cronici (eventi A01, A03, A05, A08)</p> <p>Formato YYYYMMDDHHMM[SS].</p>
PV1-47	Costo totale del ricovero. Obbligatorio se PV1-24 = 'T'
PV1-50	<p>Identificativo della richiesta di ricovero assegnato dall'applicativo gestionale delle liste dei ricoveri</p> <p>Formato:</p> <p>CX-1 = Identificativo della lista d'attesa CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo.</p>

	<p>Valori ammessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LA – per l'id della lista di ricovero <p>CX-5 = "MRT" per l'id di lista di ricovero.</p> <p>CX-10 = codice del presidio</p> <p>Nel caso in cui il messaggio venga inviato all'applicativo di pronto soccorso (integrazione PS-ADT) questo campo conterrà il numero di pratica di PS</p> <p>Formato:</p> <p>CX-1 = Identificativo del numero di pratica di pronto soccorso</p> <p>CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo.</p> <p>CX-5 = PS</p> <p>CX-10 = codice del presidio</p>
PV1-51	Indicatore visita. Valori ammessi = "V"

Compilazione del segmento PV1**7.3.4 ADT^A11 – Cancel Admit/Visit Notification**

Il messaggio ADT^A11 viene utilizzato per annullare un messaggio ADT^A01 (ammissione pazienti interni o registrazione ciclo di DH) o un messaggio ADT^A04 (registrazione paziente esterno: ambulatoriale o singolo accesso di DH).

Questo messaggio non è inteso per modificare i campi anagrafici del paziente, quindi contiene il set minimo necessario a identificare il paziente e l'episodio di cura.

Devono essere mantenuti invariati i dati del paziente, il codice di presidio e l'identificativo di episodio (nosologico o numero pratica). In base al messaggio su cui si vuol apportare un annullamento valgono ulteriori regole di gestione dei dati che non possono essere diversi da quelli prima inviati:

- Annullamento di una accettazione (ADT^A01): il messaggio A11 deve contenere invariati il presidio e l'identificativo episodio;
- Annullamento di un accesso in Day Hospital Ciclico (ADT^A04): il messaggio A11 deve contenere invariati il presidio, l'identificativo episodio e la data di accettazione in DH.

Nel caso non sia possibile identificare univocamente un evento, non sarà apportato alcun annullamento.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit

Struttura dei messaggi ADT^A11-A38-27 secondo lo scenario RAD-1**7.3.4.1 Segmento MSH**

Per la struttura del segmento MSH si rimanda alla descrizione generale 7.1.1

7.3.4.2 Segmento EVN

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	3	ID	B		0003	Event Type Code
2	26	TS	R			Recorded Date/Time

3	26	TS	O			Date/Time Planned Event
4	3	IS	O		0062	Event Reason Code
5	250	XCN	O	Y	0188	Operator ID
6	26	TS	O			Event Occurred

Struttura del segmento EVN

CAMPO	CONTENUTO
EVN-1	Codice Evento secondo standard HL7. Il campo EVN-1 deve essere <u>obbligatoriamente</u> valorizzato con il codice dell'evento che si sta cancellando: A01 o A04.
EVN-2	Data e ora di sistema Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]
EVN-3	Informazione non necessaria.
EVN-4	Causa dell'evento di cancellazione
EVN-5	Utente che ha eseguito l'operazione. Formato: XCN-1: codice fiscale dell'operatore. XCN-2: cognome XCN-3: nome
EVN-6	Data e ora dell'evento sanitario di riferimento (accettazione paziente, registrazione paziente, ...). La valorizzazione di tale campo è obbligatoria per eventi di registrazione accesso in DH in modo da poter identificare univocamente l'evento oggetto di annullamento. Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]

Compilazione del segmento EVN**7.3.4.3 Segmento PID**

Nella seguente tabella sono riportati i campi previsti nel segmento PID, comprendendo sia campi obbligatori che campi opzionali (come da colonna “OPT”). Ulteriori campi opzionali (tra quelli contemplati nelle descrizioni più estese del segmento PID) possono essere introdotti e il loro eventuale utilizzo sarà oggetto di negoziazione fra gli applicativi integrati.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name
8	1	IS	O		0001	Sex

Struttura del segmento PID

Per i dettagli sul contenuto e la valorizzazione dei campi vedi Profilo PAM – segmento PID.

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi: 1. identificativo univoco aziendale 2. tessera TEAM 3. tessera sanitaria 4. codice fiscale 5. codice STP
PID-5	Cognome e nome dell'assistito.
PID-8	Sesso

Compilazione del segmento PID**7.3.4.4 Segmento PV1**

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
2	1	IS	R	0004	Patient Class
3	80	PL	O		Assigned Patient Location
5	250	CX	O		Preadmit Number
19	250	CX	O		Visit Number
44	26	TS	C		Admit Date/Time

51	1	IS	O	0326	Visit Indicator
----	---	----	---	------	-----------------

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-3	Reparto giuridico di ricovero (di destinazione) del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ²¹ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ²²
PV1-5	Numero di pre-ricovero CX-1 = Numero di pre-ricovero CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto CX-5 = "VN" CX-10 = codice del presidio – obbl Obbligatorio nei messaggi ADT^A38
PV1-19	Identificativo dell'episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali) Contenuto: CX-1 = Identificativo episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto, CX-5 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio Obbligatorio per i messaggi ADT^A01 e per i messaggi ADT^A04 se fanno riferimento ad eventi di pazienti ricoverati, con ciclo di DH attivo, di PS
PV1-44	Data e ora di ricovero (eventi A01) o pre-ricovero (evento A05) o dell'accesso ciclico in Day Hospital (A04) ²³ Informazione obbligatoria, insieme all'identificativo dell'episodio (PV1-19), per identificare il singolo accesso di DH. Formato ammesso YYYYMMDDHHMM[SS].
PV1-50	Identificativo della richiesta di ricovero assegnato dall'applicativo gestionale delle liste dei ricoveri Formato: CX-1 = Identificativo CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo. Valori ammessi: • LA – per l'id della lista di ricovero CX-5 = "MRT" per l'id di lista di ricovero. CX-10 = codice del presidio
PV1-51	Indicatore visita. Valori ammessi: "V"

Valorizzazione dei campi nel segmento PV1**7.3.5 ADT^A38 – Cancel Pre-Admit**

Il messaggio ADT^A38 viene utilizzato per annullare un messaggio ADT^A05 (pre-ricovero).
Vedi 7.3.4

²¹ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

²² L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

²³ La data e ora di ricovero sono attribuite al reparto giuridico se presente nel messaggio (PV1-3)

7.3.6 ADT^A14 – Pending Admit

Vedi 7.3.1.

7.3.7 ADT^A27 – Cancel Pending Admit

Il messaggio ADT^A27 viene utilizzato per annullare un messaggio ADT^A14.

Vedi 7.3.4

7.3.8 ADT^A02 – Patient Transfer

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
[PV2]	Patient Visit – additional information
[{OBX}]	Observation/Result

Struttura del messaggio ADT^A02 secondo lo scenario RAD-12

7.3.8.1 Segmento MSH

Per la struttura del segmento MSH si rimanda alla descrizione generale 7.1.1

7.3.8.2 Segmento EVN

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	3	ID	B		0003	Event Type Code
2	26	TS	R			Recorded Date/Time
3	26	TS	O			Date/Time Planned Event
4	3	IS	O		0062	Event Reason Code
5	250	XCN	O	Y	0188	Operator ID
6	26	TS	O			Event Occurred

Struttura del segmento EVN

CAMPO	CONTENUTO
EVN-1	Codice Evento secondo standard HL7. Il campo è mantenuto per retro compatibilità dello standard. Se valorizzato, deve riportare il codice dell'evento indicato nel campo del MSH-9.2 (trigger event)
EVN-2	Data e ora di sistema Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]
EVN-3	Informazione non necessaria.
EVN-4	Causa dell'evento sanitario (trasferimento)
EVN-5	Utente che ha eseguito l'operazione. Formato: XCN-1: codice fiscale dell'operatore. XCN-2: cognome XCN-3: nome
EVN-6	Data e ora dell'evento sanitario (trasferimento del paziente tra due reparti) Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]

Compilazione del segmento EVN

7.3.8.3 Segmento PID

Nella seguente tabella sono riportati i campi previsti nel segmento PID, comprendendo sia campi obbligatori che campi opzionali (come da colonna “OPT”). Ulteriori campi opzionali (tra quelli

contemplati nelle descrizioni più estese del segmento PID) possono essere introdotti e il loro eventuale utilizzo sarà oggetto di negoziazione fra gli applicativi integrati.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R			Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y	0001	Patient Name
8	1	IS	O			Sex

Struttura del segmento PID

Per i dettagli sul contenuto e la valorizzazione dei campi vedi Profilo PAM – segmento PID.

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 1. identificativo univoco aziendale 2. tessera TEAM 3. tessera sanitaria 4. codice fiscale 5. codice STP
PID-5	Cognome e nome dell'assistito.
PID-8	Sesso. Da valorizzare, se disponibile.

Compilazione del 134segment PID

7.3.8.4 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
3	80	PL	O			Assigned Patient Location
6	80	PL	O			Prior Patient Location
10	3	IS	C		0069	Hospital Service
11	80	PL	O			Temporary Location
19	250	CX	O	Y	0064	Visit Number
20	50	FC	O			Financial Class
43	80	PL	O		0326	Prior Temporary Location
51	1	IS	O			Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-3	Reparto giuridico di ricovero (di destinazione) del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ²⁴ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ²⁵
PV1-6	Precedente reparto giuridico di ricovero del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza;

²⁴ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

²⁵ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

	PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ²⁶ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ²⁷
PV1-10	Tipologia dell'unità ospedaliera di ricovero
PV1-11	Reparto di ricovero (di destinazione) temporaneo o "assistenziale" del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ²⁸ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ²⁹
PV1-19	Numero di Ricovero. Contenuto: CX-1 = Numero di ricovero CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto, CX-5 = "VN" – obbl CX-10 = codice del presidio Obbligatorio se il messaggio fa riferimento ad eventi di pazienti ricoverati, con ciclo di DH attivo, di PS
PV1-20	Onere degenza (vedi Tabella UD# 0064).
PV1-43	Precedente reparto di ricovero temporaneo o "assistenziale" del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ³⁰ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ³¹
PV1-51	Indicatore visita. Valori ammessi: "V"

Compilazione del segmento PV1**7.3.8.5 Segmento PV2**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
4	250	CE	O			Transfer Reason
25	1	IS	O		0217	Visit Priority Code

Struttura del segmento PV2

CAMPO	CONTENUTO
-------	-----------

- 26 L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo
27 L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo
28 L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo
29 L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo
30 L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo
31 L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

PV2-4	Motivo del trasferimento Formato ammesso: CE-1 = codice; CE-2 = descrizione; CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
PV2-25	Classe di priorità dell'accesso.

Compilazione del segmento PV2**7.3.8.6 Segmento OBX**

- 1 Modalità Trauma (vedi Tab. Tabella SISS - Modalità Trauma)
- 2 IUP di ricovero
- 3 Data Evento Indice di riabilitazione (formato AAAAMMGG)
- 4 Invio evento ricovero al SISS (vedi Tab.HL7#0136)
- 5 Informazioni aggiuntive del paziente (peso, altezza, etc...)

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBX
2	3	ID	C			Value Type
3	80	CE	R			Observation Identifier
5	65536		C	Y	0125	Observation Value
6	60	CE	O			Units
11	1	ID	R		0085	Observe Result Status

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
OBX-2	Indica il formato del campo OBX-5.
OBX-3	Identificativo del tipo di osservazione. Contenuto: CE-1 = Identificativo tipologia osservazione ³² CE-2 = descrizione; CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System);
OBX-5	Dato o valore da riportare.
OBX-6	Unità di misura. Contenuto: CE-1 = codice unità; CE-2 = descrizione unità di misura, CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBX-11	Stato dell'osservazione

Compilazione del segmento OBX**7.3.9 ADT^A03 – Patient Discharge**

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
[PV2]	Patient Visit – additional information
{DG1}	Diagnosis Information

³² Per le codifiche delle osservazioni dei punti da 1 a 4 rif. Tab. Info aggiuntive prestazioni erogate.

[{PR1}]	Procedures
[{OBX}]	Obesrvation/Result
[PDA]	Patient Death and Autopsy Segment

Struttura del messaggio ADT^A03 secondo lo scenario RAD-12**7.3.9.1 Segmento MSH**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale 7.1.1

7.3.9.2 Segmento EVN

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	3	ID	B		0003	Event Type Code
2	26	TS	R			Recorded Date/Time
3	26	TS	O			Date/Time Planned Event
4	3	IS	O		0062	Event Reason Code
5	250	XCN	O	Y	0188	Operator ID
6	26	TS	O			Event Occurred

Struttura del segmento EVN

CAMPO	CONTENUTO
EVN-1	Codice Evento secondo standard HL7. Il campo è mantenuto per retro compatibilità dello standard. Se valorizzato deve riportare il codice dell'evento indicato nel campo del MSH-9.2 (trigger event)
EVN-2	Data e ora di sistema Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]
EVN-3	Informazione non necessaria.
EVN-4	Causa dell'evento sanitario (dimissione del paziente)
EVN-5	Utente che ha eseguito l'operazione. Formato: XCN-1: codice fiscale dell'operatore. XCN-2: cognome XCN-3: nome
EVN-6	Data e ora dell'evento sanitario (dimissione del paziente) Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]

Compilazione del segmento EVN**7.3.9.3 Segmento PID**

Nella seguente tabella sono riportati i campi previsti nel segmento PID, comprendendo sia campi obbligatori che campi opzionali (come da colonna “OPT”). Ulteriori campi opzionali (tra quelli contemplati nelle descrizioni più estese del segmento PID) possono essere introdotti ed il loro eventuale utilizzo sarà oggetto di negoziazione fra gli applicativi integrati.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name
8	1	IS	O		0001	Sex

Struttura del segmento PID

Per i dettagli sul contenuto e la valorizzazione dei campi vedi Profilo PAM – segmento PID.

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 1. identificativo univoco aziendale 2. tessera TEAM 3. tessera sanitaria 4. codice fiscale

	5. codice STP
PID-5	Cognome e nome dell'assistito.
PID-8	Sesso. Da valorizzare, se disponibile.

Compilazione del 138segment PID**7.3.9.4 Segmento PV1**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
3	80	PL	O			Assigned Patient Location
6	80	PL	O			Prior Patient Location
7	250	XCN	O	Y	0010	Attending Doctor
8	250	XCN	O	Y	0010	Referring Doctor
11	80	PL	O			Temporary Location
14	6	IS	O		0023	Admit Source
19	250	CX	O			Visit Number
20	50	FC	O	Y	0064	Financial Class
36	3	IS	O		0112	Discharge Disposition
43	80	PL	O			Prior Temporary Location
45	26	TS	O			Discharge Date/Time
50	250	CX	O		0203	Alternate Visit ID
51	1	IS	O		0326	Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

Il campo PV1-3 (PV1-11) contiene il reparto di ricovero del paziente da cui viene dimesso.

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-3	Reparto giuridico di ricovero del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ³³ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ³⁴
PV1-6	Precedente reparto giuridico di ricovero del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ³⁵ ;

³³ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

³⁴ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

³⁵ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

	<p>PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ³⁶</p>
PV1-7	<p>Medico che ha in cura il paziente (medico MMG/PLS) nei messaggi A06 Medico che dimette il paziente nei messaggi A03 e A07 Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale per MMG/PLS o codice interno per specialisti ospedalieri Contenuto: XCN-1 = identificativo XCN-2 = cognome XCN-3 = nome XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO XCN-23 = Ente di appartenenza(Tab UD#0363).</p>
PV1-8	<p>Medico Richiedente il ricovero o le prestazioni ambulatoriali. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno dell'AO (es. matricola del medico) Contenuto: XCN-1 = identificativo XCN-2 = cognome XCN-3 = nome XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO XCN-23 = ente di appartenenza (Tab UD#0363).</p>
PV1-11	<p>Reparto di ricovero temporaneo o “assistenziale” del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell’ambulatorio³⁷; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ³⁸</p>
PV1-14	Provenienza paziente
PV1-19	<p>Identificativo dell’episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali), numero protocollo di cura (pazienti cronici) Contenuto: CX-1 = Identificativo episodio CX-4 = Codice identificativo dell’applicazione che registra il contatto, CX-5 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio Obbligatorio se il messaggio fa riferimento ad eventi di pazienti ricoverati, con ciclo di DH attivo, di PS</p>
PV1-20	Onere degenza
PV1-36	<p>Codice modalità di dimissione.</p> <p>Per le integrazioni con la CCE può essere utilizzato per comunicare l’esito di chiusura del prericovero, i cui possibili valori sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idoneo • Non idoneo • Temporaneamente non Idoneo
PV1-43	<p>Precedente reparto di ricovero temporaneo o “assistenziale” del paziente. Contenuto:</p>

³⁶ L’utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

³⁷ L’utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

³⁸ L’utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

	PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ³⁹ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ⁴⁰
PV1-45	Data e ora della dimissione ⁴¹ da ricovero (patient class I), da PS (patient class E) e per chiusura ciclo di DH (patient class D); data fine validità presa in carico per i pazienti cronici. Per le integrazioni con la CCE, tale campo può essere utilizzato per comunicare la data di chiusura del prericovero. Formato YYYYMMDDHHMM[SS].
PV1-50	Identificativo della richiesta di ricovero assegnato dall'applicativo gestionale delle liste dei ricoveri Formato: CX-1 = Identificativo CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo. Valori ammessi: • LA – per l'id della lista di ricovero CX-5 = "MRT" per l'id di lista di ricovero. CX-10 = codice del presidio
PV1-51	Indicatore visita. Valori ammessi: "V"

Compilazione del segmento PV1**7.3.9.5 Segmento PV2**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CE	O			Admit Reason
25	1	IS	O		0217	Visit Priority Code
45	250	CE	O	Y	0435	Advance Directive Code

Struttura del segmento PV2

CAMPO	CONTENUTO
PV2-3	Motivo del ricovero in DH Sottocampi utilizzati: CE-1 = codice (vedi Tab Tabella SISS - Motivo Ricovero); CE-2 = descrizione; CE-3 Sistema di codifica(Tabella HL7#0396 – Coding System).
PV2-25	Classe di priorità dell'accesso.
PV2-45	Indica ulteriori richieste di gestione relative all'ordine. Ogni ripetizione prevede la gestione di una opzione: • Richiesta di oscuramento • Richiesta di stampa o non stampa del referto

Compilazione del segmento PV2**7.3.9.6 Segmento DG1**

SEQ	LEN	DT	OPT	PRY	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-DG1
3	60	CE	O		0051	Diagnosis Code – DG1
4	40	ST	B			Diagnosis Description
5	26	TS	O			Diagnosis Date/Time

³⁹ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo⁴⁰ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo⁴¹ La data/ora di dimissione è attribuita al reparto giuridico se presente nel messaggio

6	2	IS	R		0052	Diagnosis Type
15	2	ID	O		0359	Diagnosis Priority
16	60	XCN	O	Y	0136	Diagnosing Clinician
18	1	ID	O			Confidential Indicator
20	427	EI	O			Diagnosis Identifier

Struttura del segmento DG1

CAMPO	CONTENUTO
DG1-1	Progressivo riga all'interno del segmento DG1.
DG1-3	Codice della diagnosi. CE-1 = codice diagnosi; CE-2 = descrizione diagnosi, CE-3 = sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
DG1-4	Note aggiuntive sulla diagnosi
DG1-5	Data e ora in cui è stata effettuata la diagnosi, formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]].
DG1-6	tipo di diagnosi.
DG1-15	priorità della diagnosi.
DG1-16	Medico responsabile della diagnosi. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno dell'AO (es. matricola del medico) Contenuto: XCN-1 = Codice; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).
DG1-18	Campo che indica se la diagnosi è confidenziale oppure no.
DG1-20	Identificativo univoco della diagnosi

Compilazione del segmento DG1**7.3.9.7 Segmento PR1**

Il segmento (ripetibile) consente di comunicare le informazioni sugli interventi subiti dal paziente.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R		0088	Set ID – OBX
3	250	CE	R			Procedure Code
4	40	ST	B			Procedure Description
5	26	TS	R			Procedure Date Time
6	2	IS	O		0230	Procedure Functional Type
19	427	EI	O			Procedure Identifier

Struttura del segmento PR1

CAMPO	CONTENUTO
PR1-1	Progressivo numerico della ripetizione
PR1-3	Codice della procedura chirurgica Contenuto: CE-1 = codice procedura CE-2 = descrizione; CE-3 = Sistema di codifica (Tab. HL7 #0396);
PR1-4	Note aggiuntive sull'intervento
PR1-5	Data di esecuzione dell'intervento Formato AAAAMMGGHHMM ⁴²
PR1-6	Tipologia dell'intervento.

⁴² La data di prenotazione dell'intervento è riportata nel campo EVN-3.

PR1-19	Identificativo univoco della procedura chirurgica
--------	---

Compilazione del segmento PR1**7.3.9.8 Segmento OBX**

Il segmento OBX consente di veicolare alcune informazioni aggiuntive relative al ricovero del paziente e in alcuni casi informazioni di tipo funzionale per la comunicazione di:

- 1 Modalità Trauma (vedi Tab. Tabella SISS - Modalità Trauma)
- 2 IUP di ricovero
- 3 Data Evento Indice di riabilitazione (formato AAAAMMGG)
- 4 Invio evento ricovero al SISS (vedi Tab.HL7#0136)
- 5 Informazioni aggiuntive del paziente (peso, altezza, etc...)

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O	Y	0125	Set ID – OBX
2	3	ID	C			Value Type
3	80	CE	R			Observation Identifier
5	65536		C			Observation Value
6	60	CE	O			Units
11	1	ID	R			Observe Result Status

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo numerico della ripetizione
OBX-2	Indica il formato del campo OBX-5.
OBX-3	Identificativo del tipo di osservazione. Contenuto: CE-1 = codice osservazione ⁴³ . CE-2 = descrizione osservazione; CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBX-5	Dato o valore da riportare.
OBX-6	Unità di misura. Contenuto: CE-1 = codice unità; CE-2 = descrizione unità di misura, CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBX-11	Stato della osservazione. Valori ammessi: "F"

Compilazione del segmento OBX**7.3.9.9 Segmento PDA**

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
6	1	ID	O	0136	Autopsy Indicator

Struttura del segmento PDA

CAMPO	CONTENUTO
PDA-6	Riscontro autoptico.

Compilazione del segmento PDA

⁴³ Per le codifiche delle osservazioni dei punti da 1 a 4 rif. Tab. Info aggiuntive prestazioni erogate.

7.3.10 ADT^A06 – Change an Outpatient to an Inpatient

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
[PV2]	Patient Visit – additional information
[{OBX}]	Observation/Result
[{DG1}]	Diagnosis Information
[{PR1}]	Procedures

7.3.10.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale 7.1.1

7.3.10.2 Segmento EVN

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generica del 7.1.2

7.3.10.3 Segmento PID

Nella seguente tabella sono riportati i campi previsti nel segmento PID, comprendendo sia campi obbligatori che campi opzionali (come da colonna “OPT”). Ulteriori campi opzionali (tra quelli contemplati nelle descrizioni più estese del segmento PID) possono essere introdotti ed il loro eventuale utilizzo sarà oggetto di negoziazione fra gli applicativi integrati.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name
8	1	IS	O		000	Sex

Struttura del segmento PID

Per i dettagli sul contenuto e la valorizzazione dei campi vedi Profilo PAM – segmento PID.

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 1. identificativo univoco aziendale 2. tessera TEAM 3. tessera sanitaria 4. codice fiscale 5. codice STP
PID-5	Cognome e nome dell'assistito.
PID-8	Sesso. Da valorizzare, se disponibile.

Compilazione del 143segment PID

7.3.10.4 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
3	80	PL	O			Assigned Patient Location
6	80	PL	O			Prior Patient Location
7	250	XCN	O	Y	0010	Attending Doctor
8	250	XCN	O	Y	0010	Referring Doctor
11	80	PL	O			Temporary Location
14	6	IS	O		0023	Admit Source

19	250	CX	O		Y	0064	Visit Number
20	50	FC	O			0112	Financial Class
36	3	IS	O				Discharge Disposition
43	80	PL	O				Prior Temporary Location
45	26	TS	O				Discharge Date/Time
50	250	CX	O			0203	Alternate Visit ID
51	1	IS	O			0326	Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-3	Reparto giuridico di ricovero del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁴⁴ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ⁴⁵
PV1-6	Precedente reparto giuridico (se significativo) di provenienza del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁴⁶ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ⁴⁷
PV1-7	Medico che ha in cura il paziente (medico MMG/PLS) nei messaggi A06 Medico che dimette il paziente nei messaggi A03 e A07 Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale per MMG/PLS o codice interno per specialisti ospedalieri Contenuto: XCN-1 = identificativo XCN-2 = cognome XCN-3 = nome XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO XCN-23 = Ente di appartenenza(Tab UD#0363).
PV1-8	Medico Richiedente il ricovero o le prestazioni ambulatoriali. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno dell'AO (es. matricola del medico) Contenuto: XCN-1 = identificativo XCN-2 = cognome XCN-3 = nome

⁴⁴ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo⁴⁵ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo⁴⁶ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo⁴⁷ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

	XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): <ul style="list-style-type: none"> • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO XCN-23 = ente di appartenenza (Tab UD#0363).
PV1-11	Reparto di ricovero temporaneo o "assistenziale" del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁴⁸ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ⁴⁹
PV1-14	Provenienza paziente
PV1-19	Numero di pratica di Pronto Soccorso CX-1 = Numero di pratica di PS CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto, CX-5 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) CX-10 = codice del presidio
PV1-20	Onere degenza
PV1-36	Codice modalità di dimissione
PV1-43	Precedente reparto di ricovero temporaneo o "assistenziale" del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁵⁰ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ⁵¹
PV1-45	Data e ora della dimissione ⁵² da ricovero (patient class I), da PS (patient class E) e per chiusura ciclo di DH (patient class D). Formato YYYYMMDDHHMM[SS].
PV1-50	Numero di Ricovero nel caso in cui il PS generi il codice nosologico. Contenuto: CX-1 = Numero di ricovero CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto CX-5 = "VN" – obbl CX-10 = codice del presidio
PV1-51	Indicatore visita. Valori ammessi: "V"

Compilazione del segmento PV1**7.3.10.5 Segmento PV2**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CE	O			Admit Reason
25	1	IS	O		0217	Visit Priority Code

⁴⁸ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo
⁴⁹ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo
⁵⁰ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo
⁵¹ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo
⁵² La data/ora di dimissione è attribuita al reparto giuridico se presente nel messaggio

Struttura del segmento PV2

CAMPO	CONTENUTO
PV2-3	Motivo del ricovero in DH Sottocampi utilizzati: CE-1 = codice (vedi Tab Tabella SISS - Motivo Ricovero); CE-2 = descrizione; CE-3 Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
PV2-25	Classe di priorità dell'accesso.

Compilazione del segmento PV2**7.3.10.6 Segmento OBX**

Il segmento OBX consente di veicolare alcune informazioni aggiuntive relative al ricovero del paziente e in alcuni casi informazioni di tipo funzionale per la comunicazione di:

- 1 Modalità Trauma (vedi Tab. Tabella SISS - Modalità Trauma)
- 2 IUP di ricovero
- 3 Data Evento Indice di riabilitazione (formato AAAAMMGG)
- 4 Invio evento ricovero al SISS (vedi Tab.HL7#0136)
- 5 Informazioni aggiuntive del paziente (peso, altezza, etc...)

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBX
2	3	ID	C		0125	Value Type
3	80	CE	R			Observation Identifier
5	65536		C	Y		Observation Value
6	60	CE	O			Units
11	1	ID	R		0085	Observe Result Status

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
OBX-2	Indica il formato del campo OBX-5.
OBX-3	Identificativo del tipo di osservazione. Contenuto: CE-1 = codice osservazione ⁵³ . CE-2 = descrizione osservazione; CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBX-5	Dato o valore da riportare.
OBX-6	Unità di misura. Contenuto: CE-1 = codice unità; CE-2 = descrizione unità di misura, CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBX-11	Stato della osservazione. Valori ammessi: "F"

Compilazione del segmento OBX**7.3.10.7 Segmento DG1**

SEQ	LEN	DT	OPT	PRY	TBL#	Element Name
-----	-----	----	-----	-----	------	--------------

⁵³ Per le codifiche delle osservazioni dei punti da 1 a 4 rif. Tab. Info aggiuntive prestazioni erogate.

1	4	SI	R			Set ID-DG1
3	60	CE	O		0051	Diagnosis Code – DG1
4	40	ST	B			Diagnosis Description
5	26	TS	O			Diagnosis Date/Time
6	2	IS	R		0052	Diagnosis Type
15	2	ID	O		0359	Diagnosis Priority
16	60	XCN	O	Y		Diagnosing Clinician
18	1	ID	O		0136	Confidential Indicator
20	427	EI	O			Diagnosis Identifier

Struttura del segmento DG1

CAMPO	CONTENUTO
DG1-1	Progressivo riga all'interno del segmento DG1.
DG1-3	Codice della diagnosi. CE-1 = codice diagnosi; CE-2 = descrizione diagnosi, CE-3 = sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
DG1-4	Note aggiuntive sulla diagnosi
DG1-5	Data e ora in cui è stata effettuata la diagnosi, formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]].
DG1-6	tipo di diagnosi.
DG1-15	priorità della diagnosi.
DG1-16	Medico responsabile della diagnosi. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno dell'AO (es. matricola del medico) Contenuto: XCN-1 = Codice; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).
DG1-18	Campo che indica se la diagnosi è confidenziale oppure no.
DG1-20	Identificativo univoco della diagnosi

Compilazione del segmento DG1**7.3.10.8 Segmento PR1**

Il segmento (ripetibile) consente di comunicare le informazioni sugli interventi subiti dal paziente.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID – OBX
3	250	CE	R		0088	Procedure Code
4	40	ST	B			Procedure Description
5	26	TS	R			Procedure Date Time
6	2	IS	O		0230	Procedure Functional Type
19	427	EI	O			Procedure Identifier

Struttura del segmento PR1

CAMPO	CONTENUTO
PR1-1	Progressivo numerico della ripetizione
PR1-3	Codice della procedura chirurgica Contenuto: CE-1 = codice procedura CE-2 = descrizione; CE-3 = Sistema di codifica (Tab. HL7 #0396);

PR1-4	Note aggiuntive sull'intervento
PR1-5	Data di esecuzione dell'intervento Formato AAAAMMMGGHHMM ⁵⁴
PR1-6	Tipologia dell'intervento.
PR1-19	Identificativo univoco della procedura chirurgica

Compilazione del segmento PR1**7.3.11 ADT^A07 – Change an Inpatient to an Outpatient**

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
[PV2]	Patient Visit – additional information
[{OBX}]	Obesrvation/Result
[{DG1}]	Diagnosis Information
[{PR1}]	Procedures

Il campo PV1-3 (PV1-11) contiene il reparto di ricovero da cui viene dimesso il paziente.

Vedi 7.3.9

7.3.12 ADT^A08 – Update Patient Information

In base al messaggio oggetto di aggiornamento valgono ulteriori regole di gestione dei dati che non possono essere diversi da quelli prima inviati:

- Modifica di una accettazione (ADT^A01): il messaggio A08 deve contenere invariati il presidio e l'identificativo episodio.
- Modifica di un trasferimento (ADT^A02): il messaggio A08 deve contenere invariati il presidio, l'identificativo episodio e la data e ora del trasferimento oggetto di annullamento.
- Modifica di una dimissione (ADT^A03): il messaggio A08 deve contenere invariati il presidio e l'identificativo episodio.
- Modifica di un accesso in Day Hospital Ciclico (ADT^A04): il messaggio A08 deve contenere invariati il presidio, l'identificativo episodio e la data di accettazione in DH.

Nel caso non sia possibile identificare univocamente un evento, non sarà apportata alcuna modifica.

Qualora si volesse modificare uno o più dati tra quelli indicati come necessari per l'identificazione dell'evento oggetto della modifica (v. presidio di ricovero, reparto di destinazione, ...), non sarà possibile utilizzare il presente messaggio, ma sarà necessario procedere con annullamento e nuovo inserimento.

Il messaggio di modifica va compilato con le informazioni che si vuol modificare. Qualora si volesse cancellare una o più informazioni si utilizzerà la modalità prevista dallo standard HL7 (|””|).

È composto nel modo seguente:

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header

⁵⁴ La data di prenotazione dell'intervento è riportata nel campo EVN-3.

EVN	Event Type
PID	Patient Identification
[{NK1}]	Next of Kin / Associated Parties
PV1	Patient Visit
[PV2]	Patient Visit – Additional Info
[{ROL}]	Role
[{OBX}]	Observation/Result
[{AL1}]	Allergy Information
[{DG1}]	Diagnosis Information
[{DRG}]	Diagnosis Related Group
[{PR1}]	Procedures
[{ROL}]	Role
[PDA]	Patient Death and Autopsy

Struttura dei messaggi ADT^A08 secondo lo scenario RAD-12

7.3.12.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par.7.1.1

7.3.12.2 Segmento EVN

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	3	ID	B		0003	Event Type Code
2	26	TS	R			Recorded Date/Time
3	26	TS	O			Date/Time Planned Event
4	3	IS	O		0062	Event Reason Code
5	250	XCN	O	Y	0188	Operator ID
6	26	TS	O			Event Occurred

Struttura del segmento EVN

CAMPO	CONTENUTO
EVN-1	Codice Evento secondo standard HL7. Il campo EVN-1 deve essere obbligatoriamente popolato con il codice dell'evento che si sta modificando: A01, A02, A03, ... A parità di informazioni identificative dell'evento (riferimenti cittadino, identificativo episodio, tipologia di messaggio, data e ora dell'evento [EVN-6]) verrà modificato l'ultimo evento della tipologia indicata.
EVN-2	Data e ora di sistema Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]
EVN-3	Informazione non necessaria.
EVN-4	Causa dell'evento di modifica
EVN-5	Utente che ha eseguito l'operazione. Formato: XCN-1 : codice fiscale dell'operatore. XCN-2 : cognome XCN-3 : nome
EVN-6	Data e ora dell'evento sanitario oggetto della modifica; nel caso di modifiche di trasferimenti e accessi di DH, tale campo deve essere obbligatoriamente valorizzato con data e ora dell'evento oggetto di modifica. Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]

Compilazione del segmento EVN

7.3.12.3 Segmento PID

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name
8	1	IS	O			Sesso

Struttura del segmento PID

Per i dettagli sul contenuto e la valorizzazione dei campi vedi Profilo PAM – segmento PID.

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 1. identificativo univoco aziendale 2. tessera TEAM 3. tessera sanitaria 4. codice fiscale 5. codice STP
PID-5	Cognome e nome dell'assistito.
PID-8	Sesso. Da valorizzare, se disponibile.

Compilazione del segmento PID

7.3.12.4 Segmento NKI

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.2.1.6

7.3.12.5 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
3	80	PL	O			Assigned Patient Location
4	2	IS	O		0007	Admission Type
5	250	CX	O			Preadmit Number
6	80	PL	O			Prior Patient Location
7	250	XCN	O	Y	0010	Attending Doctor
8	250	XCN	O	Y	0010	Referring Doctor
10	3	IS	C		0069	Hospital Service
11	80	PL	O			Temporary Location
14	6	IS	O		0023	Admit Source
17	250	XCN	O	Y	0010	Admitting Doctor
19	250	CX	O			Visit Number
20	50	FC	O	Y	0064	Financial Class
24	2	IS	O	Y	0044	Contract Code
36	3	IS	O	Y	0112	Discharge Disposition
43	80	PL	O			Prior Temporary Location
44	26	TS	C			Admit Date/Time
45	26	TS	O			Discharge Date/Time
47	12	NM	O			Total Charges
50	250	CX	O		0203	Alternate Visit ID
51	1	IS	O		0326	Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-3	Reparto giuridico di ricovero (messaggi A01) o di destinazione (messaggi A02) del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto - obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁵⁵ ;

55

L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

	PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ⁵⁶
PV1-4	Motivo d'ammissione. Da utilizzarsi nel caso di regime di ricovero ordinario (PV1-2=I), regime subacuto (PV1-2=S) e sovrappiombamento PS (PV1-2=B); nel caso in cui PV1-2=H è possibile (ma non obbligatorio) valorizzare questo campo con LC per indicare che si tratta di BIC o BOCA, con HC per indicare che si tratta di una MAC.
PV1-5	Numero di pre-ricovero. Contenuto: CX-1 = Numero di pre-ricovero – obbl CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto CX-5 = "VN" CX-10 = codice del presidio – obbl
PV1-6	Precedente reparto giuridico di ricovero del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁵⁷ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ⁵⁸
PV1-7	Medico che ha in cura il paziente (medico MMG/PLS) nei messaggi A01 e A06 Medico che dimette il paziente nei messaggi A03 e A07 Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale per MMG/PLS o codice interno per specialisti ospedalieri Contenuto: XCN-1 = Codice Fiscale o Codice Regionale MMG; XCN-2 = cognome XCN-3 = nome XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO XCN-23 = ente di appartenenza (Tab UD#0363)
PV1-8	Medico Richiedente il ricovero o le prestazioni ambulatoriali. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale del MMG/PLS o codice interno dell'AO (es. matricola del medico) Contenuto: XCN-1 = identificativo XCN-2 = cognome, XCN-3 = nome, XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO XCN-23 = ente di appartenenza (Tab UD#0363)
PV1-10	Tipologia dell'unità ospedaliera di ricovero
PV1-11	Reparto di ricovero temporaneo o "assistenziale" del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁵⁹ ;

⁵⁶ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁵⁷ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁵⁸ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁵⁹ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

	PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ⁶⁰
PV1-14	Provenienza paziente
PV1-17	Medico che accetta/registra il paziente Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale del MMG/PLS o codice interno dell'AO (es. matricola del medico) Contenuto: XCN-1 = identificativo; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).
PV1-19	Identificativo dell'episodio: nosologico di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali) Contenuto: CX-1 = Identificativo episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto, CX-5 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio Obligatorio se il messaggio fa riferimento ad eventi di pazienti ricoverati, con ciclo di DH attivo, di PS
PV1-20	Onere degenza
PV1-24	Tipo di tariffa di ricovero
PV1-36	Codice modalità di dimissione Per le integrazioni con la CCE può essere utilizzato per comunicare l'esito di chiusura del prericovero, i cui possibili valori sono: <ul style="list-style-type: none"> • Idoneo • Non idoneo • Temporaneamente non Idoneo
PV1-43	Precedente reparto di ricovero temporaneo o "assistenziale" del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁶¹ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ⁶²
PV1-44	Data e ora di ricovero (eventi A01) o pre-ricovero (evento A05) o dell'accesso ciclico in Day Hospital (A04) ⁶³ Informazione obbligatoria, insieme all'identificativo dell'episodio (PV1-19), per identificare il singolo accesso di DH. Formato ammesso YYYYMMDDHHMM[SS].
PV1-45	Data e ora della dimissione dall'accesso in Day Hospital (A04) o data e ora di dimissione (A03). Formato YYYYMMDDHHMM[SS]. Per le integrazioni con la CCE, tale campo può essere utilizzato per comunicare la data di chiusura del prericovero.
PV1-47	Costo totale del ricovero. Obbligatorio se PV1-24 = 'T'
PV1-50	Il campo veicola una delle seguenti informazioni provenienti dall'ADT o dal sistema di Sala Operatoria <ul style="list-style-type: none"> • Identificativo della richiesta di ricovero assegnato dall'applicativo gestionale delle liste dei ricoveri • Identificativo univoco della seduta operatoria assegnato dall'applicativo di sala operatoria.

⁶⁰ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁶¹ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁶² L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁶³ La data e ora di ricovero sono attribuite al reparto giuridico se presente nel messaggio (PV1-3)

	<p>Formato:</p> <p>CX-1 = Identificativo</p> <p>CX-4 =</p> <ul style="list-style-type: none"> • LA – per l'id della lista di ricovero • SUSE – per l'id della seduta operatoria <p>CX-5 =</p> <ul style="list-style-type: none"> • "MRT" per l'id di lista di ricovero • "U" per l'id della seduta di sala operatoria <p>CX-10 = codice del presidio</p>
PV1-51	Indicatore visita. Valori ammessi = "V"

Compilazione del segmento PV1**7.3.12.6 Segmento PV2**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CE	O			Admit Reason
4	250	CE	O			Transfer Reason
9	26	TS	O			Waiting list registration ⁶⁴
25	1	IS	O	0217		Visit Priority Code
36	1	ID	O	0136		Newborn Baby Indicator
45	250	CE	O	Y	0435	Advance Directive Code

Struttura del segmento PV2

CAMPO	CONTENUTO
PV2-3	Motivo del ricovero in caso di DH Sottocampi utilizzati: CE-1 = codice (vedi Tab Tabella SISS - Motivo Ricovero); CE-2 = descrizione; CE-3 Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
PV2-4	Motivo del trasferimento Formato ammesso: CE-1 = codice; CE-2 = descrizione; CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
PV2-8	Data proposta di ricovero, ovvero la data in cui mi aspetto che il paziente sia ricoverato Formato YYYYMMDDHHMM[SS].
PV2-9	Data proposta per le dimissioni, ovvero la data in cui mi aspetto che il paziente sia dimesso Formato YYYYMMDDHHMM[SS].
PV2-25	Classe di priorità dell'accesso.
PV2-36	Indica se il paziente è un neonato
PV2-45	Indica ulteriori richieste di gestione relative all'ordine. Ogni ripetizione prevede la gestione di una opzione: <ul style="list-style-type: none"> • Richiesta di oscuramento • Richiesta di stampa o non stampa del referto.

Compilazione del segmento PV2**7.3.12.7 Segmento OBX**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.3.1.8

7.3.12.8 Segmento AL1

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.3.1.7

⁶⁴ Questo assegnamento è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo.

7.3.12.9 Segmento DG1

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.3.1.9

7.3.12.10 Segmento DRG

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.3.1.10

7.3.12.11 Segmento PR1

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.3.9.7. A ogni segmento PR1 Vanno associate le n ripetizioni del segmento ROL contenente i riferimenti

7.3.12.12 Segmento ROL

Il segmento (ripetibile) consente di comunicare le informazioni sull'equipe che esegue l'intervento o sul clinical manager e sui case manager per i pazienti cronici (per la compilazione di questi ultimi si rimanda alla descrizione generale al par. 7.3.1.7).

La ripetizione del segmento PR1, contenente l'intervento, deve essere seguito dalle n ripetizioni del segmento ROL necessarie a specificare i membri dell'equipe associata all'intervento.

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
2	2	ID	R	0287	Action Code
3	250	CE	R	0443	Role-ROL
4	250	XCN	R		Role Person

Struttura del segmento ROL

CAMPO	CONTENUTO
ROL-2	AD
ROL-3	Formato: CE-1 = Codice CE-2 = Descrizione
ROL-4	Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri (es. matricola) Contenuto: XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-23 = Ente di appartenenza. La valorizzazione consente di identificare le eventuali operazioni effettuate in service presso un altro istituto

Compilazione del segmento ROL

7.3.12.13 Segmento PDA

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.3.9.9

7.3.13 ADT^A12 – Cancel Transfer

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit

Struttura dei messaggi ADT^A12-A13 secondo lo scenario RAD-12**7.3.13.1 Segmento MSH**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.1.1

7.3.13.2 Segmento EVN

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	3	ID	B		0003	Event Type Code
2	26	TS	R			Recorded Date/Time
3	26	TS	O			Date/Time Planned Event
4	3	IS	O		0062	Event Reason Code
5	250	XCN	O	Y	0188	Operator ID
6	26	TS	O			Event Occurred

Struttura del segmento EVN

CAMPO	CONTENUTO
EVN-1	Codice Evento secondo standard HL7. Il campo EVN-1 può essere opzionalmente popolato con A02. A parità di informazioni identificative dell'evento (riferimento cittadino, identificativo episodio, tipologia di messaggio) verrà annullato l'ultimo evento della tipologia indicata.
EVN-2	Data e ora di sistema Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]
EVN-3	Informazione non necessaria.
EVN-4	Causa dell'evento di cancellazione
EVN-5	Utente che ha eseguito l'operazione. Formato: XCN-1: codice fiscale dell'operatore. XCN-2: cognome XCN-3: nome
EVN-6	Data e ora dell'evento sanitario di riferimento (trasferimento). Da valorizzare obbligatoriamente per identificare il trasferimento oggetto di annullamento. Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]

Compilazione del segmento EVN**7.3.13.3 Segmento PID**

Nella seguente tabella sono riportati i campi previsti nel segmento PID, comprendendo sia campi obbligatori che campi opzionali (come da colonna "OPT"). Ulteriori campi opzionali (tra quelli contemplati nelle descrizioni più estese del segmento PID) possono essere introdotti e il loro eventuale utilizzo sarà oggetto di negoziazione fra gli applicativi integrati.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name

Struttura del segmento PID

Per i dettagli sul contenuto e la valorizzazione dei campi vedi Profilo PAM – segmento PID.

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 1. identificativo univoco aziendale 2. tessera TEAM 3. tessera sanitaria 4. codice fiscale 5. codice STP
PID-5	Cognome e nome dell'assistito.

Compilazione del segmento PID

7.3.13.4 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
3	80	PL	O			Assigned Patient Location
19	250	CX	R			Visit Number
51	1	IS	O		0326	Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-3	Reparto giuridico di ricovero del paziente precedente al trasferimento annullato. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁶⁵ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ⁶⁶ Obbligatorio nei messaggi ADT^A12
PV1-11	Reparto di ricovero (di destinazione) temporaneo o "assistenziale" del paziente. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁶⁷ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ⁶⁸
PV1-19	Identificativo dell'episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali) Contenuto: CX-1 = Identificativo dell'episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto, CX-5 = Tipologia identificativa (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio
PV1-51	Indicatore visita. Valori ammessi: "V"

Compilazione del segmento PV1

7.3.14 ADT^A13 – Cancel Discharge/End Visit

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit

⁶⁵ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁶⁶ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁶⁷ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁶⁸ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

Struttura dei messaggi ADT^A13 secondo lo scenario RAD-12**7.3.14.1 Segmento MSH**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par.7.1.1

7.3.14.2 Segmento EVN

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	3	ID	B		0003	Event Type Code
2	26	TS	R			Recorded Date/Time
3	26	TS	O			Date/Time Planned Event
4	3	IS	O		0062	Event Reason Code
5	250	XCN	O	Y	0188	Operator ID
6	26	TS	O			Event Occurred

Struttura del segmento EVN

CAMPO	CONTENUTO
EVN-1	Codice Evento secondo standard HL7. Il campo EVN-1 può essere opzionalmente popolato con A03. A parità di informazioni identificative dell'evento (riferimenti cittadino, identificativo episodio, tipologia di messaggio) verrà annullato l'ultimo evento della tipologia indicata.
EVN-2	Data e ora di sistema Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]
EVN-3	Informazione non necessaria.
EVN-4	Causa dell'evento di cancellazione
EVN-5	Utente che ha eseguito l'operazione. Formato: XCN-1 : codice fiscale dell'operatore. XCN-2 : cognome XCN-3 : nome
EVN-6	Data e ora dell'evento sanitario di riferimento (dimissione). Formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]]

Compilazione del segmento EVN**7.3.14.3 Segmento PID**

Nella seguente tabella sono riportati i campi previsti nel segmento PID, comprendendo sia campi obbligatori che campi opzionali (come da colonna “OPT”). Ulteriori campi opzionali (tra quelli contemplati nelle descrizioni più estese del segmento PID) possono essere introdotti e il loro eventuale utilizzo sarà oggetto di negoziazione fra gli applicativi integrati.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name

Struttura del segmento PID

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 6. identificativo univoco aziendale 7. tessera TEAM 8. tessera sanitaria 9. codice fiscale 10. codice STP
PID-5	Cognome e nome dell'assistito.

Compilazione del segmento PID**7.3.14.4 Segmento PV1**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
-----	-----	----	-----	------	------	--------------

2	1	IS	R		0004	Patient Class
3	80	PL	O			Assigned Patient Location
19	250	CX	R			Visit Number
51	1	IS	O	0326		Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-3	Reparto giuridico di ricovero del paziente precedente al trasferimento annullato. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁶⁹ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ⁷⁰ Obbligatorio nei messaggi ADT^A12
PV1-19	Identificativo dell'episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali) Contenuto: CX-1 = Identificativo dell'episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto, CX-5 = Tipologia identificativa (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio
PV1-51	Indicatore visita. Valori ammessi: "V"

Compilazione del segmento PV1**7.3.15 ADT^A45 – Move Visit Information – Visit Number**

Il messaggio consente di comunicare lo spostamento di tutte le richieste afferenti ad un unico episodio (di ps piuttosto che di ricovero piuttosto che di pazienti ambulatoriali) da un paziente ad un altro.

La struttura di un messaggio di move visit è la seguente:

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
{	--- PATIENT begin
PID	Patient Identification
[PD1]	Additional Demographic
MRG	Merge Information
[PV1]	Patient Visit
}	--- PATIENT end

Struttura del messaggio ADT^A40

⁶⁹ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁷⁰ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

7.3.15.1 Segmento MSH

Vedi par. 7.1.1

7.3.15.2 Segmento EVN

Vedi par. 7.1.2

7.3.15.3 Segmento PID

Nella seguente tabella sono riportati i campi previsti nel segmento PID, comprendendo sia campi obbligatori che campi opzionali (come da colonna “OPT”). Ulteriori campi opzionali (tra quelli contemplati nelle descrizioni più estese del segmento PID) possono essere introdotti e il loro eventuale utilizzo sarà oggetto di negoziazione fra gli applicativi integrati.

Nel campo PID-3 devono essere presenti gli *identificativi anagrafici riferiti al paziente destinatario* dello spostamento dell’episodio, in particolare:

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name
8	1	IS	O		0001	Sex

Struttura del segmento PID

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 11. identificativo univoco aziendale 12. tessera TEAM 13. tessera sanitaria 14. codice fiscale 15. codice STP
PID-5	Cognome e nome dell’assistito.
PID-8	Sesso. Da valorizzare, se disponibile.

Compilazione del segmento PID

7.3.15.4 Segmento PDI

Vedi par. 7.2.1.5

7.3.15.5 Segmento MRG

Gli identificativi del vecchio paziente sono indicati nei campi MRG-1 (Prior Patient Identifier List), come da dettaglio seguente:

SEQ	OPT	TBL#	ELEMENT NAME
1	R		Prior Patient Identifier List

Struttura del segmento MRG

CAMPO	CONTENUTO
MRG-1	Identificativo del paziente a cui era ricondotto l’episodio del campo PV1-19

Compilazione del segmento MRG

7.3.15.6 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
3	80	PL	O			Assigned Patient Location
19	250	CX	R			Visit Number
51	1	IS	O		0326	Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-5	<p>Numero di pre-ricovero. Contenuto: CX-1 = Numero di pre-ricovero – obbl CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto CX-5 = "VN" CX-10 = codice del presidio – obbl</p> <p>Obbligatorio nei messaggi ADT^A05 Nei messaggi ADT^A01, in aggiunta al numero nosologico contenuto in PV1-19, può contenere il numero di pre-ricovero comunicato nell'ADT^A05. Nei messaggi ADT^A45 viene utilizzato per spostare un episodio di prericovero.</p>
PV1-19	<p>Identificativo dell'episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali) Contenuto: CX-1 = Identificativo dell'episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto, CX-5 = Tipologia identificativa (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio</p>
PV1-51	Indicatore visita. Valori ammessi: "V"

Compilazione del segmento PV1

7.4 Order Management

7.4.1 Gestione Identificativi d'Ordine

In base ai flussi di gestione degli ordini proposte nel Capitolo 5 si riportano di seguito le modalità di compilazione dei campi dedicati:

ORC-2: Placer Order Number

ORC-3: Filler Order Number

ORC-4: Placer Group Number

OBR-21: Filler Field 2

1 – Richiesta prestazioni da Placer a Filler

L'Order Placer invia una richiesta assegnando ad ogni prestazione (Ordine) il suo numero identificativo (numero d'ordine) nel campo ORC-2 e un identificativo di raggruppamento (ORC-4). L'Order Filler assegna il proprio identificativo d'ordine interno (ORC-3) alla singola prestazione e un identificativo di raggruppamento nel campo OBR-21 che restituisce nella risposta al Placer.

2 – Modifica/aggiornamento prestazioni da Placer a Filler

Per modificare un ordine per una prestazione il Placer può:

- fare replacement dell'ordine impostando ORC-1 = RP, mantenendo invariato il numero d'ordine (ORC-2), il codice prestazione (OBR-4) e il numero di raggruppamento (ORC-4) e modificando gli altri attributi (data di prenotazione, sala erogatrice, medico...). Va inviata in questo caso l'intera immagine dell'ordine che si vuole aggiornare
- cancellare l'ordine (ORC-1 = CA, ORC-2 = numero d'ordine) e inviarne uno nuovo (ORC-1 = NW, ORC-2 = nuovo numero d'ordine, ORC-4 uguale o differente rispetto a quello dell'ordine cancellato).

Se un applicativo non è in grado di operare sul singolo ordine ma solo sull'intera richiesta (comprendente più ordini), per modificare un singolo ordine dovrà obbligatoriamente cancellare tutti quelli precedenti e inviare una nuova richiesta con:

- numeri d'ordine (ORC-2) **differenti** da quelli inviati con la precedente richiesta
- numero di raggruppamento (ORC-4) invariato (nel caso ad es. in cui coincida con il numero di prenotazione) o diverso rispetto a quello originario.

3 – Aggiunta prestazioni dal Filler sulla richiesta ricevuta

Nel caso in cui il Filler debba aggiungere ordini (prestazioni) ad una richiesta ricevuta dal Placer, dovrà compilare ORC-3 con l'identificativo del nuovo ordine, lasciare vuoto ORC-2 e valorizzare ORC-4 con il valore che raggruppa gli altri ordini che aveva richiesto in precedenza il Placer.

4 – Prenotazione esami

È possibile gestire un processo di prenotazione utilizzando i messaggi d'ordine inviati con la seguente modalità dal Placer al Filler. Si prevede l'invio di una prima richiesta di nuovo ordine (ORC-1 = NW) che funge da prenotazione e, all'atto dell'accettazione amministrativa del paziente presso la struttura ospedaliera, l'invio di un secondo messaggio (ORC-1 = SC) di conferma.

T – Accettazione diretta

Nel caso di accettazione diretta da parte di un Filler la richiesta viene inviata da quest'ultimo al Placer compilando per ogni ordine solo i campi ORC-3 (con valori differenti per ciascun ordine) e OBR-21 (opzionale) con un unico identificativo di raggruppamento di tutte le prestazioni lasciando vuoti i campi ORC-2 e ORC-4. Il Placer assocerà un identificativo a ciascun ordine, che nelle successive comunicazioni con il Filler inserirà nel ORC-2, e un identificativo per raggrupparle, che inserirà in ORC-4.

7.4.2 ORM^O01 – General Order Message

Di seguito è riportata la struttura del messaggio ORM^O01 e le modalità di compilazione applicata alle transazioni:

- RAD-2: Richiesta di un nuovo ordine
- RAD-2: Cancellazione di un ordine
- RAD-3: Nuovo ordine
- RAD-3: Cancellazione ordine
- RAD-3: Aggiornamento ordine

7.4.2.1 RAD-2: richiesta di nuovo ordine

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
[--- PATIENT begin
PID	Patient Identification
[PD1]	Additional Demographic
[{NTE}]	Notes and Comments
[--- PATIENT_VISIT begin
PV1	Patient Visit
[PV2]	Patient Visit – Additional Info

]	--- PATIENT_VISIT end
[{AL1}]	Allergy information
]	--- PATIENT end
{	--- ORDER begin
ORC	Common Order
[--- ORDER_DETAIL begin
OBR	Order Detail
[NTE]	Notes and Comments (for Details)
[CTD]	Contact Data
[{DG1}]	Diagnosis
[{OBX}]	Observation Segment
]	--- ORDER_DETAIL end
[{FT1}]	Financial transaction Segment
[BLG]	Billing Segment
}	--- ORDER end

Struttura del messaggio ORM^O01**7.4.2.1.1 Segmento MSH**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.1.1

7.4.2.1.2 Segmento PID

Il segmento PID può contenere un set di dati anagrafici del paziente secondo uno dei possibili casi d'uso proposti.

Caso d'uso 1 – Il segmento PID contiene solo i dati obbligatori previsti dallo standard HL7.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name
8	1	IS	O		0001	Sex

Struttura del segmento PID

Per i dettagli sul contenuto e la valorizzazione dei campi vedi par. 7.2.1.4

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 1. identificativo univoco aziendale 2. tessera TEAM 3. tessera sanitaria 4. codice fiscale 5. codice STP
PID-5	Cognome e nome dell'assistito.
PID-8	Sesso. Da valorizzare, se disponibile.

Compilazione del segmento PID

Caso d'uso 2 – Il segmento PID contiene il set di dati anagrafici previsto nella gestione del Patient Management. Per i dettagli sulla struttura del segmento PID vedi par. 7.3.1.3

7.4.2.1.3 Segmento PD1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	XON	O	Y		Patient Primary Facility
4	250	XCN	O	Y		Patient Primary Care Provider Name & ID No
15	250	XON	O	Y	0435	Advance Directive Code

Struttura del segmento PD1

CAMPO	CONTENUTO
PD1-3	<p>Il campo, con le sue ripetizioni, viene utilizzato per riportare le informazioni su ASL e relativi distretti di:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. ASL di Assistenza (relativa al medico di base) 2. ATS di assistenza 3. Distretto dell'ATS di assistenza 4. ASST di assistenza 5. ASL di Appartenenza (relativa al domicilio) 6. ATS di Appartenenza 7. Distretto dell'ATS di appartenenza 8. ASST di appartenenza 9. ASL di Residenza 10. ASL di Residenza NAR 11. ASL di Residenza MEF 12. ATS di Residenza 13. ATS di Residenza NAR 14. ATS di Residenza MEF 15. Distretto dell'ATS di residenza 16. Distretto dell'ATS di residenza NAR 17. Distretto dell'ATS di residenza MEF 18. ASST di residenza 19. ASST di residenza NAR 20. ASST di residenza MEF 21. Casa di riposo <p>XON-1 = Descrizione – opzionale XON-6 = Titolarità. Consente di distinguere le ripetizioni della medesima tipologia di dato. Es. ASST di residenza MEF o ASST di residenza NAR (Tab. UD#0363) XON-7 = Codice tipologia della struttura – obbligatorio (Tab. HL7#0203) XON-10 = Codice identificativo della struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codice ASL/ATS/ASST composto di 6 cifre (3 cifre del codice della regione + 3 cifre del codice regionale della azienda sanitaria) • codice della casa di riposo di max 9 cifre. Obbligatorio <p>Le ripetizioni "ASL" sono da considerarsi deprecate su NPRI. Le codifiche delle aziende sanitarie regionali lombarde e extra lombarde sono inviate come "ATS"</p>
PD1-4	<p>Il campo è utilizzato per comunicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stato del paziente come Cittadino Comunitario Senza Copertura Sanitaria (CSCS)⁷¹ • Date di decorrenza / scadenza iscrizione all'ASL di assistenza <p>Formato: Cittadini CSCS</p> <ul style="list-style-type: none"> • XCN-1 = CSCS • XCN-22= sigla nazione emittente <p>Date di iscrizione/decorrenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • XCN-19 = Data di decorrenza dell'iscrizione all'ASL di assistenza (formato YYYYMMDD) • XCN-20 = Data di scadenza dell'iscrizione all'ASL di assistenza (formato YYYYMMDD)
PD1-15	<p>Il campo è utilizzato per trasmettere alla radiologia il consenso alla visualizzazione online delle immagini del PACS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il campo sarà vuoto se non si vuole consultare online le immagini • Il campo sarà valorizzato con il valore SOIR se si vuole consultare online le immagini

Compilazione del segmento PD1**7.4.2.1.4 Segmento NTE**

Il segmento NTE è utilizzabile per trasportare le seguenti informazioni:

1. l'anamnesi del paziente
2. la sede di ritiro del referto
3. Note di dettaglio per l'operatore che riceve l'ordine
4. Note generiche sul paziente che deve eseguire la prestazione
5. Numero protocollo paziente cronico
6. Contatore PAI per paziente cronico

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
-----	-----	----	-----	------	------	--------------

⁷¹ In base alla circolare N° 4/2008 della Regione Lombardia

1	4	SI	O		0105	Set ID-NTE
2	8	ID	O			Source of Comment
3	56636	FT	O	Y		Comment
4	250	CE	O		0364	Comment Type

Struttura del segmento NTE

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	O = Other system is source of comment
NTE-3	In base all'informazione che la ripetizione del segmento trasporta il campo va valorizzato con: 1. Testo dell'anamnesi 2. Sede di ritiro del referto 3. Note specifiche per l'operatore 4. Note generiche sul paziente 5. Numero protocollo per paziente cronico 6. Contattore PAI del referto PAI di un paziente cronico
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata. CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = valorizzare con: 1. anamnesi 2. sedeRitiroReferto 3. notePerOperatore 4. noteSulPaziente 5. numeroProtocollo 6. contatorePAI

Compilazione del segmento NTE**7.4.2.1.5 Segmento PV1**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
3	80	PL	O			Assigned Patient Location
5	250	CX	O			Preadmit Number
9	250	XCN	B	Y		Consulting doctor
11	80	PL	O			Temporary Location
15	2	IS	O	Y	0009	Ambulatory Status
19	250	CX	O			Visit Number
44	26	TS	O			Admit Date/Time
47	12	NM	O			Total Charges
48	12	NM	O			Total Adjustments
49	12	NM	O			Total Payments
50	250	CX	O		0203	Alternate Visit ID
51	1	IS	O		0326	Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-3	Reparto di ricovero del paziente. PL-1 e PL-9 obbligatori. Formato: PL-1 = codice reparto (obbligatorio); PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁷² ;

	PL-9 = descrizione per esteso del reparto(obbligatorio); PL-10 = codice del presidio ⁷³ .
PV1-5	<p>Numero di chiamata in sala Formato: CX-1: ID Number</p> <p>Nel caso in cui il messaggio di ordine sia associato ad un paziente ricoverato (o che si trova in attesa di ricovero), il campo può essere utilizzato per indicare l'identificativo del prericovero Formato: CX-1 = Numero di pre-ricovero CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che regista il contatto CX-5 ="VN"</p>
PV1-9	<p>Medico cui è rivolta la richiesta. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri Contenuto: XCN-1 = identificativo XCN-2 = cognome XCN-3 = nome XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): <ul style="list-style-type: none"> • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO XCN-23 = ente di appartenenza (Tab UD#0363).</p>
PV1-11	<p>Reparto di ricovero "assistenziale" del paziente o luogo di esecuzione dell'esame. Il campo può essere utilizzato per indicare il luogo dove deve essere effettuato l'esame: ad esempio in Sala Operatoria o presso il reparto di ricovero Contenuto: PL-1 = codice reparto; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio⁷⁴; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto PL-10 = codice del presidio ⁷⁵</p>
PV1-15	Informazione sulle possibili limitazioni fisiche di del paziente, ad esempio un paziente a rischio caduta, che potrebbero richiedere assistenza del personale sanitario durante l'esecuzione dell'esame .
PV1-19	<p>Identificativo dell'episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali) Contenuto: CX-1 = Identificativo episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che regista il contatto CX-5 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio</p> <p>Obbligatorio se il messaggio fa riferimento ad eventi di pazienti ricoverati, con ciclo di DH attivo, di PS</p>
PV1-44	Data e ora dell'accettazione amministrativa. Per le integrazioni con il reparto e con il PS, se valorizzato, contiene data e ora di inizio dell'episodio cui la richiesta fa riferimento.
PV1-47	Costo totale degli esami dovuto.
PV1-48	Totale differenza tra dovuto e pagato.
PV1-49	Costo totale degli esami pagato.
PV1-50	<p>Identificativo della richiesta di ricovero assegnato dall'applicativo gestionale delle liste dei ricoveri Formato: CX-1 = Identificativo CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo. Valori ammessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • LA – per l'id della lista di ricovero <p>CX-5 = "MRT" per l'id di lista di ricovero. CX-10 = codice del presidio</p>

⁷³ questo assegnamento è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁷⁴ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁷⁵ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

PV1-51	Deve essere valorizzato a "V".
--------	--------------------------------

Compilazione del segmento PV1**7.4.2.1.6 Segmento PV2**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
24	2	IS	O		0216	Patient status Code
25	1	IS	O		0217	Visit Priority Code
38	250	CE	O		0430	Mode of Arrival Code
45	250	CE	O	Y	0435	Advance Directive Code

Struttura del segmento PV2

CAMPO	CONTENUTO
PV2-24	Stato dell'assitito
PV2-25	Classe di priorità dell'accesso.
PV2-38	Indica la modalità con cui il paziente si presenta presso la struttura
PV2-45	Indica ulteriori richieste di gestione relative all'ordine. Ogni ripetizione prevede la gestione di una opzione: <ul style="list-style-type: none">• Richiesta di oscuramento• Richiesta di stampa o non stampa del referto

Compilazione del segmento PV2**7.4.2.1.7 Segmento AL1**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par 0

7.4.2.1.8 Segmento ORC

Per quanto riguarda i segmenti ORC ed OBR, dove il segmento ORC individua l'ordine e OBR individua il dettaglio della prestazione, si richiede che per ogni prestazione richiesta sia presente nel messaggio una coppia ORC-OBR; ad esempio, se il messaggio riporta una richiesta di tre prestazioni, il messaggio HL7 conterrà tre coppie di segmenti ORC-OBR.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O		0038	Placer Group Number
5	2	ID	O			Order Status
7	200	TQ	R	Y		Quantity/Timing
8	200	EI	C			Parent
9	26	TS	O			Date/Time of transaction
10	120	XCN	O	Y		Entered By
12	120	XCN	O	Y		Ordering provider
13	80	PL	O			Enterer's location
14	250	XTN	O	Y/2		Call Back Phone Number
15	26	TS	O			Order Effective Date/Time
16	250	CE	O			Order Control Code Reason
18	250	CE	O			Entering Device
20	250	CE	O		0339	Advanced Beneficiary Notice Code

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Deve assumere il valore "NW" (New Order) per la richiesta di un nuovo ordine

	"RP" per la modifica dei dati dell'ordine È previsto di utilizzare anche lo stato "SC" nella gestione di due messaggi ORM di prenotazione e di conferma dell'ordine. Verranno usati rispettivamente i codici: NW (New Order) e SC (Status Change)
ORC-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Placer che genera richieste; lo stesso valore deve essere riportato nel campo OBR-2
ORC-3	Identificativo univoco (generato dal Filler) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Filler che riceve o genera richieste; questo campo è quindi vuoto quando il Placer genera un nuovo ordine
ORC-4	Identificativo univoco che permette al Placer di raggruppare un insieme di ordini e di identifierli successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Placer che genera richieste, nel caso di un CUP può coincidere con il numero di prenotazione
ORC-5	Il campo non deve essere valorizzato nell'ambito di questo scenario
ORC-7	Prima ripetizione: Indica quantità e priorità delle prestazioni associate TQ-1 = quantità, TQ-6 = codice della priorità. Può assumere i valori del gruppo 1 della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes Entrambi sono opzionali, se non specificati vanno intesi come quantità = 1, priorità = R (routine). Seconda ripetizione: Indica la classe di priorità di una impegnativa proveniente dal CUP TQ-6 = codice della classe di priorità. Può assumere i valori del gruppo 2 della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes
ORC-8	Il campo viene riservato al codice IUP della prescrizione; DEPRECATO - questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46
ORC-9	Data e ora della richiesta, formato YYYYMMDDHHMMSS
ORC-10	Operatore che inserisce nell'applicativo i dati della richiesta Contenuto: XCN-1 = Codice Fiscale o Codice Regionale MMG; XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-15 = Username XCN-23 = Assigning Department (Tab UD#0363).
ORC-12	Medico responsabile della richiesta Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri (es. matricola) Contenuto: XCN-1 = Codice; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome XCN-8 = Provenienza paziente (Tab UD #0297) XCN-13 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).
ORC-13	Servizio o reparto richiedente. Per le prestazioni richieste per i dipendenti aziendali nell'ambito della "medicina del lavoro" il campo deve essere obbligatoriamente valorizzato con il codice reparto "medicina del lavoro" censito sulla Piattaforma Regionale. In caso contrario il documento clinico prodotto sulla richiesta di erogazione non verrà associato al dossier del dipendente aziendale Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio
ORC-14	Recapito telefonico dell'operatore che inserisce i dati della richiesta XTN-12 = Numero di telefono
ORC-15	Data di compilazione della ricetta
ORC-16	Codice e Descrizione del motivo che ha portato all'azione indicata nel campo ORC-1 (ad es. il motivo della cancellazione dell'ordine o della sua modifica) Formato: CE-1 = codice

	CE-2 = descrizione
ORC-18	Postazione sulla quale viene effettuata la richiesta.
ORC-20	Tipologia della ricetta. CE-1 = codice del tipo ricetta CE-2 = descrizione

Compilazione del segmento ORC**7.4.2.1.9 Segmento OBR**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBR
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
6	26	TS	O			Requested Date/Time
8	26	TS	O			Observation End Date/Time
11	1	ID	O		0065	Specimen Action Code
13	300	ST	O			Relevant Clinic Information
15	300	SPS	B			Specimen Source
16	80	XCN	O	Y		Ordering Provider
17	250	XTN	O	Y/2		Order Callback Phone Number
18	60	ST	O			Placer Field #1
19	60	ST	O			Placer Field #2
21	60	ST	O			Filler Field 2
24	10	ID	O		0074	Diagnostic Service Sector ID
25	1	ID	C		0123	Result Status
27	200	TQ	B	Y		Quantity/Timing
29	200	EIP	O			Parent
30	20	ID	R2		0124	Transportation Mode
31	250	CE	O	Y		Reason for study
32	200	NDL	O			Principal Result Interpreter
36	26	TS	O			Scheduled Date/Time
46	250	CE	O	Y	0411	Placer Supplemental Service Information
47	250	CE	O	Y	0411	Filler Supplemental Service Information
49	2	ID	O		0507	Result Handling

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Quando utilizzato, il campo deve essere impiegato per indicare il numero progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio
OBR-2	Numero d'ordine del richiedente. In generale è lo stesso codice utilizzato in ORC-2.
OBR-3	Il campo ORC-3 non deve essere valorizzato in questo scenario, in quanto assegnato dall'Order Filler
OBR-4	Prestazione richiesta. Formato: CE-1 = codice prestazione; CE-2 = descrizione prestazione, CE-3 = Nome del sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBR-6	Data ora della richiesta, formato YYYYMMDDHHMMSS, mantenuto per compatibilità con le versioni precedenti.
OBR-8	Data ritiro referto per prestazione
OBR-11	Valori ammessi (vedi Tab. HL7 #0065): P – sugli ordini relativi a prestazioni per le quali l'erogatore deve produrre una ricetta
OBR-13	Quesito Diagnostico testuale. Da usare per riportare il testo del quesito non codificato. Se il QD è codificato va utilizzato il campo FT1-19
OBR-15	Il componente SPS-5 (site modifier) può essere utilizzato per specificare la lateralità della prestazione (es. RX mano: Dx/Sx)

OBR-16	Se presente deve essere compilato come il campo ORC-12
OBR-17	Recapito telefonico del medico responsabile della richiesta XTN-12 = Numero di telefono
OBR-18	Codice RUR. Può essere valorizzato sia dall'Order Placer sia dall'Order Filler; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46
OBR-19	Numero progressivo delle impegnative (1 per la prima impegnativa, 2 per la seconda e così via). Questo campo permette di raggruppare le prestazioni per impegnativa, assegnando ad ogni esame un numero che indica a quale impegnativa deve appartenere; in particolare permette all'Order Filler di indicare all'Order Placer su quale impegnativa aggiungere le prestazioni erogate in più
OBR-21	Identificativo univoco che permette al Filler di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Filler che genera richieste
OBR-24	Codice della disciplina di erogazione della prestazione (es. RAD).
OBR-25	In fase di invio dell'ordine deve essere lasciato vuoto.
OBR-27	Intervallo di data/ora richiesta per l'appuntamento. Da utilizzare nel caso di richiesta di schedulazione. TQ-1 = quantità TQ-2 = nel caso di appuntamenti ripetuti indica l'intervallo di tempo tra due appuntamenti (Tab HL7#0335) TQ-4 = data/ora di inizio appuntamento; valorizzare solo TQ-4 indica una data a partire dalla quale si richiede l'appuntamento TQ-5 = data/ora di fine appuntamento; valorizzare solo TQ-5 indica una data entro la quale si richiede l'appuntamento TQ-6 = priorità della richiesta. Può assumere i valori della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes TQ-11 = durata richiesta per l'appuntamento; nel caso di appuntamenti ripetuti misura la durata del singolo appuntamento TQ-12 = numero di appuntamenti, nel caso di appuntamenti ripetuti Il campo è ripetibile e consente quindi di fornire un insieme di intervalli di preferenza.
OBR-30	Stato di mobilità del paziente, come da tabella HL7 #0124
OBR-31	Modalità di erogazione Formato: CE-1 = codice (vedi Tab Tabella SISS - Modalità Erogazione) CE-2 = descrizione; CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBR-32	Medico destinatario della richiesta di erogazione NDL-1.1 = Identificativo NDL-1.2 = cognome medico NDL-1.3 = nome medico
OBR-36	Data ora schedulata per l'appuntamento, formato YYYYMMDDHHMMSS.
OBR-46	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Placer (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare CE-2 = descrizione CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
OBR-47	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Filler (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare (Tabella UD #0411 – Supplemental Service Information Values) CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
OBR-49	modalità consegna del referto

Compilazione del segmento OBR**7.4.2.1.10 Segmento NTE**

Il segmento NTE è utilizzabile per trasportare le seguenti informazioni:

1. Note sulle prestazioni associate a ricette elettroniche. Va inviato un segmento NTE in coppia con il segmento OBR che contiene i dati della prestazione.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID-NTE
2	8	ID	O		0105	Source of Comment
3	56636	FT	O	Y		Comment

4	250	CE	O		0364	Comment Type	
---	-----	----	---	--	------	--------------	--

Struttura del segmento NTE

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	O = Other system is source of comment
NTE-3	In base all'informazione che la ripetizione del segmento trasporta il campo va valorizzato con: 1. Note sulle prestazioni 2. S o N 3. Informazioni di erogazione della prestazione in televisita: - 0: no telemedicina - 1: in telemedicina - 9: consulto a distanza
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata. CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = valorizzare con: 1. notePrestazioneRE 2. flagSuggerita 3. LP185855-6 (codice LOINC per interventi in telesanità)

Compilazione del segmento NTE**7.4.2.1.11 Segmento CTD**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	250	CE	R	Y	0131	Contact Role
2	250	XPN	O	Y		Contact Name
3	250	XAD	O	Y		Contact Address
4	60	PL	O			Contact Location
5	250	XTN	O	Y		Contact Communication Information
7	100	PLN	O	Y		Contact Identifiers

Struttura del segmento CTD

CAMPO	CONTENUTO
CTD-1	Valorizzare con il valore fisso "A"
CTD-2	Cognome e nome del paziente
CTD-3	indirizzo di spedizione nel caso abbia scelto modalità di invio per posta; questo campo è in alternativa a CTD-4 e CTD-5. XAD-1.2 = Nome della via. XAD-1.3 = Numero civico. XAD-4 = sigla della provincia XAD-9 = codice ISTAT Comune italiano oppure il codice del comune estero. Nel caso di comune estero il codice deve essere prefissato dal carattere 'E'
CTD-4	sede della AO dove ritirare il referto nel caso non venga spedito; questo campo è in alternativa a CTD-3 e CTD-5 PL-7=sede di ritiro
CTD-5	e-mail di spedizione nel caso la modalità sia di invio elettronico; questo campo è in alternativa a CTD-3 e CTD-4 XTN-4=indirizzo mail
CTD-7	Identificativo ID BDA del paziente

Compilazione del segmento CTD**7.4.2.1.12 Segmento DG1**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-DG1
3	60	CE	O		0051	Diagnosis Code – DG1
4	40	ST	B			Diagnosis Description
5	26	TS	O			Diagnosis Date/Time
6	2	IS	R		0052	Diagnosis Type
15	2	ID	O		0359	Diagnosis Priority

16	60	XCN	O	Y	0136	Diagnosing Clinician Confidential Indicator Diagnosis Identifier
18	1	ID	O			
20	427	EI	O			

Struttura del segmento DG1

CAMPO	CONTENUTO								
DG1-1	Progressivo riga all'interno del segmento DG1.								
DG1-3	<p>Codice della diagnosi. CE-1 = codice diagnosi; CE-2 = descrizione diagnosi, CE-3 = sistema di codifica (Tabella HL7 #0394 – Response Modality)</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Valore</th> <th>Descrizione HL7</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>Real Time</td> </tr> <tr> <td>T</td> <td>Bolus (a series of responses sent at the same time without use of batch formatting)</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Batch</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabella HL7 #0396 – Coding System).</p>	Valore	Descrizione HL7	R	Real Time	T	Bolus (a series of responses sent at the same time without use of batch formatting)	B	Batch
Valore	Descrizione HL7								
R	Real Time								
T	Bolus (a series of responses sent at the same time without use of batch formatting)								
B	Batch								
DG1-4	Note aggiuntive sulla diagnosi								
DG1-5	Data e ora in cui è stata effettuata la diagnosi, formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]].								
DG1-6	tipo di diagnosi, da valorizzare con "DE".								
DG1-15	priorità della diagnosi.								
DG1-16	<p>Medico responsabile della diagnosi. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno dell'AO (es. matricola del medico)</p> <p>Contenuto:</p> <ul style="list-style-type: none"> XCM-1 = Identificativo; XCM-2 = Cognome, XCM-3 = Nome, XCM-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) XCM-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363). 								
DG1-18	Campo che indica se la diagnosi è confidenziale oppure no.								
DG1-20	Identificativo univoco della diagnosi								

Compilazione del segmento DG1**7.4.2.1.13 Segmento OBX**

Per la specifica di alcuni dati relativi al paziente quali l'altezza, il peso o anche uno stato di gravidanza è possibile utilizzare uno o più segmenti OBX.

È possibile compilare il segmento OBX per il trasporto di documenti aggiuntivi codificati in base 64. Il segmento OBX viene utilizzato anche per trasportare i campi numeroNotaMef, condErogabilitaMef, approprPrescrittiva e patologia; di seguito la descrizione sulla compilazione dei campi relativi per queste informazioni:

- **numeroNotaMef:**

- OBX-1: progressivo
- OBX-2: CE
- OBX-3-1: numeroNotaMef
- OBX-3-3: 99SISS
- OBX-5-1: codice numero nota Mef
- OBX-5-2: descrizione numero nota Mef
- OBX-11: F

- condErogabilitaMef:**

OBX-1: progressivo
 OBX-2: CE
 OBX-3-1: condErogabilitaMef
 OBX-3-3: 99SISS
 OBX-5-1: codice condizione erogabilità Mef
 OBX-5-2: descrizione condizione erogabilità Mef
 OBX-11: F

- appoprPrescrittiva:**

OBX-1: progressivo
 OBX-2: CE
 OBX-3-1: appoprPrescrittiva
 OBX-3-3: 99SISS
 OBX-5-1: codice appropriatezza prescrittiva
 OBX-5-2: descrizione appropriatezza prescrittiva
 OBX-11: F

- patologia:**

OBX-1: progressivo
 OBX-2: CE
 OBX-3-1: patologia
 OBX-3-3: 99SISS
 OBX-5-1: codice patologia
 OBX-5-2: descrizione patologia
 OBX-11: F

Per ulteriori dettagli ed esempi sull'utilizzo del segmento OBX vedere par. 7.3.1.8.

7.4.2.1.14 Segmento FT1

Per ogni prestazione pagata o stornata (e quindi per ogni coppia ORC-OBR) potrà essere presente anche un segmento FT1 con il dettaglio delle informazioni di cassa.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – FT1
4	53	DR	R			Transaction Date
6	8	IS	R		0017	Transaction Type
7	250	CE	R		0132	Transaction Code
11	12	CP	O			Transaction Amount – Extended
12	12	CP	O			Transaction Amount – Unit
14	250	CE	O		0072	Insurance Plan ID
19	250	CE	O			Diagnosis Code – FT1
22	12	CP	O			Unit Cost
25	250	CE	O		0088	Procedure Code
26	250	CE	O	Y	0340	Procedure Code Modifier

Struttura del segmento FT1

CAMPO	CONTENUTO
FT1-1	Progressivo delle ripetizioni del segmento FT1

FT1-4	Data e ora della transazione, nel formato YYYYMMDDHHMMSS.
FT1-6	Questo campo contiene un codice che indica il tipo di transazione
FT1-7	Questo campo contiene un codice che serve ad identificare il tipo di transazione
FT1-11	Costo totale dell'impegnativa a cui appartiene la prestazione
FT1-12	Questo campo contiene la cifra pagata per il singolo esame.
FT1-14	In regime di libera professione utilizzare questo campo per riportare il contratto di riferimento del listino applicato: CE-1: codice contratto CE-2: descrizione contratto CE-3: tipo contratto
FT1-19	Codice e descrizione del quesito diagnostico codificato o del criterio di erogabilità. NOTA: per il quesito diagnostico solo testuale non codificato usare il campo OBR-13. Contenuto: CE-1: codice quesito diagnostico o codice criterio di erogabilità CE-2: descrizione quesito diagnostico o descrizione criterio di erogabilità CE-3: nome del sistema di codifica (Tab HL7 #0396)
FT1-22	Valore della quota variabile di una impegnativa
FT1-25	Questo campo permette di definire la tipologia di regime di erogazione della prestazione (es. Protocolli di cura) Contenuto: CE-1: codice della tipologia del regime di erogazione CE-2: descrizione della tipologia del regime di erogazione
FT1-26	Questo campo dettaglia i regimi di erogazione delle prestazioni definiti in termini di codice e descrizione Si prevede <u>una sola ripetizione</u> di questo campo per indicare il regime di erogazione da associare alla prestazione. Contenuto: CE-1: codice del regime di erogazione CE-2: descrizione del regime di erogazione

Compilazione del segmento FT1**7.4.2.1.15 Segmento BLG**

Il segmento BLG contiene alcune informazioni sull'impegnativa associata agli esami (esente, non esente, richiesta di prestazioni in libera professione o servizio sanitario nazionale, etc.).

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	50	DT	O		0122	Charge Type
3	100	CX	O			Account ID
4	60	CWE	O		0475	Charge Type Reason

Struttura del segmento BLG

CAMPO	CONTENUTO
BLG-2	Indica se il paziente deve pagare oppure no le prestazioni
BLG-3	Codice esenzione. Da valorizzare se BLG-2 = "NC"
BLG-4	Questo campo indica il tipo di tariffa da applicare

Compilazione del segmento BLG**7.4.2.2 RAD-2: Cancellazione ordine**

Il messaggio ha la struttura seguente:

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
[---
PID	PATIENT begin
[Patient Identification
PV1	---
	PATIENT_VISIT begin
	Patient Visit

]	--- PATIENT_VISIT end
]	--- PATIENT end
{	--- ORDER begin
ORC	Common Order
[--- ORDER DETAIL begin
OBR	Order Detail
]	--- ORDER DETAIL end
}	--- ORDER end

Struttura del messaggio ORM^01 (Cancel)**7.4.2.2.1 Segmento MSH**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.1.1

7.4.2.2.2 Segmento PID

Il segmento PID contiene i dati obbligatori previsti dallo standard HL7.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name
8	1	IS	O		0001	Sex

Struttura del segmento PID

Per i dettagli sul contenuto e la valorizzazione dei campi vedi par. 7.2.1.4

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 1. identificativo univoco aziendale 2. tessera TEAM 3. tessera sanitaria 4. codice fiscale 5. codice STP
PID-5	Cognome e nome dell'assistito.
PID-8	Sesso. Da valorizzare, se disponibile.

Compilazione del 174egment PID**7.4.2.2.3 Segmento PV1**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
19	250	CX	O			Visit Number
51	1	IS	O		0326	Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-19	Identificativo dell'episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali) Contenuto: CX-1 = Identificativo episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che regista il contatto, CX-5 = Tipologia identificativa (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio Obbligatorio se il messaggio fa riferimento ad eventi di pazienti ricoverati, con ciclo di DH attivo, di PS
PV1-51	Deve essere valorizzato a "V".

Compilazione del segmento PV1**7.4.2.2.4 Segmento ORC**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
16	250	CE	O			Order Control Code Reason

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Deve assumere il valori "CA" (Cancel)
ORC-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Placer che genera richieste. Il campo è obbligatorio nelle integrazioni su PRI
ORC-3	Identificativo univoco (generato dal Filler) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Filler che riceve o genera richieste.
ORC-4	Identificativo univoco (generato dal Placer) che permette di raggruppare un insieme di ordini e di identifierli successivamente
ORC-16	Codice e Descrizione del motivo che ha portato all'azione indicata nel campo ORC-1 (ad es. il motivo della cancellazione dell'ordine o della sua modifica) Formato: CE-1 = codice CE-2 = descrizione

Compilazione del segmento ORC**7.4.2.3 RAD-3: Nuovo ordine**

Il messaggio ha la stessa struttura specificata per il messaggio ORM^O01 nello scenario Placer Order Management. L'unica differenza da applicare è nel campo “Order Control”, ORC-1, che deve assumere il valore “SN”; il campo ORC-2 viene valorizzato dall'Order Placer nel messaggio ORR di risposta. Il campo ORC-3 deve essere valorizzato con l'identificativo d'ordine generato dal Filler.

Il campo ORC-4 deve essere vaorizzato con l'identificativo di raggruppamento ricevuto dall'Order Placer sull'ordine iniziale.

7.4.2.4 RAD-3: Cancellazione ordine

Il messaggio ha la stessa struttura specificata per il messaggio ORM^O01 nello scenario Placer Order Management; in questo caso però il Filler deve utilizzare ORC-1 (“Order Control”) = “OC” (Order Cancelled).

7.4.2.5 RAD-3: Aggiornamento ordine

Il messaggio serve a segnalare il cambiamento di stato di una prestazione, ed ha la struttura seguente:

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
{	---
ORC	ORDER begin
[Common Order
OBR	---
[DG1]	ORDER_DETAIL begin
]	Order Detail
Diagnosis	
---	ORDER_DETAIL end
}	---
	ORDER end

Struttura del messaggio ORM^O01 (Status Update)

7.4.2.5.1 Segmento ORC

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R	Y	0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
5	2	ID	O		0038	Order Status
7	200	TQ	B			Quantity/Timing
16	250	CE	C			Order Control Code Reason
25	250	CWE	C			Order Status Modifier

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Deve assumere il valore "SC" (status change)
ORC-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Placer che genera richieste; lo stesso valore deve essere riportato nel campo OBR-2. Il campo è obbligatorio nelle integrazioni su PRI
ORC-3	Identificativo univoco (generato dal Filler) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Filler che riceve o genera richieste. Il campo è obbligatorio nelle integrazioni su PRI
ORC-4	Identificativo univoco che permette al Placer di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente.
ORC-5	Stato prestazione. Campo obbligatorio
ORC-7	<p>La componente TQ-5 è obbligatoria nel caso in cui il campo faccia riferimento a delle prestazioni aggiuntive per le quali è stata prodotta una nuova ricetta.</p> <p>Prima ripetizione:</p> <p>Indica quantità e priorità delle prestazioni associate</p> <p>TQ-1 = quantità</p> <p>TQ-4 = riporta la data e l'ora di inizio erogazione della prestazione. Formato YYYYMMDDHHMMSS</p> <p>TQ-5 = riporta la data e l'ora di fine erogazione della prestazione. Formato YYYYMMDDHHMMSS</p> <p>TQ-6 = codice della priorità. Può assumere i valori del gruppo 1 della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes</p> <p>Entrambi sono opzionali, se non specificati vanno intesi come quantità = 1, priorità = R (routine).</p> <p>Seconda ripetizione:</p> <p>Indica la classe di priorità di una impegnativa proveniente dal CUP</p> <p>TQ-6 = codice della classe di priorità. Può assumere i valori del gruppo 2 della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes</p>
ORC-16	<p>Codice e Descrizione del motivo che ha portato all'azione indicata nel campo ORC-1 (ad es. il motivo della cancellazione dell'ordine o della sua modifica)</p> <p>Formato:</p> <p>CE-1 = codice</p> <p>CE-2 = descrizione</p>
ORC-25	<p>Informazioni addizionali relativamente alle prestazioni erogate.</p> <ul style="list-style-type: none"> BNS = se il blocco della ricetta elettronica è stato comunicato al SISS con esito OK. BNN = se il blocco della ricetta elettronica è stato comunicato al SISS con esito NOK. BNA = se non si è potuto eseguire la verifica per indisponibilità di collegamento con il SISS.

Compilazione del segmento ORC

La compilazione del campo ORC-5 (order status) prevede i seguenti valori principali:

- SC – esame schedulato
- IP – esame in esecuzione
- DC – esame con stato IP interrotto a seguito della richiesta di cancellazione da parte dell'Order Placer
- A – esame eseguito e risultati disponibili
- CM – esame eseguito e referto disponibile sul Repository aziendale

Tipicamente per una visita ambulatoriale al CUP interessa solo che l'esame si sia concluso e quindi si può usare anche uno solo degli stati A e CM.

Per visite di pazienti in regime di ricovero o di pronto soccorso la successione dei due stati (nell'ordine prima A e poi CM) consente di distinguere quando l'esame si è concluso e sono disponibili dei risultati (che al PS o al Reparto possono essere inviati subito) e quando l'esame è stato refertato.

Ulteriori codifiche utilizzate nel campo ORC-5 per aggiornare lo stato della prestazione sono definite nella Tabella HL7 #0038.

7.4.2.5.2 Segmento OBR

Il segmento OBR è opzionale secondo gli scenari IHE, ma viene previsto per avere un riferimento alla prestazione effettuata e alla data/ora di esecuzione.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBR
2	22	EI	O			Placer Order Number
3	22	EI	O			Filler Order Number
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
7	26	TS	O			Observation Date/Time
8	26	TS	O			Observation End Date/Time
25	1	ID	C		0123	Result Status
27	200	TQ	O	Y		Quantity/Timing
32	200	NDL	O			Principal Result Interpreter
34	200	NDL	O			Technician
46	250	CE	O	Y	0411	Placer Supplemental Service Information
47	250	CE	O	Y	0411	Filler Supplemental Service Information
49	2	ID	O		0507	Result Handling

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Quando utilizzato, il campo deve essere impiegato per indicare il numero progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio
OBR-2	Numero d'ordine del richiedente. Se specificato, deve essere lo stesso codice utilizzato in ORC-2
OBR-3	Numero d'ordine assegnato dall'Order Filler. Se specificato, deve essere lo stesso codice utilizzato in ORC-3.
OBR-4	Prestazione richiesta. Formato: CE-1 = codice prestazione; CE-2 = descrizione prestazione, CE-3 = Nome del sistema di codifica.
OBR-7	Data e ora in cui è stata effettuato l'esame, formato YYYYMMDDHHMM[SS].
OBR-8	Data ritiro referto per prestazione
OBR-25	Stato della prestazione
OBR-27	Indica la quantità erogata. Formato: TQ-1: quantità, TQ-4: data e ora di inizio lavorazione (se applicabile), TQ-5: data e ora di fine lavorazione (se applicabile).
OBR-32	Medico che interpreta il risultato dell'esame e che è responsabile del referto da produrre NDL-1.1 = Identificativo NDL-1.2 = cognome medico NDL-1.3 = nome medico
OBR-34	Tecnico che ha effettuato l'esame NDL-1.1 = Identificativo NDL-1.2 = cognome tecnico NDL-1.3 = nome tecnico

OBR-46	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Placer (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare CE-2 = descrizione CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
OBR-47	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Filler (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare (Tabella UD #0411 – Supplemental Service Information Values) CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
OBR-49	modalità consegna del referto

Compilazione del segmento OBR**7.4.2.5.3 Segmento DGI**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. [7.4.2.1.10](#).

7.4.3 ORR^O02 – General Order Response

Rispetto ad un messaggio di ACK generico in un messaggio ORR^O02 sono presenti segmenti aggiuntivi ORC e OBR, mostrati in dettaglio nel seguito, i quali permettono ad un Order Placer e un Order Filler di comunicare e interagire ad un livello di dettaglio maggiore rispetto all'utilizzo del generico messaggio di ACK.

La struttura generale del messaggio ORR è la seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledge
[{ERR}]	Error
[--- RESPONSE begin
{	--- ORDER begin
ORC	Common Order
OBR	Order Detail
}	--- ORDER end
]	--- RESPONSE end

Struttura del messaggio ORR^O02

Di seguito sono illustrate le strutture del messaggio ORR^O02 utilizzato nei contesti di:

- RAD-2: Risposta alla richiesta di un nuovo ordine
- RAD-2: Risposta alla richiesta di cancellazione di un ordine
- RAD-3: risposta ad un nuovo ordine

Il segmento ORC non viene inserito nel caso in cui il messaggio di ORR^O02 riporti una condizione di errore (condizioni AE o AR nel campo MSA-1) che non riguardi la gestione della richiesta, situazione questa sufficientemente dettagliata con l'utilizzo del segmento ERR. Viene invece utilizzato nel caso in cui la richiesta inoltrata dall'Order Placer, sia essa di un nuovo ordine o di una cancellazione, venga presa correttamente in carico dall'Order Filler cioè senza errori di trasmissione o di struttura del messaggio (Risposta AA nel campo MSA-1) ma alla quale debba seguire una risposta più elaborata che definisca il tipo di azione intrapresa. (es. l'impossibilità di cancellare un ordine come richiesto ed eventualmente i motivi).

I due segmenti riporteranno un set minimo di informazioni relative all'ordine ricevuto, più alcuni campi dedicati a riportare informazioni sullo stato dell'ordine e sulle azioni eseguite.

7.4.3.1 RAD-2: risposta ad un nuovo ordine

7.4.3.1.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.1

7.4.3.1.2 Segmento MSA

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.3

7.4.3.1.3 Segmento ERR

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.4

7.4.3.1.4 Segmento ORC

Il segmento ORC è formato dai seguenti campi:

SEQ	LEN	DT	OPT	RP#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
16	250	CE	O			Order Control Code Reason

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Riporta il codice della risposta
ORC-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Placer che genera richieste; lo stesso valore deve essere riportato nel campo OBR-2
ORC-3	Identificativo univoco (generato dal Filler) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Filler che riceve o genera richieste;
ORC-4	Identificativo univoco che permette al Placer di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente
ORC-16	Codice e Descrizione del motivo che ha portato all'azione indicata nel campo ORC-1 (ad es. il motivo della cancellazione dell'ordine o della sua modifica) Formato: CE-1 = codice CE-2 = descrizione

Compilazione del segmento ORC

7.4.3.1.5 Segmento OBR

Il segmento OBR è così strutturato:

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBR
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
6	26	TS	O			Requested Date/Time
8	26	TS	O			Observation End Date/Time
21	60	ST	O			Filler Field 2

24	10	ID	O	Y	0074	Diagnostic Service Sector ID
36	26	TS	O	Y	Scheduled Date/Time	
46	250	CE	O	Y	0411	Placer Supplemental Service Information

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Quando utilizzato, il campo deve essere impiegato per indicare il numero progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio
OBR-2	Numero d'ordine del richiedente. In generale è lo stesso codice utilizzato in ORC-2 di richiesta
OBR-3	Il campo OBR-3, assegnato dall'Order Filler, può essere utilizzato per gestire ulteriori richieste applicative in merito allo stesso ordine. È lo stesso riportato nel campo ORC-3 di risposta
OBR-4	Prestazione richiesta. Formato: CE-1 = codice prestazione; CE-2 = descrizione prestazione, CE-3 = Nome del sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBR-6	Data ora della richiesta, formato YYYYMMDDHHMMSS, mantenuto per compatibilità con le versioni precedenti.
OBR-8	Data ritiro referto per prestazione
OBR-21	Identificativo univoco che permette al Filler di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Filler che genera richieste
OBR-24	Codice della disciplina di erogazione della prestazione (es. RAD).
OBR-36	Data ora schedulata per l'appuntamento, formato YYYYMMDDHHMMSS.
OBR-46	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Placer (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare CE-2 = descrizione CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).

Compilazione del segmento OBR**7.4.3.2 RAD-2: risposta ad una richiesta di cancellazione****7.4.3.2.1 Segmento MSH**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.1

7.4.3.2.2 Segmento MSA

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.3

7.4.3.2.3 Segmento ERR

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.4

7.4.3.2.4 Segmento ORC

Per il segmento ORC da utilizzare per richieste di cancellazione sono stati individuati i seguenti campi:

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
5	2	ID	O		0038	Order Status
9	26	TS	O			Date/Time of transaction
16	250	CE	O			Order Control Code Reason

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Riporta il codice della risposta
ORC-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Placer che genera richieste; lo stesso valore deve essere riportato nel campo OBR-2
ORC-3	Identificativo univoco (generato dal Filler) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Filler che riceve o genera richieste;
ORC-4	Identificativo univoco che permette al Placer di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente
ORC-5	Stato dell'ordine
ORC-9	Data e ora della richiesta, formato YYYYMMDDHHMMSS – il suo utilizzo può essere forzato per trasmettere il momento in cui l'ordine è passato nello stato indicato nel campo ORC-5 per un ordine non cancellabile altrimenti riporta normalmente la data della richiesta per un ordine cancellabile.
ORC-16	Codice e Descrizione del motivo che ha portato all'azione indicata nel campo ORC-1 (ad es. il motivo della cancellazione dell'ordine o della sua modifica) Formato: CE-1 = codice CE-2 = descrizione

Compilazione del segmento ORC

A seconda dello stato in cui si trova un ordine viene consentita oppure no la sua cancellazione. La tabella seguente mostra le diverse combinazioni di codici con i quali è possibile specificare le azioni eseguite dall'Order Filler e le condizioni del caso a seguito della richiesta di cancellazione.

ORC-1	ORC-5	Azione eseguita
CR	CA	L'ordine era già cancellato: implicitamente la richiesta di cancellazione è accettata
CR	ER	L'ordine non è stato trovato: implicitamente la richiesta di cancellazione è accettata
CR	DC	L'ordine è in stand-by ma non ancora avviato: è possibile cancellarlo
CR	SC	L'ordine è stato schedulato: è possibile cancellarlo
UC	CM	L'ordine è stato eseguito: non è possibile cancellarlo
UC	DC	L'ordine è in stand-by ma avviato: non è possibile cancellarlo
UC	IP	L'ordine è in corso: non può essere cancellato

Combinazioni di Order Control (ORC-1) e Order Status (ORC-5)**7.4.3.2.5 Segmento OBR**

Per i dettagli sulla compilazione del segmento OBR vedi 7.4.3.1.5

7.4.3.3 RAD-3: risposta ad un nuovo ordine

L'Order Placer che riceva un nuovo ordine dall'Order Filler deve rispondere con un messaggio ORR^O02 avente la struttura seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledge
[{ERR}]	Error
[--- RESPONSE begin
{	--- ORDER begin
ORC	Common Order
OBR	Order Detail
}	--- ORDER end

]	--- RESPONSE end	[
---	------------------	---

Struttura del messaggio ORR nello scenario RAD-3

Il campo ORC-1 deve essere valorizzato con “NA”.

7.4.4 ORU^R01 – Order Result Unsolicited

Il messaggio ORU^R01 viene usato dall’Order Filler per inviare i risultati degli esami richiesti dall’Order Placer. L’Order Placer risponde con un messaggio di ACK o di errore.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
{	--- PATIENT_RESULT begin
[--- PATIENT begin
PID	Patient Identification
[PV1]	Patient Visit
]	--- PATIENT end
{	--- ORDER_OBSERVATION begin
[ORC]	Order Common
OBR	Order Request
{OBX}	Observation Related to OBR
}	--- ORDER_OBSERVATION end
}	--- PATIENT_RESULT end

Struttura del messaggio ORU^R01**7.4.4.1 Segmento MSH**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.1.1

7.4.4.2 Segmento PID

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name
8	1	IS	O		0001	Sex

Struttura del segmento PID

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	<p>Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identificativo univoco aziendale 2. tessera TEAM ⁷⁶ 3. tessera sanitaria 4. codice fiscale 5. codice STP <p>CX-1 = Identificativo univoco dell’assistito. CX-4 = ente che ha assegnato il codice (Tab. UD #0363) CX-5 = tipo di identificativo (Tab HL7#0203) CX-6 = Nome Applicativo che ha generato l’identificativo anagrafico univoco. CX-7 = Data ultima variazione dei dati anagrafici sull’Anagrafe Regionale CX-8 = Data scadenza identificativo nel caso di Tessera TEAM o data assegnazione identificativo nel caso di codice STP (validità STP = 6 mesi) CX-9.3 = Sigla Nazione indicata sulla tessera TEAM CX-10.1 = Numero identificativo istituzione competente CX-10.2 = Descrizione Istituzione competente</p>

⁷⁶ Il numero di card TEAM non è previsto tra gli identificativi anagrafici. Nel caso di necessità di comunicare questo dato, deve essere veicolato con una ripetizione del PID-3 nel campo CX-1 e identificato con CX-5 = HC (come da tabella 0203)

CAMPO	CONTENUTO
PID-5	XPN-1 = Cognome dell'assistito XPN-2 = Nome dell'assistito
PID-8	Sesso. Da valorizzare, se disponibile.

7.4.4.3 Segmento PV1

Il segmento PV1 risulta opzionale secondo gli scenari IHE, tuttavia si suggerisce di prevederlo per avere un riferimento alla visita richiesta e al medico refertante.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
9	250	XCN	O	Y	0010	Consulting Doctor
19	250	CX	O			Visit Number
51	1	IS	O		0326	Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-9	Medico di riferimento per la prestazione eseguita (medico refertante). Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri Contenuto: XCN-1 = identificativo XCN-2 = cognome XCN-3 = nome XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO XCN-23 = ente di appartenenza (Tab UD#0363).
PV1-19	Identificativo dell'episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali) Contenuto: CX-1 = identificativo episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto, CX-5 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio Obbligatorio se il messaggio fa riferimento ad eventi di pazienti ricoverati, con ciclo di DH attivo, di PS
PV1-51	Indicatore visita. Si raccomanda di impostare a "V" = Visit Level.

Compilazione del segmento PV1

7.4.4.4 Segmento ORC

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
5	2	ID	O		0038	Order Status
7	200	TQ	B	Y		Quantity/Timing
8	200	EI	C			Parent
9	26	TS	O			Date/Time of transaction
10	120	XCN	O	Y		Entered By

12	120	XCN	O	Y		Ordering provider	
13	80	PL	O			Enterer's location	
14	250	XTN	O	Y/2		Call Back Phone Number	
15	26	TS	O			Order Effective Date/Time	
16	250	CE	O			Order Control Code Reason	
18	250	CE	O			Entering Device	
20	250	CE	O		0339	Advanced Beneficiary Notice Code	

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Deve assumere il valore "SC"
ORC-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Placer che genera richieste; lo stesso valore deve essere riportato nel campo OBR-2
ORC-3	Identificativo univoco (generato dal Filler) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Filler che riceve o genera richieste; questo campo è quindi vuoto quando il Placer genera un nuovo ordine
ORC-4	Identificativo univoco che permette al Placer di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Placer che genera richieste, nel caso di un CUP può coincidere con il numero di prenotazione
ORC-5	Stato della prestazione
ORC-7	Indica quantità e priorità delle prestazioni associate TQ-1 = quantità, TQ-6 = codice della priorità. Può assumere i valori del gruppo 1 della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes Entrambi sono opzionali, se non specificati vanno intesi come quantità = 1, priorità = R (routine). Seconda ripetizione: Indica la classe di priorità di una impegnativa proveniente dal CUP TQ-6 = codice della classe di priorità. Può assumere i valori del gruppo 2 della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes
ORC-8	Il campo viene riservato al codice IUP della prescrizione ⁷⁷ ; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46
ORC-9	Data e ora della richiesta, formato YYYYMMDDHHMM[SS]
ORC-10	Operatore che ha inserito nell'applicativo i dati della richiesta Contenuto: XCN-1 = Codice Fiscale o Codice Regionale MMG; XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-15 = Username XCN-23 = Assigning Department (Tab UD#0363).
ORC-12	Medico responsabile della richiesta Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri (es. matricola) Contenuto: XCN-1 = Codice; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome XCN-8 = Provenienza paziente (Tab UD #0297) XCN-13 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363)
ORC-13	Servizio o reparto che ha richiesto le prestazioni specialistiche. Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio; PL-8 = piano

⁷⁷ Questo assegnamento è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo.

	PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio
ORC-14	Recapito telefonico dell'operatore che ha inserito i dati della richiesta XTN-12 = Numero di telefono
ORC-15	Data di compilazione della ricetta
ORC-16	Codice e Descrizione del motivo che ha portato all'azione indicata nel campo ORC-1 (ad es. il motivo della cancellazione dell'ordine o della sua modifica) Formato: CE-1 = codice CE-2 = descrizione
ORC-18	Postazione sulla quale è stata effettuata la richiesta.
ORC-20	Tipologia della ricetta. CE-1 = codice del tipo ricetta CE-2 = descrizione

Compilazione del segmento ORC**7.4.4.5 Segmento OBR**

Il segmento OBR viene inteso dal profilo IHE come testata del report, pertanto per ogni esame effettuato ci sarà un segmento OBR relativo.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-OBR
2	22	EI	R			Placer Order Number
3	22	EI	R			Filler Order Number
4	200	CE	R			Universal Service ID
7	26	TS	R			Observation Date/Time
21	60	ST	O			Filler Field 2
25	1	ID	R	0123		Result Status

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Quando utilizzato, il campo deve essere impiegato per indicare il numero progressivo della ripetizione del segmento OBR
OBR-2	Numero d'ordine del richiedente.
OBR-3	Numero d'ordine assegnato dall'Order Filler.
OBR-4	Prestazione richiesta. Formato: CE-1 = codice prestazione; CE-2 = descrizione prestazione, CE-3 = Nome del sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBR-7	Data e ora in cui è stata effettuata la rilevazione clinica, formato YYYYMMDDHHMM[SS].
OBR-21	Identificativo univoco che permette al Filler di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Filler che genera richieste
OBR-25	Stato della prestazione

Compilazione del segmento OBR**7.4.4.6 Segmento OBX**

Il segmento OBX conterrà il risultato osservato effettuando l'esame richiesto; a seconda degli esami si potranno avere più risultati, pertanto per ogni segmento OBR ci potranno essere più segmenti OBX.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-OBX
2	3	ID	R		0125	Value Type

3	80	CE	R			Observation Identifier
4	20	ST	C			Observation Sub-ID
5	655536	*	R	Y	0085	Observation Value
11	1	ID	R			Observation Result Status

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
OBX-2	Indica il formato del campo OBX-5. Nel caso di riferimenti a immagini va valorizzato con: RP = per la comunicazione di link ad altri documenti TX = per la comunicazione del testo del referto
OBX-3	Codice identificativo del tipo di informazione trasportata. Formato: Link Immagini CE-1 = 'Study-OID' CE-2 = "linkAllegato" CE-3 = "ISO" Testo del referto CE-1 = "11528-7" CE-2 = "Study.total" CE-3 = "LN" CE-4 = identificativo univoco del testo del referto. Deve essere mantenuto invariato per i successivi aggiornamenti del testo
OBX-4	Progressivo usato per distinguere segmenti OBX multipli all'interno dello stesso identificativo univoco OBX-3.
OBX-5	Dato o Valore osservato relativamente all'esame richiesto. Testo Referto TX-1 = testo del referto Link Immagini RP-1 = Identificativo univoco dell'immagine nel sistema di archiviazione (obbligatorio). RP-2 = Identificativo del sistema di archiviazione delle immagini RP-3 = codice identificativo della tipologia dell'osservazione (es. nel caso di immagini valorizzare con 'IM'). Vedi Tab HL7 0191 RP-4 = codice identificativo del formato dell'osservazione (es. 'DICOM'). Vedi Tab HL7 #0291
OBX-11	Indica lo stato in cui i risultati si trovano.

Compilazione del segmento OBX**7.4.4.7 Casi d'uso del messaggio ORU^R01**

Di seguito elenchiamo due possibili usi del messaggio ORU^R01. Non è previsto l'utilizzo ibrido dei due scenari all'interno del medesimo messaggio.

Comunicazione di risultati degli esami erogati – Deprecato

In questo caso il messaggio sarà costruito elencando un segmento OBR per ogni esame erogato e per ogni esame erogato potranno esserci più segmenti OBX con tutti i risultati evidenziati.

OBR|1|0010|0234|Esame 1
OBX|1|TX|XXX|1|Primo risultato riscontrato|||||F
OBX|2|TX|XXX|2|Secondo risultato riscontrato|||||F
OBX|3|TX|XXX|3|Terzo risultato riscontrato|||||F
OBX|4|TX|XXX|4|Quarto risultato riscontrato|||||F
ecc.

7.4.4.7.1 Comunicazione del testo del referto

Il messaggio ORU^R01 è usato per riportare il testo del referto relativo ad una serie di esami; qualora, a fronte di una medesima richiesta contenente più prestazioni, dovessero generarsi n referti, dovranno essere prodotti n messaggi ORU^R01, ciascuno contenente il testo di un referto.

Ogni messaggio sarà composto da tante coppie ORC-OBR quante sono le prestazioni refertate; relativamente al primo segmento OBR (relativo alla prima prestazione a cui il referto si riferisce) sarà sufficiente riportare un unico segmento OBX contenente il testo del referto. In alternativa è comunque ammesso l'utilizzo di n segmenti OBX, uno per ogni riga del testo del referto.

OBR|1|0010|0234

|Esame 1

OBX|1|TX|11528-7^ Study.total^ LN^123456|1|Testo del referto|||||F

ecc.

in alternativa

OBR|1|0010|0234|Esame 1

OBX|1|TX|11528-7^ Study.total^ LN^123456|1|Questa è la prima riga del referto|||||F

OBX|2|TX|11528-7^ Study.total^ LN^123456|2|Questa è la seconda riga del referto|||||F

OBX|3|TX|11528-7^ Study.total^ LN^123456|3|Questa è la terza riga del referto|||||F

OBX|4|TX|11528-7^ Study.total^ LN^123456|4|Questa è la quarta riga del referto|||||F

ecc.

7.4.4.7.1.1 Aggiornamenti testo e prestazioni

Per gestire correttamente e completamente l'attività di aggiornamento del testo è possibile associare un identificativo univoco del testo del referto (ripetuto su ogni obx); a parità di identificativo ricevuto l'Order Placer può interpretare il messaggio ORU come aggiornamento di un invio precedente sia come testo che come elenco prestazioni.

Ad ogni aggiornamento deve essere reinviato l'intero testo del referto aggiornato.

In assenza di identificativo univoco l'elenco delle prestazioni refertate può essere utilizzato per interpretare un nuovo messaggio come aggiornamento del precedente o come nuovo documento in base alle prestazioni inviate e gli identificativi ORC-2, ORC-3 e ORC-4.

- Sarà considerato aggiornamento del precedente documento se il messaggio contiene lo stesso elenco di prestazioni o con prestazioni aggiuntive.
- Sarà considerato un nuovo documento il testo ricevuto con messaggio che contenga prestazioni diverse o mancanti rispetto all'invio precedenti

L'uso dell'identificativo univoco per interpretazione degli aggiornamenti piuttosto che delle prestazioni va concordata tra le parti.

L'EPR della PRI basa l'interpretazione degli aggiornamenti sul set di prestazioni associate al messaggio secondo i casi sopra descritti.

7.4.4.7.2 Comunicazione di URL immagini

OBX|1|RP|Study-OID^linkAllegato^ISO|1|1.3.6.1.4.1.21500.1.1.1.0.0.12376553^Pacs-Name^IM^DICOM|||||F

Dove *Pacs-Name* identifica il sistema di archiviazione dell'immagine.

7.4.5 OMG^O19 – General Clinical Order Message

Di seguito è riportata la struttura del messaggio OMG^O19 e le modalità di compilazione applicata agli scenari:

- AMB-1: richiesta di un nuovo ordine / aggiornamento di un ordine
- AMB-1: cancellazione di un ordine
- AMB-2: nuovo ordine
- AMB-2: cancellazione ordine
- AMB-2: aggiornamento ordine
- CCE-1: richiesta di un nuovo ordine
- CCE-1: cancellazione di un ordine
- CCE-2: nuovo ordine
- CCE-2: cancellazione ordine
- CCE-2: aggiornamento ordine

7.4.5.1 AMB-1: richiesta nuovo ordine / Aggiornamento di un ordine

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
[--- PATIENT begin
PID	Patient Identification
[PD1]	Additional Demographic
[{NTE}]	Notes and Comments
[--- PATIENT_VISIT begin
PV1	Patient Visit
[PV2]	Patient Visit – Additional Info
]	--- PATIENT_VISIT end
[{AL1}]	Allergy information
]	--- PATIENT end
{	--- ORDER begin
ORC	Common Order
[{TQ1}]	Quantity / Timing
OBR	Order Detail
[NTE]	Notes and Comments (for Details)
[CTD]	Contact Data
[{DG1}]	Diagnosis
[{OBX}]	Observation Segment
[{FT1}]	Financial transaction Segment
[BLG]	Billing Segment
}	--- ORDER end

Struttura del messaggio OMG^O19

7.4.5.1.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.1.1

7.4.5.1.2 Segmento PID

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.2.1.2

7.4.5.1.3 Segmento PDI

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.2.1.3.

7.4.5.1.4 Segmento NTE

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.2.1.4

7.4.5.1.5 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
3	80	PL	O			Assigned Patient Location
5	250	CX	O			Preadmit Number
9	250	XCN	B	Y		Consulting Doctor
11	80	PL	O			Temporary Location
15	2	IS	O	Y	0009	Ambulatory Status
19	250	CX	O			Visit Number
44	26	TS	O			Admit Date/Time
47	12	NM	O			Total Charges
48	12	NM	O			Total Adjustments
49	12	NM	O			Total Payments
50	250	CX	O		0203	Alternate Visit ID
51	1	IS	O		0326	Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia. Nello scenario delle prestazioni ambulatoriali sono utilizzati tipicamente i valori: E - Emergency, O - Outpatient, C - After Dismission.
PV1-3	Reparto di ricovero del paziente (per pazienti interni). Formato: PL-1 = codice reparto(obbligatorio); PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-7 = codice dell'ambulatorio; PL-9 = descrizione per esteso del reparto (obbligatorio); PL-10 = codice del presidio
PV1-5	Numero di chiamata in sala Formato: CX-1: ID Number Nel caso in cui il messaggio di ordine sia associato ad un paziente ricoverato (o che si trova in attesa di ricovero), il campo può essere utilizzato per indicare l'identificativo del prericovero Formato: CX-1 = Numero di pre-ricovero CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto CX-5 = "VN"
PV1-9	Medico a cui è rivolta la richiesta. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri Contenuto: XCN-1 = identificativo XCN-2 = cognome

	<p>XCN-3 = nome XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO XCN-23 = ente di appartenenza (Tab UD#0363).</p>
PV1-11	<p>Reparto "assistenziale" del paziente o luogo dove eseguire l'esame. Ad esempio in Sala Operatoria o presso il reparto di ricovero. Contenuto: PL-1 = codice reparto; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto PL-10 = codice del presidio</p>
PV1-15	Informazione sulle possibili limitazioni fisiche di del paziente, ad esempio un paziente a rischio caduta, che potrebbero richiedere assistenza del personale sanitario durante l'esecuzione dell'esame .
PV1-19	<p>Identificativo dell'episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali) Contenuto: CX-1 = identificativo episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che regista il contatto, CX-5 = Tipologia identificativa (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio Obbligatorio se il messaggio fa riferimento ad eventi di pazienti ricoverati, con ciclo di DH attivo, di PS</p>
PV1-44	Data e ora dell'accettazione amministrativa. Per le integrazioni con il reparto e con il PS, se valorizzato, contiene data e ora di inizio dell'episodio a cui la richiesta fa riferimento.
PV1-47	Costo totale degli esami dovuto.
PV1-48	Totale differenza tra dovuto e pagato.
PV1-49	Costo totale degli esami pagato.
PV1-50	<p>Identificativo della richiesta di ricovero assegnato dall'applicativo gestionale delle liste dei ricoveri Formato: CX-1 = Identificativo CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo. Valori ammessi: • LA – per l'id della lista di ricovero CX-5 = "MRT" per l'id di lista di ricovero. CX-10 = codice del presidio</p>
PV1-51	Deve essere valorizzato a "V".

Compilazione del segmento PV1**7.4.5.1.6 Segmento AL1**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par 0

7.4.5.1.7 Segmento PV2

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
24	2	IS	O		0216	Patient Status Code
25	1	IS	O		0217	Visit Priority Code
38	250	CE	O		0430	Mode of Arrival Code
45	250	CE	O	Y	0435	Advance Directive Code

Struttura del segmento PV2

CAMPO	CONTENUTO
-------	-----------

PV2-24	Stato dell'assistito
PV2-25	Classe di priorità dell'accesso.
PV2-38	Indica la modalità con cui il paziente si presenta presso la struttura
PV2-45	Indica ulteriori richieste di gestione relative all'ordine. Ogni ripetizione prevede la gestione di una opzione <ul style="list-style-type: none"> • Richiesta di oscuramento • Richiesta di stampa o non stampa del referto

Compilazione del segmento PV2**7.4.5.1.8 Segmento ORC**

Per quanto riguarda i segmenti ORC ed OBR, dove il segmento ORC individua l'appuntamento ed OBR individua il dettaglio della prestazione, si richiede che per ogni prestazione richiesta sia presente nel messaggio una coppia ORC-OBR; ad esempio, se il messaggio riporta una richiesta di tre prestazioni, il messaggio HL7 conterrà tre coppie di segmenti ORC-OBR.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
5	2	ID	O		0038	Order Status
7	200	TQ	R	Y		Quantity/Timing
8	200	EI	C			Parent
9	26	TS	O			Date/Time of transaction
10	120	XCN	O	Y		Entered By
12	120	XCN	O	Y		Ordering provider
13	80	PL	O			Enterer's location
14	250	XTN	O	Y/2		Call Back number
15	26	TS	O			Order Effective Date/Time
16	250	CE	O			Order Control Code Reason
18	250	CE	O			Entering Device
20	250	CE	O		0339	Advanced Beneficiary Notice Code

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Riporta il codice della richiesta. "NW" – richiesta di un nuovo ordine "RP" – modifica dei dati amministrativi di un ordine
ORC-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Placer che genera richieste; lo stesso valore deve essere riportato nel campo OBR-2
ORC-3	Identificativo univoco (generato dal Filler) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Filler che riceve o genera richieste; questo campo è quindi vuoto quando il Placer genera un nuovo ordine
ORC-4	Identificativo univoco che permette al Placer di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Placer che genera richieste, nel caso di un CUP può coincidere con il numero di prenotazione
ORC-5	Il campo non deve essere valorizzato nell'ambito di questo scenario.
ORC-7	Prima ripetizione: Indica quantità e priorità delle prestazioni associate TQ-1 = quantità, TQ-6 = codice della priorità. Può assumere i valori del gruppo 1 della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes Entrambi sono optionali, se non specificati vanno intesi come quantità = 1, priorità = R (routine). Seconda ripetizione: Indica la classe di priorità di una impegnativa proveniente dal CUP TQ-6 = codice della classe di priorità. Può assumere i valori del gruppo 2 della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes

ORC-8	Il campo viene riservato al codice IUP della prescrizione; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46
ORC-9	Data e ora della richiesta, formato YYYYMMDDHHMMSS.
ORC-10	Operatore che inserisce nell'applicativo i dati della richiesta Contenuto: XCN-1 = Codice Fiscale o Codice Regionale MMG XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-15 = Username XCN-23 = Assigning Department (Tab UD#0363).
ORC-12	Medico responsabile della richiesta Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri (es. matricola) Contenuto: XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-8 = Provenienza paziente (Tab UD #0297) XCN-13 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).
ORC-13	Servizio o reparto richiedente le prestazioni specialistiche. Per le prestazioni richieste per i dipendenti aziendali nell'ambito della "medicina del lavoro" il campo deve essere obbligatoriamente valorizzato con il codice reparto "medicina del lavoro" censito sulla Piattaforma Regionale. In caso contrario il documento clinico prodotto sulla richiesta di erogazione non verrà associato al dossier del dipendente aziendale Contenuto: PL-1 = codice reparto - obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto - obbl PL-10 = codice del presidio
ORC-14	Recapito telefonico dell'operatore che inserisce i dati della richiesta XTN-12 = Numero di telefono
ORC-15	Data di compilazione della ricetta.
ORC-16	Codice e Descrizione del motivo che ha portato all'azione indicata nel campo ORC-1 (ad es. il motivo della cancellazione dell'ordine o della sua modifica) Formato: CE-1 = codice CE-2 = descrizione
ORC-18	Postazione sulla quale viene effettuata la richiesta.
ORC-20	Tipologia della ricetta. CE-1 = codice del tipo ricetta CE-2 = descrizione

Compilazione del segmento ORC**7.4.5.1.9 Segmento TQ1**

Il segmento TQ1 viene utilizzato per riportare dati che interessano le modalità temporali di svolgimento degli esami, quantità di servizi da erogare e altre informazioni utili alla preparazione di un esame.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – TQ1
2	20	CQ	O			Quantity
3	540	RPT	O	Y	0335	Repeat Pattern
5	20	CQ	O	Y		Relative Time and Units
6	20	CQ	O			Service Duration
9	250	CWE	R		0485	Priority
13	20	CQ	O			Occurrence Duration

Struttura del segmento TQ1

CAMPO	CONTENUTO
TQ1-1	Progressivo riga all'interno del messaggio. Di solito è presente una sola occorrenza del segmento quindi può essere omesso
TQ1-2	Qualora fosse necessario indicarla può essere inserita la "quantità" delle prestazioni erogate ad es. il numero di volte che deve essere ripetuto un certo esame. Per default è "1".
TQ1-3	Questo campo può specificare la frequenza e le condizioni di erogazione del servizio. Può indicare anche delle condizioni in cui si svolgerà la prestazione. Questo campo può essere ripetuto per specificare più condizioni di esecuzione e di tempo per lo stesso esame
TQ1-5	Questo campo specifica l'intervallo di tempo che intercorre tra le schedulazioni del servizio richiesto.
TQ1-6	Può specificare ulteriori dettagli sull'erogazione della prestazione. Es. 3^d: per tre giorni
TQ1-9	La prima ripetizione contiene uno dei possibili valori del gruppo 1 della tabella La seconda ripetizione contiene uno dei possibili valori del gruppo 2 della tabella
TQ1-13	Indica la durata di ogni intervallo di erogazione. Es: 20^m: 20 minuti

Compilazione del segmento TQ1**7.4.5.1.10 Segmento OBR**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBR
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
6	26	TS	B			Requested Date/Time
8	26	TS	O			Observation End Date/Time
11	1	ID	O			Specimen Action Code
13	300	ST	O			Relevant Clinic Information
15	300	SPS	B			Specimen Source
16	250	XCN	O	Y		Ordering Provider
17	250	XTN	O	Y/2		Order Callback Phone Number
18	60	ST	O			Placer Field #1
19	60	ST	O			Placer Field #2
21	60	ST	O			Filler Field 2
24	10	ID	O		0074	Diagnostic Service Sector ID
25	1	ID	C		0123	Result Status
27	200	TQ	B	Y		Quantity/Timing
30	20	ID	O		0124	Transportation Mode
31	250	CE	O	Y		Reason for study
32	200	NDL	O			Principal Result Interpreter
36	26	TS	O			Scheduled Date/Time
46	250	CE	O	Y	0411	Placer Supplemental Service Information
47	250	CE	O	Y	0411	Filler Supplemental Service Information
49	2	ID	O		0507	Result Handling

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Quando utilizzato, il campo deve essere impiegato per indicare il numero progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio
OBR-2	Numero d'ordine del richiedente. È lo stesso valore del campo ORC-2
OBR-3	Il campo ORC-3 non deve essere valorizzato in questo scenario, in quanto assegnato dall'Order Filler
OBR-4	Prestazione richiesta. Formato: CE-1 = codice prestazione; CE-2 = descrizione prestazione, CE-3 = sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBR-6	Data ora della richiesta, formato YYYYMMDDHHMMSS, mantenuto per compatibilità con le versioni precedenti.
OBR-8	Data ritiro referto per prestazione
OBR-11	Valori ammessi (vedi Tab. HL7 #0065):

	P – sugli ordini relativi a prestazioni per le quali l'erogatore deve produrre una ricetta
OBR-13	Quesito Diagnostico testuale. Da usare per riportare il testo del quesito non codificato. Se il QD è codificato va utilizzato il campo FT1-19
OBR-15	Il campo è mantenuto per compatibilità
OBR-16	Se presente deve essere compilato come il campo ORC-12
OBR-17	Recapito telefonico del medico responsabile della richiesta XTN-12 = Numero di telefono
OBR-18	Codice RUR Può essere valorizzato sia dall'Order Placer sia dall'Order Filler; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46
OBR-19	Numero progressivo delle impegnative (1 per la prima impegnativa, 2 per la seconda e così via). Questo campo permette di raggruppare le prestazioni per impegnativa, assegnando ad ogni esame un numero che indica a quale impegnativa deve appartenere; in particolare permette all'Order Filler di indicare all'Order Placer su quale impegnativa aggiungere le prestazioni erogate in più
OBR-21	Identificativo univoco che permette al Filler di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Filler che genera richieste
OBR-24	Codice della disciplina di erogazione della prestazione
OBR-25	In fase di invio dell'ordine deve essere lasciato vuoto.
OBR-27	Intervallo di data/ora richiesta per l'appuntamento. Da utilizzare nel caso di richieste di schedulazione Formato TQ-1: quantità TQ-2: nel caso di appuntamenti ripetuti indica l'intervallo di tempo tra due appuntamenti (Tab HL7#0335) TQ-4: data/ora di inizio appuntamento; valorizzare solo TQ-4 indica una data a partire dalla quale si richiede l'appuntamento TQ-5: data/ora di fine appuntamento; valorizzare solo TQ-5 indica una data entro la quale si richiede l'appuntamento TQ-6: urgenza della richiesta. Può assumere i valori del gruppo 1 della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes TQ-11: durata richiesta per l'appuntamento; nel caso di appuntamenti ripetuti misura la durata del singolo appuntamento TQ-12: numero di appuntamenti, nel caso di appuntamenti ripetuti Il campo è ripetibile e consente quindi di fornire un insieme di intervalli di preferenza.
OBR-30	Stato di mobilità del paziente
OBR-31	Modalità di erogazione Formato: CE-1 = codice (vedi Tab Tabella SISS - Modalità Erogazione) CE-2 = descrizione; CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBR-32	Medico destinatario della richiesta di erogazione NDL-1.1 = Identificativo NDL-1.2 = cognome medico NDL-1.3 = nome medico
OBR-36	Data ora schedulata per l'appuntamento, formato YYYYMMDDHHMMSS.
OBR-46	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Placer (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare CE-2 = descrizione CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
OBR-47	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Filler (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare (Tabella UD #0411 – Supplemental Service Information Values) CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
OBR-49	modalità consegna del referto

Compilazione del segmento OBR**7.4.5.1.11 Segmento NTE**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.2.1.10

7.4.5.1.12 Segmento CTD

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	250	CE	R	Y	0131	Contact Role
2	250	XPN	O	Y		Contact Name
3	250	XAD	O	Y		Contact Address
4	60	PL	O			Contact Location
5	250	XTN	O	Y		Contact Communication Information
7	100	PLN	O	Y		Contact Identifiers

Struttura del segmento CTD

CAMPO	CONTENUTO
CTD-1	Valorizzare con il valore fisso "A"
CTD-2	Cognome e nome del paziente
CTD-3	indirizzo di spedizione nel caso abbia scelto modalità di invio per posta; questo campo è in alternativa a CTD-4 e CTD-5. XAD-1.2 = Nome della via. XAD-1.3 = Numero civico. XAD-4 = sigla della provincia XAD-9 = codice ISTAT Comune italiano oppure il codice del comune estero. Nel caso di comune estero il codice deve essere prefissato dal carattere 'E'
CTD-4	sede della AO dove ritirare il referto nel caso non venga spedito; questo campo è in alternativa a CTD-3 e CTD-5 PL-7=sede di ritiro
CTD-5	e-mail di spedizione nel caso la modalità sia di invio elettronico; questo campo è in alternativa a CTD-3 e CTD-4 XTN-4=indirizzo mail
CTD-7	Identificativo ID BDA del paziente

Compilazione del segmento CTD

7.4.5.1.13 Segmento DG1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-DG1
3	60	CE	O		0051	Diagnosis Code – DG1
4	40	ST	B			Diagnosis Description
5	26	TS	O			Diagnosis Date/Time
6	2	IS	R		0052	Diagnosis Type
15	2	ID	O		0359	Diagnosis Priority
16	60	XCN	O	Y		Diagnosing Clinician
18	1	ID	O		0136	Confidential Indicator
20	427	EI	O			Diagnosis Identifier

Struttura del segmento DG1

CAMPO	CONTENUTO
DG1-1	Progressivo riga all'interno del segmento DG1.
DG1-3	Codice della diagnosi. CE-1 = codice diagnosi; CE-2 = descrizione diagnosi, CE-3 = sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
DG1-4	Note aggiuntive sulla diagnosi
DG1-5	Data e ora in cui è stata effettuata la diagnosi, formato YYYYMMDD[HH][MM][SS]].
DG1-6	tipo di diagnosi, da valorizzare con "DE".
DG1-15	priorità della diagnosi.
DG1-16	Medico responsabile della diagnosi. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno dell'AO (es. matricola del medico) Contenuto: XCN-1 = Identificativo;

	XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).
DG1-18	Campo che indica se la diagnosi è confidenziale oppure no.
DG1-20	Identificativo univoco della diagnosi

Compilazione del segmento DG1**7.4.5.1.14 Segmento OBX**

Per la specifica di alcuni dati relativi al paziente quali l'altezza, il peso o anche uno stato di gravidanza è possibile utilizzare uno o più segmenti OBX.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O	Y	0125	Set ID – OBX
2	2	ID	C			Value Type
3	250	CE	R			Observation Identifier
5	99999	Varies	C			Observation Value
6	250	CE	O			Units
11	1	ID	R			Observation Result Status

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
OBX-2	Indica il formato del campo OBX-5
OBX-3	Identificativo univoco assegnato al risultato osservato. Contenuto: CE-1 = identificativo univoco, CE-2 = descrizione testuale.
OBX-5	Dato o valore da riportare.
OBX-6	Unità di misura. Contenuto: CE-1 = codice unità CE-2 = descrizione unità di misura CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBX-11	Stato dell'osservazione. Valori ammessi "F"

Compilazione del segmento OBX

Il segmento OBX viene utilizzato anche per trasportare i campi numeroNotaMef, condErogabilitaMef, approprPrescrittiva e patologia; per la compilazione di questi campi si rimanda al paragrafo 7.4.2.1.13.

7.4.5.1.15 Segmento FT1

Per fornire indicazioni sul pagamento (e quindi per ogni coppia ORC-OBR) potrà essere presente anche un segmento FT1 con il dettaglio delle informazioni di cassa.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O	Y	0017	Set ID – FT1
4	53	DR	R			Transaction Date
6	8	IS	R			Transaction Type
7	250	CE	R			Transaction Code
11	12	CP	O			Transaction Amount – Extended
12	12	CP	O			Transaction Amount – Unit

14	250	CE	O		0072	Insurance Plan ID
19	250	CE	O			Diagnosis Code – FT1
22	12	CP	O			Unit Cost
25	250	CE	O		0088	Procedure Code
26	250	CE	O	Y	0340	Procedure Code Modifier

Struttura del segmento FT1

CAMPO	CONTENUTO
FT1-1	Progressivo delle ripetizioni del segmento FT1
FT1-4	Data e ora della transazione, nel formato YYYYMMDDHHMMSS.
FT1-6	Questo campo contiene un codice che indica il tipo di transazione
FT1-7	Questo campo contiene un codice che serve ad identificare il tipo di transazione
FT1-11	Costo totale dell'impegnativa a cui appartiene la prestazione
FT1-12	Questo campo contiene il costo del singolo esame. Da non compilare per le integrazioni PS di prestazioni in codice bianco
FT1-14	In regime di libera professione utilizzare questo campo per riportare il contratto di riferimento del listino applicato: CE-1: codice contratto CE-2: descrizione contratto CE-3: tipo contratto
FT1-19	Codice e descrizione del quesito diagnostico codificato o del criterio di erogabilità. NOTA: per il quesito diagnostico solo testuale non codificato usare il campo OBR-13. Contenuto: CE-1: codice quesito diagnostico o codice criterio di erogabilità CE-2: descrizione quesito diagnostico o descrizione criterio di erogabilità CE-3: nome del sistema di codifica (Tab HL7 #0396)
FT1-22	Valore della quota variabile di una impegnativa
FT1-25	Questo campo permette di definire la tipologia di regime di erogazione della prestazione (es. Protocolli di cura) (Tab. HL7 #0088). Contenuto: CE-1: codice della tipologia del regime di erogazione CE-2: descrizione della tipologia del regime di erogazione
FT1-26	Questo campo dettaglia i regimi di erogazione delle prestazioni definiti in termini di codice e descrizione (Tabella HL7 #0340 – Procedure Code Modifier). Si prevede una sola ripetizione di questo campo per indicare il regime di erogazione da associare alla prestazione. Contenuto: CE-1: codice del regime di erogazione CE-2: descrizione del regime di erogazione

Compilazione del segmento FT1**7.4.5.1.16 Segmento BLG**

Il segmento BLG contiene alcune informazioni sull'impegnativa associata agli esami (esente, non esente, richiesta di prestazioni in libera professione o servizio sanitario nazionale, etc.).

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	50	DT	O		0122	Charge Type
3	100	CX	O			Account ID
4	60	CWE	O		0475	Charge Type Reason

Struttura del segmento BLG

CAMPO	CONTENUTO
BLG-2	Indica se il paziente deve pagare oppure no le prestazioni
BLG-3	Codice esenzione. Da valorizzare se BLG-2 = "NC"
BLG-4	Questo campo indica il tipo di tariffa da applicare

Compilazione del segmento BLG

7.4.5.2 AMB-1: cancellazione ordine

Il messaggio ha la struttura seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
[---
PID	PATIENT begin
[Patient Identification
PV1	---
]	PATIENT_VISIT begin
Patient Visit	---
]	PATIENT_VISIT end
]	PATIENT end
{	---
ORC	ORDER begin
[Common Order
OBR	---
]	ORDER DETAIL begin
Order Detail	---
}	ORDER DETAIL end

	ORDER end

Struttura del messaggio OMG^O19 (Cancel)

7.4.5.2.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.1.1

7.4.5.2.2 Segmento PID

Il segmento PID contiene un set minimo di informazioni sul paziente in quanto si suppone che il dato anagrafico del paziente cui si riferisce l'ordine sia stato notificato secondo uno degli scenari enunciati in precedenza; in sostanza contiene il riferimento all'anagrafica del paziente, il cognome e nome, il codice fiscale, il sesso.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	20	ST	R	Y		Patient Identifier List
5	48	XPN	R	Y		Patient Name
8	1	IS	O		0001	Sex

Struttura del segmento PID

Per i dettagli sul contenuto e la valorizzazione dei campi vedi Profilo PAM – segmento PID.

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 1. identificativo univoco aziendale 2. tessera TEAM 3. tessera sanitaria 4. codice fiscale 5. codice STP
PID-5	Cognome e nome dell'assistito.
PID-8	Sesso. Da valorizzare, se disponibile.

Compilazione del 198segment PID

7.4.5.2.3 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
19	250	CX	O			Visit Number
50	250	CX	O		0203	Alternate Visit ID
51	1	IS	O			Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-19	Identificativo dell'episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali) Contenuto: CX-1 = identificativo episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto, CX-5 = Tipologia identificativa (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio Obbligatorio se il messaggio fa riferimento ad eventi di pazienti ricoverati, con ciclo di DH attivo, di PS
PV1-50	Identificativo della richiesta di ricovero assegnato dall'applicativo gestionale delle liste dei ricoveri Formato: CX-1 = Identificativo CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo. Valori ammessi: • LA – per l'id della lista di ricovero CX-5 = "MRT" per l'id di lista di ricovero. CX-10 = codice del presidio
PV1-51	Deve essere valorizzato a "V".

Compilazione del segmento PV1**7.4.5.2.4 Segmento ORC**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Deve assumere il valore "CA" (Cancel)
ORC-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) dell'ordine
ORC-3	Identificativo univoco (generato dal Filler) dell'ordine

Compilazione del segmento ORC**7.4.5.3 AMB-2: richiesta nuovo ordine**

Il messaggio ha la stessa struttura specificata per il messaggio OMG^O19 nello scenario Placer Order Management.

Le uniche differenze da applicare sono:

- Il campo "Order Control", ORC-1, deve assumere il valore "SN"
- Il campo "Placer Order Number" ORC-2 non deve essere compilato (viene valorizzato dall'Order Placer nel messaggio ORG di risposta).
- Il campo "Filler Order Number" ORC-3 deve essere compilato
- Il campo "Placer Group Number" ORC-4 deve essere compilato solo nel caso di prestazioni aggiuntive con il PGN ricevuto dal CUP
- Il campo "Transaction Amount – Unit", FT1-12, rappresenta la cifra da pagare per il singolo esame; il campo "Transaction Type", FT1-6, sarà valorizzato con "CG".

7.4.5.4 AMB-2: cancellazione ordine

Il messaggio ha la stessa struttura specificata per il messaggio OMG^O19 nello scenario Placer Order Management con "Order Control" = "OC" (Order Cancelled).

7.4.5.5 AMB-2: Aggiornamento ordine

Il messaggio serve a segnalare il cambiamento di stato di una prestazione e ha la struttura seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
{	--- ORDER begin
ORC	Common Order
[{TQ1}]	Timing / Quantity
OBR	Order Detail
[{DG1}]	Diagnosis
}	--- ORDER end

Struttura del messaggio OMG^O19

7.4.5.5.1 Segmento ORC

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
5	2	ID	O			Order Status
16	250	CE	C		0038	Order Control Code Reason
25	250	CWE	C			Order Status Modifier

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Deve assumere il valore "SC" (Status Change)
ORC-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Placer che genera richieste; lo stesso valore deve essere riportato nel campo OBR-2
ORC-3	Identificativo univoco (generato dal Filler) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Filler che riceve o genera richieste.
ORC-4	Identificativo univoco che permette al Placer di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente.
ORC-5	Stato prestazione. Campo obbligatorio
ORC-16	Codice e Descrizione del motivo che ha portato all'azione indicata nel campo ORC-1 (ad es. il motivo della cancellazione dell'ordine o della sua modifica) Formato: CE-1 = codice CE-2 = descrizione
ORC-25	Informazioni addizionali relativamente alle prestazioni erogate. <ul style="list-style-type: none">• BNS = se il blocco della ricetta elettronica è stato comunicato al SISS con esito OK.• BNN = se il blocco della ricetta elettronica è stato comunicato al SISS con esito NOK.• BNA = se non si è potuto eseguire la verifica per indisponibilità di collegamento con il SISS.

Compilazione del segmento ORC

7.4.5.5.2 Segmento TQ1

Il segmento TQ1 è utilizzato per specificare la data e l'ora dell'inizio e della fine erogazione delle prestazioni aggiuntive.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID - TQ1
7	26	TS	O			Start date/time
8	26	TS	O			End date/time

Struttura del segmento TQ1

CAMPO	CONTENUTO
TQ1-1	Progressivo riga all'interno del messaggio. Di solito è presente una sola occorrenza del segmento quindi può essere omesso
TQ1-7	Riporta la data e l'ora di inizio erogazione della prestazione. Formato YYYYMMDDHHMMSS
TQ1-8	Riporta la data e l'ora di fine erogazione della prestazione. Formato YYYYMMDDHHMMSS

Compilazione del segmento TQ1**7.4.5.5.3 Segmento OBR**

Il segmento OBR è opzionale secondo gli scenari IHE, ma viene previsto per avere un riferimento alla prestazione effettuata e alla data/ora di esecuzione.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBR
2	22	EI	O			Placer Order Number
3	22	EI	O			Filler Order Number
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
7	26	TS	O			Observation Date/Time
8	26	TS	O			Observation End Date/Time
21	60	ST	O			Filler Field 2
25	1	ID	C	Y	0123	Result Status
32	200	NDL	O			Principal Result Interpreter
34	200	NDL	O			Technician
47	250	CE	O	Y	0411	Filler Supplemental Service Information
49	2	ID	O		0507	Result Handling

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Quando utilizzato, il campo deve essere impiegato per indicare il numero progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio.
OBR-2	Numero d'ordine del richiedente. Se specificato, deve essere lo stesso codice utilizzato in ORC-2
OBR-3	Numero d'ordine assegnato dall'Order Filler. Se specificato, deve essere lo stesso codice utilizzato in ORC-3.
OBR-4	Prestazione richiesta. Formato: CE-1 = codice prestazione; CE-2 = descrizione prestazione, CE-3 = Nome del sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBR-7	Data e ora in cui è stata effettuato l'esame, formato YYYYMMDDHHMM[SS].
OBR-8	Data ritiro referto per prestazione
OBR-21	Identificativo univoco che permette al Filler di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Filler che genera richieste
OBR-25	Stato della prestazione
OBR-32	Medico che interpreta il risultato dell'esame e che è responsabile del referto da produrre NDL-1.1 = Identificativo NDL-1.2 = cognome medico NDL-1.3 = nome medico
OBR-34	Tecnico che ha effettuato l'esame NDL-1.1 = Identificativo NDL-1.2 = cognome tecnico NDL-1.3 = nome tecnico
OBR-47	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Filler (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare (Tabella UD #0411 – Supplemental Service Information Values) CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
OBR-49	modalità consegna del referto

Compilazione del segmento OBR

7.4.5.5.4 Segmento DG1

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. [7.4.5.1.11](#).

7.4.5.6 CCE-1: richiesta nuovo ordine

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
[--- PATIENT begin
PID	Patient Identification
[PD1]	Additional Demographic
[{NTE}]	Notes and Comments
[--- PATIENT_VISIT begin
PV1	Patient Visit
[PV2]	Patient Visit – Additional Info
]	--- PATIENT_VISIT end
[{AL1}]	Allergy information
]	--- PATIENT end
{	--- ORDER begin
ORC	Common Order
[{TQ1}]	Quantity / Timing
OBR	Order Detail
[NTE]	Notes and Comments (for Details)
[CTD]	Contact Data
[{DG1}]	Diagnosis
[{OBX}]	Observation Segment
[{FT1}]	Financial transaction Segment
[BLG]	Billing Segment
}	--- ORDER end

Struttura del messaggio OMG^O19

7.4.5.6.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.1.1

7.4.5.6.2 Segmento PID

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.2.1.2

7.4.5.6.3 Segmento PD1

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.2.1.3.

7.4.5.6.4 Segmento NTE

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.2.1.4

7.4.5.6.5 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
3	80	PL	O			Assigned Patient Location
4	2	IS	O		0007	Admission Type

5	250	CX	O			Preadmit Number	
9	250	XCN	B	Y		Consulting Doctor	
11	80	PL	O			Temporary Location	
15	2	IS	O	Y	0009	Ambulatory Status	
19	250	CX	O			Visit Number	
44	26	TS	O			Admit Date/Time	
47	12	NM	O			Total Charges	
48	12	NM	O			Total Adjustments	
49	12	NM	O			Total Payments	
50	250	CX	O		0203	Alternate Visit ID	
51	1	IS	O		0326	Visit Indicator	

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia. Nello scenario delle prestazioni MAC/BIC/BOCA assume il valore H.
PV1-3	Reparto di ricovero del paziente (per pazienti interni). Formato: PL-1 = codice reparto(obbligatorio); PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁷⁸ ; PL-9 = descrizione per esteso del reparto (obbligatorio); PL-10 = codice del presidio ⁷⁹
PV1-4	Motivo d'ammissione. Nel caso in cui PV1-2=H è necessario valorizzare questo campo con LC per indicare che si tratta di BIC o BOCA, con HC per indicare che si tratta di una MAC.
PV1-5	Numero di chiamata in sala Formato: CX-1: ID Number Nel caso in cui il messaggio di ordine sia associato ad un paziente ricoverato (o che si trova in attesa di ricovero), il campo può essere utilizzato per indicare l'identificativo del prericovero Formato: CX-1 = Numero di pre-ricovero CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto CX-5 = "VN"
PV1-9	Medico a cui è rivolta la richiesta. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri Contenuto: XCN-1 = identificativo XCN-2 = cognome XCN-3 = nome XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO XCN-23 = ente di appartenenza (Tab UD#0363).
PV1-11	Reparto "assistenziale" del paziente o luogo dove eseguire l'esame. Ad esempio in Sala Operatoria o presso il reparto di ricovero. Contenuto: PL-1 = codice reparto; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁸⁰ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto

⁷⁸ questa assegnazione è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo⁷⁹ questa assegnazione è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo⁸⁰ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

	PL-10 = codice del presidio ⁸¹
PV1-15	Informazione sulle possibili limitazioni fisiche di del paziente, ad esempio un paziente a rischio caduta, che potrebbero richiedere assistenza del personale sanitario durante l'esecuzione dell'esame.
PV1-19	Identificativo dell'episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali), identificativo episodio MAC Contenuto: CX-1 = identificativo episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto, CX-5 = Tipologia identificativa (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio Obbligatorio se il messaggio fa riferimento ad eventi di pazienti ricoverati, con ciclo di DH attivo, di PS
PV1-44	Data e ora dell'accettazione amministrativa. Per le integrazioni con il reparto e con il PS, se valorizzato, contiene data e ora di inizio dell'episodio a cui la richiesta fa riferimento.
PV1-47	Costo totale degli esami dovuto.
PV1-48	Totale differenza tra dovuto e pagato.
PV1-49	Costo totale degli esami pagato.
PV1-50	Identificativo della richiesta di ricovero assegnato dall'applicativo gestionale delle liste dei ricoveri Formato: CX-1 = Identificativo CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo. Valori ammessi: • LA – per l'id della lista di ricovero CX-5 = "MRT" per l'id di lista di ricovero. CX-10 = codice del presidio
PV1-51	Deve essere valorizzato a "V".

Compilazione del segmento PV1**7.4.5.6.6 Segmento AL1**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.3.1.7

7.4.5.6.7 Segmento PV2

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.5.1.7

7.4.5.6.8 Segmento ORC

Per quanto riguarda i segmenti ORC ed OBR, dove il segmento ORC individua l'appuntamento ed OBR individua il dettaglio della prestazione, si richiede che per ogni prestazione richiesta sia presente nel messaggio una coppia ORC-OBR; ad esempio, se il messaggio riporta una richiesta di tre prestazioni, il messaggio HL7 conterrà tre coppie di segmenti ORC-OBR.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
5	2	ID	O		0038	Order Status
7	200	TQ	R	Y		Quantity/Timing
8	200	EI	C			Parent
9	26	TS	O			Date/Time of transaction
10	120	XCN	O	Y		Entered By
12	120	XCN	O	Y		Ordering provider

81

L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

13	80	PL	O		Y/2		Enterer's location
14	250	XTN	O				Call Back number
15	26	TS	O				Order Effective Date/Time
16	250	CE	O				Order Control Code Reason
18	250	CE	O				Entering Device
20	250	CE	O	0339			Advanced Beneficiary Notice Code

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Riporta il codice della richiesta. "NW" – richiesta di un nuovo ordine "RP" – modifica dei dati amministrativi di un ordine
ORC-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) della singola prestazione inclusa nell'appuntamento; lo stesso valore deve essere riportato nel campo OBR-2
ORC-3	Identificativo univoco (generato dal Filler) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Filler che riceve o genera richieste; questo campo è quindi vuoto quando il Placer genera un nuovo ordine
ORC-4	Identificativo univoco (generato dal Placer) dell'appuntamento incluso all'interno del pacchetto MAC
ORC-5	Il campo non deve essere valorizzato nell'ambito di questo scenario.
ORC-7	Prima ripetizione: Indica quantità e priorità delle prestazioni associate TQ-1 = quantità, TQ-6 = codice della priorità. Può assumere i valori del gruppo 1 della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes Entrambi sono opzionali, se non specificati vanno intesi come quantità = 1, priorità = R (routine). Seconda ripetizione: Indica la classe di priorità di una impegnativa proveniente dal CUP TQ-6 = codice della classe di priorità. Può assumere i valori del gruppo 2 della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes
ORC-8	Il campo viene riservato al codice IUP della prescrizione ⁸² ; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46
ORC-9	Data e ora della richiesta, formato YYYYMMDDHHMMSS.
ORC-10	Operatore che inserisce nell'applicativo i dati della richiesta Contenuto: XCN-1 = Codice Fiscale o Codice Regionale MMG XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-15 = Username XCN-23 = Assigning Department (Tab UD#0363).
ORC-12	Medico responsabile della richiesta Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri (es. matricola) Contenuto: XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-8 = Provenienza paziente (Tab UD #0297) XCN-13 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).
ORC-13	Servizio o reparto richiedente le prestazioni specialistiche. Per le prestazioni richieste per i dipendenti aziendali nell'ambito della "medicina del lavoro" il campo deve essere obbligatoriamente valorizzato con il codice reparto "medicina del lavoro" censito sulla Piattaforma Regionale. In caso contrario il documento clinico prodotto sulla richiesta di erogazione non verrà associato al dossier del dipendente aziendale Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio; PL-8 = piano

	PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio
ORC-14	Recapito telefonico dell'operatore che inserisce i dati della richiesta XTN-12 = Numero di telefono
ORC-15	Data di compilazione della ricetta.
ORC-16	Codice e Descrizione del motivo che ha portato all'azione indicata nel campo ORC-1 (ad es. il motivo della cancellazione dell'ordine o della sua modifica) Formato: CE-1 = codice CE-2 = descrizione
ORC-18	Postazione sulla quale viene effettuata la richiesta.
ORC-20	Tipologia della ricetta. CE-1 = codice del tipo ricetta CE-2 = descrizione

Compilazione del segmento ORC**7.4.5.6.9 Segmento TQ1**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.5.1.9

7.4.5.6.10 Segmento OBR

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBR
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
6	26	TS	B			Requested Date/Time
8	26	TS	O			Observation End Date/Time
11	1	ID	O		0065	Specimen Action Code
13	300	ST	O			Relevant Clinic Information
15	300	SPS	B			Specimen Source
16	250	XCN	O	Y		Ordering Provider
17	250	XTN	O	Y/2		Order Callback Phone Number
18	60	ST	O			Placer Field #1
19	60	ST	O			Placer Field #2
21	60	ST	O			Filler Field 2
24	10	ID	O		0074	Diagnostic Service Sector ID
25	1	ID	C		0123	Result Status
27	200	TQ	B	Y		Quantity/Timing
30	20	ID	O		0124	Transportation Mode
31	250	CE	O	Y		Reason for study
32	200	NDL	O			Principal Result Interpreter
36	26	TS	O			Scheduled Date/Time
46	250	CE	O	Y	0411	Placer Supplemental Service Information
47	250	CE	O	Y	0411	Filler Supplemental Service Information
49	2	ID	O		0507	Result Handling

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Quando utilizzato, il campo deve essere impiegato per indicare il numero progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio
OBR-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) della singola prestazione inclusa nell'appuntamento. È lo stesso valore del campo ORC-2
OBR-3	Il campo ORC-3 non deve essere valorizzato in questo scenario, in quanto assegnato dall'Order Filler
OBR-4	Codice e descrizione del pacchetto MAC. Formato:

	CE-1 = codice pacchetto MAC; CE-2 = descrizione pacchetto MAC, CE-3 = sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBR-6	Data ora della richiesta, formato YYYYMMDDHHMMSS, mantenuto per compatibilità con le versioni precedenti.
OBR-8	Data ritiro referto per prestazione
OBR-11	Valori ammessi (vedi Tab. HL7 #0065): P – sugli ordini relativi a prestazioni per le quali l'erogatore deve produrre una ricetta
OBR-13	Quesito Diagnostico testuale. Da usare per riportare il testo del quesito non codificato. Se il QD è codificato va utilizzato il campo FT1-19
OBR-15	Il campo è mantenuto per compatibilità
OBR-16	Se presente deve essere compilato come il campo ORC-12
OBR-17	Recapito telefonico del medico responsabile della richiesta XTN-12 = Numero di telefono
OBR-18	Codice RUR Può essere valorizzato sia dall'Order Placer sia dall'Order Filler; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46
OBR-19	Numero progressivo delle impegnative (1 per la prima impegnativa, 2 per la seconda e così via). Questo campo permette di raggruppare le prestazioni per impegnativa, assegnando ad ogni esame un numero che indica a quale impegnativa deve appartenere; in particolare permette all'Order Filler di indicare all'Order Placer su quale impegnativa aggiungere le prestazioni erogate in più
OBR-21	Identificativo univoco che permette al Filler di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Filler che genera richieste
OBR-24	Codice della disciplina di erogazione della prestazione
OBR-25	In fase di invio dell'ordine deve essere lasciato vuoto.
OBR-27	Intervallo di data/ora richiesta per l'appuntamento. Da utilizzare nel caso di richieste di schedulazione Formato TQ-1: quantità TQ-2: nel caso di appuntamenti ripetuti indica l'intervallo di tempo tra due appuntamenti (Tab HL7#0335) TQ-4: data/ora di inizio appuntamento; valorizzare solo TQ-4 indica una data a partire dalla quale si richiede l'appuntamento TQ-5: data/ora di fine appuntamento; valorizzare solo TQ-5 indica una data entro la quale si richiede l'appuntamento TQ-6: urgenza della richiesta. Può assumere i valori del gruppo 1 della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes TQ-11: durata richiesta per l'appuntamento; nel caso di appuntamenti ripetuti misura la durata del singolo appuntamento TQ-12: numero di appuntamenti, nel caso di appuntamenti ripetuti Il campo è ripetibile e consente quindi di fornire un insieme di intervalli di preferenza.
OBR-30	Stato di mobilità del paziente
OBR-31	Modalità di erogazione Formato: CE-1 = codice (vedi Tab Tabella SISS - Modalità Erogazione) CE-2 = descrizione; CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBR-32	Medico destinatario della richiesta di erogazione NDL-1.1 = Identificativo NDL-1.2 = cognome medico NDL-1.3 = nome medico
OBR-36	Data ora schedulata per l'appuntamento, formato YYYYMMDDHHMMSS.
OBR-46	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Placer (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare CE-2 = descrizione CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
OBR-47	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Filler (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare (Tabella UD #0411 – Supplemental Service Information Values) CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
OBR-49	modalità consegna del referto

Compilazione del segmento OBR

7.4.5.6.11 Segmento NTE

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.2.1.10

7.4.5.6.12 Segmento CTD

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.5.1.12

7.4.5.6.13 Segmento DGI

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.5.1.13

7.4.5.6.14 Segmento OBX

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.5.1.14

7.4.5.6.15 Segmento FT1

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.5.1.15

7.4.5.6.16 Segmento BLG

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.5.1.16

7.4.5.7 CCE-1: cancellazione ordine

Il messaggio ha la struttura seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
[---
PID	PATIENT begin
[Patient Identification
PV1	---
]	PATIENT_VISIT begin
PV1	Patient Visit
]	---
{	PATIENT_VISIT end
ORC	---
OBR	PATIENT end
}	---
ORC	ORDER begin
OBR	Common Order
OBR	Order Detail
}	---
	ORDER end

Struttura del messaggio OMG^O19 (Cancel)

7.4.5.7.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.1.1

7.4.5.7.2 Segmento PID

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.5.2.2

7.4.5.7.3 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
4	2	IS	O		0007	Admission Type

19	250	CX	O		0203	Visit Number
50	250	CX	O			Alternate Visit ID
51	1	IS	O			Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-4	Motivo d'ammissione. Nel caso in cui PV1-2=H è necessario valorizzare questo campo con LC per indicare che si tratta di BIC o BOCA, con HC per indicare che si tratta di una MAC.
PV1-19	Identificativo dell'episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali) Contenuto: CX-1 = identificativo episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che regista il contatto, CX-5 = Tipologia identificativa (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio Obbligatorio se il messaggio fa riferimento ad eventi di pazienti ricoverati, con ciclo di DH attivo, di PS
PV1-50	Identificativo della richiesta di ricovero assegnato dall'applicativo gestionale delle liste dei ricoveri Formato: CX-1 = Identificativo CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo. Valori ammessi: • LA – per l'id della lista di ricovero CX-5 = "MRT" per l'id di lista di ricovero. CX-10 = codice del presidio
PV1-51	Deve essere valorizzato a "V".

Compilazione del segmento PV1**7.4.5.7.4 Segmento ORC**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Deve assumere il valori "CA" (Cancel)
ORC-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) della singola prestazione inclusa nell'appuntamento; lo stesso valore deve essere riportato nel campo OBR-2
ORC-3	Identificativo univoco (generato dal Filler) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Filler che riceve o genera richieste; questo campo è quindi vuoto quando il Placer genera un nuovo ordine
ORC-4	Identificativo univoco (generato dal Placer) dell'appuntamento incluso all'interno del pacchetto MAC

Compilazione del segmento ORC**7.4.5.7.5 Segmento OBR**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBR
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	250	CE	R			Universal Service Identifier

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO

OBR-1	Quando utilizzato, il campo deve essere impiegato per indicare il numero progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio
OBR-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) della singola prestazione inclusa nell'appuntamento. È lo stesso valore del campo ORC-2
OBR-3	Il campo ORC-3 non deve essere valorizzato in questo scenario, in quanto assegnato dall'Order Filler
OBR-4	Codice e descrizione del pacchetto MAC. Formato: CE-1 = codice pacchetto MAC; CE-2 = descrizione pacchetto MAC, CE-3 = sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).

7.4.5.8 CCE-1: aggiornamento ordine

Il messaggio serve a segnalare l'accettazione amministrativa di una prestazione e ha la stessa struttura specificata per il messaggio OMG^O19 di cancellazione ordine nello scenario CCE-1 con “Order Control” = “SC” (Status Change).

Il messaggio serve solo a segnalare l'accettazione amministrativa. Nel caso in cui sia necessario modificare la data di una singola seduta, la CCE riceverà dal CUP la cancellazione tramite messaggio dedicato (OS = CA) e un nuovo messaggio di prenotazione con la data corretta (OC=NW).

7.4.5.9 CCE-2: cancellazione ordine

Il messaggio ha la stessa struttura specificata per il messaggio OMG^O19 nello scenario Placer Order Management CCE-1 con “Order Control” = “OC” (Order Cancelled).

7.4.5.10 CCE-2: aggiornamento ordine

Il messaggio serve a segnalare il cambiamento di stato di una prestazione e ha la struttura seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
{	--- ORDER begin
ORC	Common Order
[{TQ1}]	Timing / Quantity
OBR	Order Detail
}	--- ORDER end

Struttura del messaggio OMG^O19

7.4.5.10.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.1.1.

7.4.5.10.2 Segmento ORC

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.5.7.4.

7.4.5.10.3 Segmento TQ1

Il segmento TQ1 è utilizzato per specificare la data e l'ora dell'inizio e della fine erogazione delle prestazioni aggiuntive.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – TQ1
7	26	TS	O			Start date/time
8	26	TS	O			End date/time

Struttura del segmento TQ1

CAMPO	CONTENUTO
TQ1-1	Progressivo riga all'interno del messaggio. Di solito è presente una sola occorrenza del segmento quindi può essere omesso
TQ1-7	Riporta la data e l'ora di inizio erogazione della prestazione. Formato YYYYMMDDHHMMSS
TQ1-8	Riporta la data e l'ora di fine erogazione della prestazione. Alla conclusione del ciclo questo valore è obbligatorio, alla ricezione di questo campo il CUP chiuderà la ricetta popolando la data di fine erogazione comunicata dalla CCE e manderà l'erogato al SISS Formato YYYYMMDDHHMMSS

Compilazione del segmento TQ1

7.4.5.10.4 Segmento OBR

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.5.7.5.

7.4.6 ORG^O20 – General Clinical Order Response

Rispetto ad un messaggio di ACK generico in un messaggio ORG^O20 sono presenti segmenti aggiuntivi ORC e OBR, mostrati in dettaglio nel seguito, i quali permettono ad un Order Placer e un Order Filler di comunicare e interagire ad un livello di dettaglio maggiore rispetto all'utilizzo del generico messaggio di ACK.

La struttura generale del messaggio ORG è la seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledge
[{ERR}]	Error
[--- RESPONSE begin
{	--- ORDER begin
ORC	Common Order
[OBR]	Order Detail
}	--- ORDER end
]	--- RESPONSE end

Struttura del messaggio ORG^O20

Di seguito sono illustrate le strutture del messaggio ORG^O20 utilizzato nei due contesti di:

- AMB-1: risposta alla richiesta di un nuovo ordine
- AMB-1: risposta alla richiesta di cancellazione di un ordine
- AMB-2: risposta ad un nuovo ordine

Il segmento ORC non viene inserito nel caso in cui il messaggio di ORG^O20 riporti una condizione di errore (condizioni AE o AR nel campo MSA-1) che non riguardi la gestione della richiesta,

situazione questa sufficientemente dettagliata con l'utilizzo del segmento ERR. Viene invece utilizzato nel caso in cui la richiesta inoltrata dall'Order Placer, sia essa di un nuovo ordine o di una cancellazione, venga presa correttamente in carico dall'Order Filler, cioè senza errori di trasmissione o di struttura del messaggio (risposta AA nel campo MSA-1), ma alla quale debba seguire una risposta più elaborata che definisca il tipo di azione intrapresa (ad es. l'impossibilità di cancellare un ordine come richiesto ed eventualmente i motivi).

I due segmenti riporteranno un set minimo di informazioni relative all'ordine ricevuto, più alcuni campi dedicati a riportare informazioni sullo stato dell'ordine e sulle azioni eseguite.

7.4.6.1 *AMB-1 (ORG): risposta ad un nuovo ordine*

7.4.6.1.1 *Segmento MSH*

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.1

7.4.6.1.2 *Segmento MSA*

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.3

7.4.6.1.3 *Segmento ERR*

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.4

7.4.6.1.4 *Segmento ORC*

Vedi par. 7.4.3.1.4

7.4.6.1.5 *Segmento OBR*

Vedi par. 7.4.3.1.5

7.4.6.2 *AMB-1 (ORG): risposta ad una richiesta di cancellazione*

La struttura del messaggio ORG^O20 è la seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledge
[{ERR}]	Error
[--- RESPONSE begin
{	--- ORDER begin
ORC	Common Order
}	--- ORDER end
]	--- RESPONSE end

Struttura del messaggio ORG^O20

7.4.6.2.1 *Segmento ORC*

Vedi par. 7.4.3.2.4

7.4.6.3 *AMB-2 (ORG): risposta ad un nuovo ordine*

Vedi 7.4.6.1

Il campo ORC-1 deve essere valorizzato con “NA”.

7.4.7 OML^O21 – Laboratory Order Message

Questo messaggio viene utilizzato nei casi in cui si vuole indicare una specifica gerarchia o raggruppamento per tipo di analisi. La struttura del messaggio OML^O21 riflette questo concetto, in quanto ad ogni terna di segmenti ORC (common order), TQ1 (timing/quantità) e OBR (observation request), terna che identifica una singola *analisi* da effettuare, esiste una lista di *campioni* (specimen) contenente a sua volta una lista di *provette* (container). Questa struttura implica la duplicazione delle informazioni relative ai campioni e/o provette se vengono effettuate più analisi sullo stesso campione/provetta.

Il messaggio ha la struttura seguente⁸³:

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
PID	Patient Identification
[PD1]	Additional Demographic
[{NTE}]	Notes and Comments
[{NK1}]	Next of Kin / Associated Parties
[PV1]	Patient Visit
[{AL1}]	Allergy Information
[PV2]	Patient Visit – Additional Info
{	-- ORDER BEGIN --
ORC	Common Order (for one battery)
[TQ1]	Timing/Quantity
[-- OBSERVATION REQUEST BEGIN --
OBR	Observation Request
[NTE]	Notes and Comments (for Details)
[CTD]	Contact Data
[{DG1}]	Diagnosis
[{ OBX }]	Observation / Result
]	-- OBSERVATION REQUEST END --
{	-- SPECIMEN BEGIN
SPM	Specimen
[{ SAC }]	Specimen Container
[{FT1}]	Financial Transaction
[BLG]	Billing Segment
}]	-- SPECIMEN END
}	-- ORDER END --

Struttura del messaggio OML^O21

7.4.7.1.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.1.1

7.4.7.1.2 Segmento PID

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.2.1.2

7.4.7.1.3 Segmento PD1

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.2.1.3.

⁸³ Per quanto riguarda opzionalità e cardinalità, vale la sintassi standard HL7, che qui si riassume brevemente: le parentesi quadre indicano un segmento opzionale, le parentesi graffe un segmento ripetibile. La combinazione quadra-graffa indica pertanto una cardinalità da 0 a N.

7.4.7.1.4 Segmento NTE

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.2.1.4

7.4.7.1.5 Segmento NKI

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.2.1.6

7.4.7.1.6 Segmento PV2

La struttura del segmento PV2 è la seguente:

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
24	2	IS	O		0216	Patient status code
25	1	IS	O		0217	Visit Priority Code
38	250	CE	O		0430	Mode of Arrival Code
45	250	CE	O	Y	0435	Advance Directive Code

Struttura del segmento PV2

CAMPO	CONTENUTO
PV2-24	Stato dell'assistito
PV2-25	Classe di priorità dell'accesso.
PV2-38	Indica la modalità con cui il paziente si presenta presso la struttura
PV2-45	Indica ulteriori richieste di gestione relative all'ordine. Ogni ripetizione prevede la gestione di una opzione: <ul style="list-style-type: none">• Richiesta di oscuramento• Richiesta di stampa o non stampa del referto.

Compilazione del segmento PV2

7.4.7.1.7 Segmento AL1

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par 0

7.4.7.1.8 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
3	80	PL	O			Assigned Patient Location
5	250	CX	O			Preadmit Number
9	250	XCN	B	Y	0009	Consulting doctor
11	80	PL	O			Temporary Location
15	2	IS	O	Y		Ambulatory Status
19	250	CX	O			Visit Number
44	26	TS	O			Admit Date/Time
47	12	NM	O			Total Charges
48	12	NM	O			Total Adjustments
49	12	NM	O			Total Payments
51	1	IS	O			Visit Indicator

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Varia in funzione del tipo di messaggio e/o della procedura inviante, vedi Tab HL7 #0004. Il campo è standardizzato in base alle estensioni nazionali IHE Italia.
PV1-3	Reparto di ricovero del paziente. Tale campo è obbligatorio nel caso di integrazioni per il progetto OMr - Gestione Digitale Reti di Laboratori. Contenuto:

	PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁸⁴ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio ⁸⁵
PV1-5	Numero di chiamata in sala Formato: CX-1: ID Number Nel caso in cui il messaggio di ordine sia associato ad un paziente ricoverato (o che si trova in attesa di ricovero), il campo può essere utilizzato per indicare l'identificativo del prericovero Formato: CX-1 = Numero di pre-ricovero CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto CX-5 = "VN"
PV1-9	Medico a cui è rivolta la richiesta. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri Contenuto: XCN-1 = identificativo XCN-2 = cognome XCN-3 = nome XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203): <ul style="list-style-type: none"> • NN per Codice Fiscale • RRI per Codice Regionale MMG • LR per codice interno alla AO XCN-23 = ente di appartenenza (Tab UD#0363).
PV1-11	Reparto "assistenziale" o luogo di esecuzione dell'esame. Ad esempio in Sala operatoria o nel reparto di ricovero del paziente Contenuto: PL-1 = codice reparto; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio ⁸⁶ ; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto PL-10 = codice del presidio ⁸⁷
PV1-15	Informazione sulle possibili limitazioni fisiche di del paziente, ad esempio un paziente a rischio caduta, che potrebbero richiedere assistenza del personale sanitario durante l'esecuzione dell'esame .
PV1-19	Identificativo dell'episodio: numero di ricovero (pazienti ricoverati o con ciclo di DH attivo), numero di pratica di Pronto Soccorso (pazienti di PS), numero di episodio (pazienti ambulatoriali) Contenuto: CX-1 = identificativo episodio CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto, CX-5 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) – obbl CX-10 = codice del presidio Obbligatorio se il messaggio fa riferimento ad eventi di pazienti ricoverati, con ciclo di DH attivo, di PS
PV1-44	Data e ora dell'accettazione amministrativa. Per le integrazioni con il reparto e con il PS, se valorizzato, contiene data e ora di inizio dell'episodio a cui la richiesta fa riferimento.
PV1-47	Costo totale degli esami dovuto.
PV1-48	Totale differenza tra dovuto e pagato.
PV1-49	Costo totale degli esami pagato.

⁸⁴ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁸⁵ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁸⁶ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

⁸⁷ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

PV1-51	Deve essere valorizzato a "V".
--------	--------------------------------

Compilazione del segmento PV1**7.4.7.1.9 Segmento ORC**

La struttura del segmento ORC è la seguente:

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
5	2	ID	O		0038	Order Status
7	200	TQ	R	Y		Quantity/Timing
8	200	EI	C	Y		Parent
9	26	TS	R			Date/Time of transaction
10	250	XCN	O	Y		Entered By
12	120	XCN	O	Y		Ordering Provider
13	80	PL	O			Enterer's location
15	26	TS	O			Order Effective Date/Time
16	250	CE	O			Order Control Code Reason
18	250	CE	O			Entering Device
20	250	CE	O		0339	Advanced Beneficiary Notice Code
21	250	XON	O			Ordering Facility Name
25	250	CWE	C			Order Status Modifier

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Codice identificativo dell'operazione richiesta
ORC-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Placer che genera richieste; lo stesso valore deve essere riportato nel campo OBR-2
ORC-3	Identificativo univoco (generato dal Filler) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Filler che riceve o genera richieste; questo campo è quindi vuoto quando il Placer genera un nuovo ordine
ORC-4	Identificativo univoco che permette al Placer di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Placer che genera richieste, nel caso di un CUP può coincidere con il numero di prenotazione. Tale campo è obbligatorio nel caso di integrazioni per il progetto OMr - Gestione Digitale Reti di Laboratori.
ORC-5	Il campo ORC-5 non deve essere valorizzato dall'Order Placer, ma è riservato all'Order Filler nelle notifiche di cambio stato.
ORC-7	Prima ripetizione: Indica quantità e priorità delle prestazioni associate TQ-1 = quantità, TQ-6 = codice della priorità. Può assumere i valori del gruppo 1 della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes Entrambi sono opzionali, se non specificati vanno intesi come quantità = 1, priorità = R (routine). Seconda ripetizione: Indica la classe di priorità di una impegnativa proveniente dal CUP TQ-6 = codice della classe di priorità. Può assumere i valori del gruppo 2 della Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes
ORC-8	Il campo viene riservato al codice IUP della prescrizione ⁸⁸ ; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46
ORC-9	Data e ora della richiesta, formato YYYYMMDDHHMMSS.
ORC-10	Operatore che inserisce nell'applicativo i dati della richiesta Contenuto: XCN-1 = Codice Fiscale o Codice Regionale MMG; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome XCN-15 = Username

88

Questo assegnamento è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo.

	XCN-23 = Assigning Department (Tab UD#0363).
ORC-12	<p>Medico responsabile della richiesta Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri (es. matricola)</p> <p>Contenuto: XCN-1 = Codice; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-8 = Provenienza paziente (Tab UD #0297) XCN-13 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).</p>
ORC-13	<p>Servizio o reparto richiedente le prestazioni specialistiche. Per le prestazioni richieste per i dipendenti aziendali nell'ambito della "medicina del lavoro" il campo deve essere obbligatoriamente valorizzato con il codice reparto "medicina del lavoro" censito sulla Piattaforma Regionale. In caso contrario il documento clinico prodotto sulla richiesta di erogazione non verrà associato al dossier del dipendente aziendale</p> <p>Contenuto: PL-1 = codice reparto – obbl; PL-2 = stanza; PL-3 = letto; PL-4 = codice azienda ospedaliera; PL-5 = stato collocazione (Tab UD #0306); PL-6 = tipologia collocazione (Tab. UD#0305); PL-7 = codice dell'ambulatorio; PL-8 = piano PL-9 = descrizione per esteso del reparto – obbl PL-10 = codice del presidio</p>
ORC-15	Data di compilazione della ricetta
ORC-16	<p>Codice e Descrizione del motivo che ha portato all'azione indicata nel campo ORC-1 (ad es. il motivo della cancellazione dell'ordine o della sua modifica).</p> <p>Tale campo è obbligatorio nel caso di integrazioni per il progetto OMr - Gestione Digitale Reti di Laboratori nel flusso di check-in servente rifiutato per indicare il motivo del rifiuto del campione (in questo caso fare riferimento alla tabella Tabella SISS – Motivo del rifiuto del campione) e nel flusso di servizio non raggiungibile per indicare il motivo della risposta attualmente non disponibile.</p> <p>Formato: CE-1 = codice CE-2 = descrizione</p>
ORC-18	Postazione sulla quale viene effettuata la richiesta.
ORC-20	<p>Tipologia della ricetta. CE-1 = codice del tipo ricetta CE-2 = descrizione</p>
ORC-21	<p>Servizio o reparto richiedente.</p> <p>Formato: XON-1 = descrizione per esteso del reparto, XON-10 = codice del reparto. Il campo mantenuto documentato per compatibilità con le integrazioni già in atto ma è da considerarsi deprecato e il suo contenuto è spostato nel campo ORC-13</p>
ORC-25	<p>Informazioni addizionali relativamente alle prestazioni erogate.</p> <ul style="list-style-type: none"> • BNS = se il blocco della ricetta elettronica è stato comunicato al SISS con esito OK. • BNN = se il blocco della ricetta elettronica è stato comunicato al SISS con esito NOK. • BNA = se non si è potuto eseguire la verifica per indisponibilità di collegamento con il SISS.

Compilazione del segmento ORC

7.4.7.1.10 Segmento TQ1

Il segmento TQ1 viene utilizzato per riportare dati che interessano le modalità temporali di svolgimento degli esami, quantità di servizi da erogare (ad es. due prelievi da effettuare) e altre informazioni utili alla preparazione per un esame.

La struttura del segmento TQ1 è la seguente:

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID - TQ1

2	20	CQ	O		Y	0335	Quantity
3	540	RPT	O				Repeat Pattern
5	20	CQ	O		Y		Relative Time and Units
6	20	CQ	O				Service Duration
9	250	CWE	R		Y	0485	Priority
13	20	CQ	O				Occurrence Duration

Struttura del segmento TQ1

Si noti che in tabella è stato indicato il campo TQ-1: Set ID, che normalmente può essere omesso perché nei messaggi è presente al più un solo segmento TQ1. Il contenuto informativo determinante del segmento TQ-1 è il campo TQ1-9 che stabilisce il grado di urgenza dell'ordine.

I campi TQ1-3, TQ1-6, TQ1-13 possono essere utilizzati per specificare un iter temporale di erogazione di un esame.

CAMPO	CONTENUTO
TQ1-1	Progressivo riga all'interno del messaggio. Di solito è presente una sola occorrenza del segmento quindi può essere omesso
TQ1-2	Qualora fosse necessario indicarla può essere inserita la "quantità" delle prestazioni erogate ad es. il numero di volte che deve essere ripetuto un certo esame. Per default è "1".
TQ1-3	Questo campo può specificare la frequenza e le condizioni di erogazione del servizio secondo la tab HL7 #0335. Può indicare anche delle condizioni in cui si svolgerà la prestazione. Questo campo può essere ripetuto per specificare più condizioni di esecuzione e di tempo per lo stesso esame
TQ1-5	Questo campo specifica l'intervallo di tempo che intercorre tra le schedulazioni del servizio richiesto.
TQ1-6	Può specificare ulteriori dettagli sull'erogazione della prestazione. Es. 3^d: per tre giorni
TQ1-9	La prima ripetizione contiene uno dei possibili valori del gruppo 1 della tabella La seconda ripetizione contiene uno dei possibili valori del gruppo 2 della tabella
TQ1-13	Indica la durata di ogni intervallo di erogazione. Es: 20^m: 20 minuti

Compilazione del segmento TQ1**7.4.7.1.11 Segmento OBR**

Il segmento OBR serve essenzialmente per la comunicazione degli esami richiesti all'interno dell'ordine. Ogni segmento OBR specifica esattamente un esame. La struttura del segmento OBR è la seguente.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O	Y	0065	Set ID – OBR
2	22	EI	O			Placer Order Number
3	22	EI	O			Filler Order Number
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
8	26	TS	O			Observation End Date/Time
11	1	ID	O			Specimen Action Code
16	250	XCN	O			Ordering Provider
18	60	ST	O			Placer Field 1
19	60	ST	O			Placer Field 2
20	60	ST	O			Filler Field 1
21	60	ST	O	Y	0074	Filler Field 2
24	10	ID	O			Diagnostic Serv Sect ID
29	200	EIP	O			Parent
31	250	CE	O			Reason For Study
36	26	TS	O			Scheduled Date/Time
46	250	CE	O	Y	0411	Placer Supplemental Service Information
47	250	CE	O	Y	0411	Filler Supplemental Service Information
49	2	ID	O	Y	0507	Result Handling

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Quando utilizzato, il campo deve essere impiegato per indicare il numero progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio
OBR-2	Numero d'ordine del richiedente. Se specificato, deve essere lo stesso codice utilizzato in ORC-2
OBR-3	Numero d'ordine assegnato dall'Order Filler. Se specificato, deve essere lo stesso codice utilizzato in ORC-3.
OBR-4	Codice dell'esame richiesto. Formato: CE-1 = codice esame; CE-2 = descrizione esame per esteso, CE-3 = Nome del sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System). Tale campo è valorizzato con la codifica reg_map_plus nel caso di integrazioni per il progetto OMr - Gestione Digitale Reti di Laboratori.
OBR-8	Data ritiro referto per prestazione
OBR-11	Valori ammessi (vedi Tab. HL7 #0065): P – sugli ordini relativi a prestazioni per le quali l'erogatore deve produrre una ricetta
OBR-16	Medico richiedente. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri Contenuto: XCN-1 = Codice; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-13 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203) XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).
OBR-18	Codice RUR. Può essere valorizzato sia dall'Order Placer sia dall'Order Filler; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46
OBR-19	Numerico progressivo delle impegnative (1 per la prima impegnativa, 2 per la seconda e così via). Questo campo permette di raggruppare le prestazioni per impegnativa, assegnando ad ogni esame un numero che indica a quale impegnativa deve appartenere; in particolare permette all'Order Filler di indicare all'Order Placer su quale impegnativa aggiungere le prestazioni erogate in più
OBR-20	eventuali note generate dall'Order Filler.
OBR-21	Identificativo univoco che permette al Filler di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Filler che genera richieste
OBR-24	Questo campo indica la struttura che ha erogato la prestazione, secondo la tabella HL7 #0074.
OBR-29	Indica la prestazione di riferimento (padre) da cui è scaturita la prestazione corrente (figlia) EIP-1 = contenuto del campo ORC-2 della prestazione di riferimento (padre) EIP-2 = contenuto del campo ORC-3 della prestazione di riferimento (padre)
OBR-31	Modalità di erogazione Formato: CE-1 = codice (vedi Tab Tabella SISS - Modalità Erogazione) CE-2 = descrizione; CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBR-36	Data ora schedulata per l'appuntamento, formato YYYYMMDDHHMMSS.
OBR-46	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Placer (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare CE-2 = descrizione CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
OBR-47	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Filler (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare (Tabella UD #0411 – Supplemental Service Information Values) CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
OBR-49	modalità consegna del referto

Compilazione del segmento OBR**7.4.7.1.12 Segmento NTE**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.2.1.10

7.4.7.1.13 Segmento CTD

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
-----	-----	----	-----	------	------	--------------

1	250	CE	R	Y	0131	Contact Role
2	250	XPN	O	Y		Contact Name
3	250	XAD	O	Y		Contact Address
4	60	PL	O			Contact Location
5	250	XTN	O	Y		Contact Communication Information
7	100	PLN	O	Y		Contact Identifiers

Struttura del segmento CTD

CAMPO	CONTENUTO
CTD-1	Valorizzare con il valore fisso "A"
CTD-2	Cognome e nome del paziente
CTD-3	indirizzo di spedizione nel caso abbia scelto modalità di invio per posta; questo campo è in alternativa a CTD-4 e CTD-5. XAD-1.2 = Nome della via. XAD-1.3 = Numero civico. XAD-4 = sigla della provincia XAD-9 = codice ISTAT Comune italiano oppure il codice del comune estero. Nel caso di comune estero il codice deve essere prefissato dal carattere 'E'
CTD-4	sede della AO dove ritirare il referto nel caso non venga spedito; questo campo è in alternativa a CTD-3 e CTD-5 PL-7=sede di ritiro
CTD-5	e-mail di spedizione nel caso la modalità sia di invio elettronico; questo campo è in alternativa a CTD-3 e CTD-4 XTN-4=indirizzo mail
CTD-7	Identificativo ID BDA del paziente

Compilazione del segmento CTD**7.4.7.1.14 Segmento DG1**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-DG1
3	60	CE	O		0051	Diagnosis Code – DG1
4	40	ST	B			Diagnosis Description
5	26	TS	O			Diagnosis Date/Time
6	2	IS	R		0052	Diagnosis Type
15	2	ID	O		0359	Diagnosis Priority
16	60	XCN	O	Y		Diagnosing Clinician
18	1	ID	O		0136	Confidential Indicator
20	427	EI	O			Diagnosis Identifier

Struttura del segmento DG1

CAMPO	CONTENUTO
DG1-1	Progressivo riga all'interno del segmento DG1.
DG1-3	Codice della diagnosi. CE-1 = codice diagnosi; CE-2 = descrizione diagnosi, CE-3 = sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
DG1-4	Note aggiuntive sulla diagnosi
DG1-5	Data e ora in cui è stata effettuata la diagnosi, formato YYYYMMDD[HH[MM[SS]]].
DG1-6	tipo di diagnosi, da valorizzare con "DE".
DG1-15	priorità della diagnosi.
DG1-16	Medico responsabile della diagnosi. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno dell'AO (es. matricola del medico) Contenuto: XCN-1 = Identificativo; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-13 = tipologia identificativo (Tab HL7 #0203)

	XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).
DG1-18	Campo che indica se la diagnosi è confidenziale oppure no.
DG1-20	Identificativo univoco della diagnosi

Compilazione del segmento DG1**7.4.7.1.15 Segmento OBX**

Il segmento OBX viene utilizzato in modo opzionale per la comunicazione di informazioni cliniche rilevanti ai fini della determinazione di certi risultati o degli intervalli di riferimento da applicare. Alcuni esempi di tali informazioni sono: diuresi, altezza, peso, settimana di gravidanza.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBX
2	2	ID	R			Value Type
3	250	CE	R		0125	Observation Identifier
5	99999	Varies	R	Y		Observation Value
6	250	CE	O			Units
11	1	ID	R		0085	Observation Result Status
14	26	TS	O			Date/Time of Observation

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO								
OBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento								
OBX-2	Indica il formato del campo OBX-5.								
OBX-3	<p>Codice osservazione. Formato: CE-1 = codice esame; CE-2 = descrizione esame per esteso, CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7 #0394 – Response Modality)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Valore</th> <th>Descrizione HL7</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>Real Time</td> </tr> <tr> <td>T</td> <td>Bolus (a series of responses sent at the same time without use of batch formatting)</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Batch</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabella HL7 #0396 – Coding System).</p>	Valore	Descrizione HL7	R	Real Time	T	Bolus (a series of responses sent at the same time without use of batch formatting)	B	Batch
Valore	Descrizione HL7								
R	Real Time								
T	Bolus (a series of responses sent at the same time without use of batch formatting)								
B	Batch								
OBX-5	Dato o valore da riportare.								
OBX-6	<p>Unità di misura. Contenuto: CE-1 = codice unità; CE-2 = descrizione unità di misura, CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).</p>								
OBX-11	Stato dell'osservazione. Valori ammessi "F"								
OBX-14	Data e ora relativa all'osservazione, formato YYYYMMDDHHMM[SS].								

Compilazione del segmento OBX

Il segmento OBX viene utilizzato anche per trasportare i campi numeroNotaMef, condErogabilitaMef, approprPrescrittiva e patologia; per la compilazione di questi campi si rimanda al paragrafo 7.4.2.1.13.

7.4.7.1.16 Segmento SPM

Il segmento SPM serve per la comunicazione di informazioni relative al campione in esame. La struttura è la seguente.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – SPM
2	80	EIP	O			Specimen ID
4	250	CWE	R		0487	Specimen Type
7	250	CWE	O		0488	Specimen Collection Method
8	250	CWE	O	Y		Specimen Source Site
11	250	CWE	O		0369	Specimen Role
12	20	CQ	O			Specimen Collection Amount
14	4000	ST	O	Y		Specimen Description
15	250	CWE	O	Y	0376	Specimen Handling Code
17	26	DR	O			Specimen Collection Date/Time
18	26	TS	O			Specimen Received Date/Time
20	1	ID	O		0136	Specimen Availability
21	250	CWE	O	Y		Specimen Reject Reason

Struttura del segmento SPM

CAMPO	CONTENUTO
SPM-1	Progressivo riga all'interno del segmento SPM.
SPM-2	Identificativo del campione. È composto dalla coppia di componenti: "Placer ID" e "Filler ID". L'uno o l'altro componente possono essere specificati a seconda del contesto. Il campo va utilizzato solo se l'organizzazione del LIS prevede l'identificazione a livello di singolo campione.
SPM-4	Tipologia del campione o identificativo del materiale biologico Formato: CWE-1 = codice; CWE-2 = descrizione; CWE-3 = Sistema di codifica;
SPM-7	Procedura di estrazione del campione Formato: CWE-1 = codice (utilizzabile la tabella HL7 o la codifica SNOMED); CWE-2 = descrizione; CWE-3 = Sistema di codifica;
SPM-8	Sede anatomica di prelievo. Formato: CWE-1 = codice; CWE-2 = descrizione; CWE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
SPM-11	Ruolo del campione. Specificare "P" per campioni prelevati su pazienti.
SPM-12	Quantità di campione prelevata. Composto dai due componenti: quantità (numerica) e unità di misura (CE).
SPM-14	Descrizione campione. Da utilizzare per la comunicazione di eventuali note aggiuntive relative al singolo campione.
SPM-15	Indica come il campione o il contenitore deve essere trattato (maneggiato, conservato). Formato: CWE-1 = codice; CWE-2 = descrizione; CWE-3 = Sistema di codifica;
SPM-17	Data e ora di prelievo del campione. La valorizzazione di questa informazione, se disponibile, si consiglia sempre. Tale campo è obbligatorio nel caso di integrazioni per il progetto OMr - Gestione Digitale Reti di Laboratori. Formato AAAAMMGG[HH24MM[SS]]
SPM-18	Data e ora del check in del campione in laboratorio. Formato AAAAMMGG[HH24MM[SS]]
SPM-20	Disponibilità del campione. Utilizzato tipicamente per comunicare l'avvenuto prelievo del campione. Tale campo è obbligatorio nel caso di integrazioni per il progetto OMr - Gestione Digitale Reti di Laboratori.
SPM-21	Motivo del rifiuto del campione. Formato: CWE-1 = codice; CWE-2 = descrizione; CWE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System). Va utilizzato solo nei messaggi di risposta (ORL) per indicare il motivo del rifiuto del campione, ad esempio: campione non pervenuto, quantità insufficiente, contenitore rotto, campione emolizzato.

Compilazione del segmento SPM

7.4.7.1.17 Segmento SAC

Il segmento SAC viene utilizzato nei casi in cui è necessaria l'identificazione del singolo contenitore, cioè quando il campione è presente in più contenitori. Un possibile esempio potrebbe essere quello del prelievo sangue-urine. L'urina è presente in un solo contenitore, dunque non è necessario identificare il contenitore ma è sufficiente l'identificazione del campione (campo SPM-2). Il prelievo venoso viene invece tipicamente frazionato alla fonte, quindi il campione "sangue venoso" viene suddiviso fra varie provette che vanno identificate singolarmente.

Questo è quanto prevede in generale il modello HL7. Nella realtà è più semplice accoppare i concetti di campione e di contenitore, utilizzando i segmenti SPM allo scopo. Per mantenere compatibilità con i concetti di HL7 e IHE, viene comunque mantenuta la possibilità di gestire i segmenti SAC. La struttura del segmento SAC è la seguente.

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
3	80	EI	R		Container Identifier
4	80	EI	O		Primary (parent) Container Identifier
6	300	SPS	O		Specimen Source Site

Struttura del segmento SAC

CAMPO	CONTENUTO
SAC-3	Identificativo del contenitore.
SAC-4	Identificativo del contenitore "padre", utilizzato solo in caso di frazionamento del campione originale.
SAC-6	Sede anatomica di prelievo. Si può specificare solo il primo componente, di tipo CWE: Formato: SPS-1.1 = codice; SPS-1.2 = descrizione; SPS-1.3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).

Compilazione del segmento SAC

7.4.7.1.18 Segmento FT1

Per ogni prestazione pagata o stornata (e quindi per ogni coppia ORC-OBR) potrà essere presente anche un segmento FT1 con il dettaglio delle informazioni di cassa.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – FT1
4	53	DR	R			Transaction Date
6	8	IS	R		0017	Transaction Type
7	250	CE	R		0132	Transaction Code
11	12	CP	O			Transaction Amount – Extended
12	12	CP	O			Transaction Amount – Unit
14	250	CE	O		0072	Insurance Plan ID
19	250	CE	O			Diagnosis Code – FT1
22	12	CP	O			Unit Cost
25	250	CE	O	0088		Procedure Code
26	250	CE	O	Y	0340	Procedure Code Modifier

Struttura del segmento FT1

CAMPO	CONTENUTO
FT1-1	Progressivo delle ripetizioni del segmento FT1
FT1-4	Data e ora della transazione, nel formato YYYYMMDDHHMMSS.
FT1-6	Questo campo contiene un codice che indica il tipo di transazione
FT1-7	Questo campo contiene un codice che serve ad identificare il tipo di transazione

FT1-11	Costo totale dell'impegnativa a cui appartiene la prestazione
FT1-12	Questo campo contiene la cifra pagata per il singolo esame.
FT1-14	In regime di libera professione utilizzare questo campo per riportare il contratto di riferimento del listino applicato: CE-1: codice contratto CE-2: descrizione contratto CE-3: tipo contratto
FT1-19	Codice e descrizione del quesito diagnostico codificato o del criterio di erogabilità. NOTA: per il quesito diagnostico solo testuale non codificato usare il campo OBR-13. Contenuto: CE-1: codice quesito diagnostico o codice criterio di erogabilità CE-2: descrizione quesito diagnostico o descrizione criterio di erogabilità CE-3: nome del sistema di codifica (Tab HL7 #0396)
FT1-22	Valore della quota variabile di una impegnativa
FT1-25	Questo campo permette di definire la tipologia di regime di erogazione della prestazione (es. Protocolli di cura) (Tab. HL7 #0088). Contenuto: CE-1: codice della tipologia del regime di erogazione CE-2: descrizione della tipologia del regime di erogazione
FT1-26	Questo campo dettaglia i regimi di erogazione delle prestazioni definiti in termini di codice e descrizione (Tab. HL7 Tabella HL7 #0340 – Procedure Code Modifier). Si prevede <u>una sola ripetizione</u> di questo campo per indicare il regime di erogazione da associare alla prestazione. Contenuto: CE-1: codice del regime di erogazione CE-2: descrizione del regime di erogazione

Compilazione del segmento FT1**7.4.7.1.19 Segmento BLG**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	50	DT	O		0122	Charge Type
3	100	CX	O			Account ID
4	60	CWE	O		0475	Charge Type Reason

Struttura del segmento BLG

CAMPO	CONTENUTO
BLG-2	Indica se il paziente deve pagare oppure no le prestazioni
BLG-3	Codice esenzione. Da valorizzare se BLG-2 = "NC"
BLG-4	Questo campo indica il tipo di tariffa da applicare

Compilazione del segmento BLG**7.4.7.2 OML nel profilo LAB-2**

La struttura dei segmenti è la stessa definita per il profilo LAB-1, con le sole differenze che riguardano i segmenti TQ1 e OBR.

7.4.7.2.1 Segmento TQ1

Il segmento TQ1 è utilizzato per specificare la data e l'ora dell'inizio e della fine erogazione delle prestazioni aggiuntive.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – TQ1
7	26	TS	O			Start date/time

8	26	TS	O			End date/time
---	----	----	---	--	--	---------------

Struttura del segmento TQ1

CAMPO	CONTENUTO
TQ1-1	Progressivo riga all'interno del messaggio. Di solito è presente una sola occorrenza del segmento quindi può essere omesso
TQ1-7	Riporta la data e l'ora di inizio erogazione della prestazione. Formato YYYYMMDDHHMMSS
TQ1-8	Riporta la data e l'ora di fine erogazione della prestazione. Formato YYYYMMDDHHMMSS

Compilazione del segmento TQ1**7.4.7.2.2 Segmento OBR**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBR
2	22	EI	O			Placer Order Number
3	22	EI	O			Filler Order Number
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
7	26	TS	O			Observation Date/Time
8	26	TS	O			Observation End Date/Time
11	1	ID	O			Specimen Action Code
16	250	XCN	O	Y	0065	Ordering Provider
20	60	ST	O			Filler Field 1
21	60	ST	O			Filler Field 2
29	200	EIP	O			Parent
32	200	NDL	O			Principal Result Interpreter
34	200	NDL	O			Technician
46	250	CE	O	Y	0411	Placer Supplemental Service Information
47	250	CE	O	Y	0411	Filler Supplemental Service Information
49	2	ID	O		0507	Result Handling

Struttura del segmento OBR relativamente al profilo LAB-2

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Quando utilizzato, il campo deve essere impiegato per indicare il numero progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio
OBR-2	Numero d'ordine del richiedente. Non deve essere specificato per gli ordini generati nel profilo LAB-2
OBR-3	Numero d'ordine assegnato dall'Order Filler. Deve essere obbligatoriamente specificato, e coincidere con lo stesso codice utilizzato in ORC-3.
OBR-4	Codice dell'esame richiesto. Formato: CE-1 = codice; CE-2 = descrizione; CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBR-7	Data e ora in cui è stata effettuato l'esame, formato YYYYMMDDHHMM[SS].
OBR-8	Data ritiro referto per prestazione
OBR-11	Valori ammessi (vedi Tab. HL7 #0065): A – sugli ordini relativi a prestazioni aggiuntive normate R – sugli ordini relativi a prestazioni che sostituiscono altre prestazioni presenti nella richiesta iniziale G – in tutti gli altri casi
OBR-16	Medico richiedente. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri Contenuto: XCN-1 = Codice; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).
OBR-20	eventuali note generate dall'Order Filler.

OBR-21	Identificativo univoco che permette al Filler di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Filler che genera richieste
OBR-29	Indica la prestazione di riferimento (padre) da cui è scaturita la prestazione corrente (figlia) EIP-1 = contenuto del campo ORC-2 della prestazione di riferimento (padre) EIP-2 = contenuto del campo ORC-3 della prestazione di riferimento (padre)
OBR-32	Medico che interpreta il risultato dell'esame e che è responsabile del referto da produrre NDL-1.1 = Identificativo NDL-1.2 = cognome medico NDL-1.3 = nome medico
OBR-34	Tecnico che ha effettuato l'esame NDL-1.1 = Identificativo NDL-1.2 = cognome tecnico NDL-1.3 = nome tecnico
OBR-46	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Placer (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare CE-2 = descrizione CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
OBR-47	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Filler (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare (Tabella UD #0411 – Supplemental Service Information Values) CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
OBR-49	modalità consegna del referto

Compilazione del segmento OBR**7.4.8 ORL^O22 – General Laboratory Order Response Message**

La struttura del messaggio è la seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledgement
{[ERR]}	Error
[PATIENT BEGIN
PID	Patient Identification
[{	-- ORDER BEGIN ---
ORC	Common Order
[TQ1]	Timing/Quantity
[-- OBSERVATION REQUEST BEGIN --
OBR	Observation Request
[{ SPM }]	Specimen
]	-- OBSERVATION REQUEST END --
}]	-- ORDER END -
{[ZLT]}	Label Construction Information
{[ZBX]}	Base64 Label
]	PATIENT END

Struttura del messaggio ORL^O22

Il contenuto dei segmenti nel messaggio di risposta è lo stesso presente nei segmenti del messaggio OML^O21 (par. 7.4.7).

I segmenti ZLT vengono utilizzati per poter restituire, direttamente con l'ack applicativo sincrono, le istruzioni per la generazione delle etichette; per la descrizione del segmento si rimanda al paragrafo 7.4.21.7.

7.4.8.1.1 Segmento ZBX

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID
2	30	ID	R		Tabella HL7 #012 5 – Value Type	Value Type
3	*	*	R			Observation Value
4	50	ST	O	Y		Reference ID

Struttura del segmento ZBX

CAMPO	CONTENUTO
ZBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
ZBX-2	Tipologia dell'informazione contenuta nel campo ZBX-3. Deve essere valorizzato con ED (Encapsulated Data)
ZBX-3	Documento PDF codificato in Base64 Formato: ZBX-3.2 Type of Data: multipart ZBX-3.3 Data Subtype: Octed-stream ZBX-3.4 Encoding: Base64 ZBX-3.5 Data: documento PDF in Base64
ZBX-4	Codice identificativo del campione. Per il progetto di OMr – Gestione digitale rete di laboratori rappresenta il codice campione, è obbligatorio e ha una lunghezza di 12 caratteri numerici.

Compilazione del segmento ZBX

7.4.9 OML^O33 – Laboratory Order for multiple orders related to a single specimen

Questo messaggio viene utilizzato nei casi in cui le analisi richieste sono raggruppate per tipologia di campione. La struttura del messaggio OML^O33 riflette questo concetto, in quanto ogni gruppo di segmenti ORC (common order), TQ1 (timing/quantità), OBR (observation request) e OBX è annidata entro la specifica di un segmento SPM (specimen), eventualmente accompagnato dai relativi segmenti SAC (specimen container).

Il messaggio ha la struttura seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
PID	Patient Identification
[PD1]	Additional Demographic
[{NK1}]	Next of Kin / Associated Parties
[PV1]	Patient Visit
[PV2]	Patient Visit – Additional Info
[{AL1}]	Allergy Information
{	-- SPECIMEN BEGIN ---
SPM	Specimen
[{ OBX }]	Observations related to specimen
[{ SAC }]	Specimen Container
{	-- ORDER BEGIN --
ORC	Common Order
[TQ1]	Timing/Quantity
[-- OBSERVATION REQUEST BEGIN --

OBR	Observation Request
[NTE]	Notes and Comments (for Details)
[{DG1}]	Diagnosis
[{ OBX }]	Observation/Result
]	-- OBSERVATION REQUEST END --
[{FT1}]	Financial Transaction
[BLG]	Billing Segment
}	-- ORDER END --
}	-- SPECIMEN END -

Struttura del messaggio OML^O33

Il contenuto dei segmenti nel messaggio di risposta è lo stesso presente nei segmenti del messaggio OML^O21 (par. 7.4.7).

7.4.10 ORL^O34 – Laboratory Order Response Message to a multiple order related to a single specimen

La struttura del messaggio è la seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledgement
{[ERR]}	Error
[PID]	Patient Identification
{	-- SPECIMEN BEGIN --
SPM	Specimen
{	-- ORDER BEGIN --
ORC	Common Order
[TQ1]	Timing/Quantity
[OBR]	Observation Request
}	-- ORDER END -
{[ZLT]}	Label Construction Information
}	-- SPECIMEN END --
[{ZBX}]	Base64 Label

Struttura del messaggio ORL^O34

Il contenuto dei segmenti nel messaggio di risposta è lo stesso presente nei segmenti del messaggio OML^O33.

I segmenti ZLT vengono utilizzati per poter restituire, direttamente con l'ack applicativo sincrono, le istruzioni per la generazione delle etichette; per la descrizione del segmento si rimanda al paragrafo 7.4.21.7.

I segmenti ZBX vengono utilizzati per poter restituire, direttamente con l'ack applicativo sincrono, le etichette in formato pdf; per la descrizione del segmento si rimanda al paragrafo 7.4.8.1.1.

7.4.11 OML^O35 – Laboratory Order for multiple orders related to a single container of a specimen

Questo messaggio viene utilizzato nei casi in cui le analisi richieste sono raggruppate per contenitore. La struttura del messaggio OML^O35 riflette questo concetto, in quanto ogni gruppo di segmenti ORC (common order), TQ1 (timing/quantità), OBR (observation request) e OBX è contenuto entro

la specifica di un segmento SAC (specimen container), che a sua volta fa riferimento al corrispondente segmento SPM.

Il messaggio ha la struttura seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
PID	Patient Identification
[PD1]	Additional Demographic
[{NK1}]	Next of Kin / Associated Parties
[PV1]	Patient Visit
[PV2]	Patient Visit – Additional Info
[{AL1}]	Allergy Information
{	-- SPECIMEN BEGIN ---
SPM	Specimen
[{ OBX }]	Observations related to specimen
{	-- SPECIMEN CONTAINER BEGIN --
SAC	Specimen Container
{	-- ORDER BEGIN --
ORC	Common Order
[TQ1]	Timing/Quantity
[-- OBSERVATION REQUEST BEGIN --
OBR	Observation Request
[NTE]	Notes and Comments (for Details)
[{DG1}]	Diagnosis
[{ OBX }]	Observation/Result
]	-- OBSERVATION REQUEST END --
[{FT1}]	Financial Transaction
[BLG]	Billing Segment
}	-- ORDER END --
}	-- SPECIMEN CONTAINER END --
}	-- SPECIMEN END --

Struttura del messaggio OML^O35

Per la struttura dei segmenti, si faccia riferimento alla sezione 7.4.7

7.4.12 ORL^O36 – Laboratory Order Response Message to a multiple order related to a single container of a specimen

La struttura del messaggio è la seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledgement
{[ERR]}	Error
[PID]	Patient Identification
{	-- SPECIMEN BEGIN ---
SPM	Specimen
{	-- SPECIMEN CONTAINER BEGIN
SAC	Specimen Container
{	-- ORDER BEGIN
ORC	Common Order
[TQ1]	Timing/Quantity
[OBR]	Observation Request

```

    }
  -- ORDER END
  -- SPECIMEN CONTAINER END -
Label Construction Information
-- SPECIMEN END -
Base64 Label
  
```

Struttura del messaggio ORL^O36

Il contenuto dei segmenti nel messaggio di risposta è lo stesso presente nei segmenti del messaggio OML^O33.

I segmenti ZLT vengono utilizzati per poter restituire, direttamente con l'ack applicativo sincrono, le istruzioni per la generazione delle etichette; per la descrizione del segmento si rimanda al paragrafo 7.4.21.7.

I segmenti ZBX vengono utilizzati per poter restituire, direttamente con l'ack applicativo sincrono, le etichette in formato pdf; per la descrizione del segmento si rimanda al paragrafo 7.4.8.1.1.

7.4.12.1 Profilo LAB-3

7.4.13 OUL^R22 – Unsolicited Specimen Oriented Observation Message

Il messaggio ha la struttura seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
PID	Patient Identification
[PV1]	Patient Visit
[{	-- SPECIMEN BEGIN ---
SPM	Specimen
[{OBX}]	Observations related to specimen
[{	-- ORDER BEGIN --
OBR	Observation Request
[ORC]	Common Order (for one specimen)
[{NTE}]	Notes and comments
[TQ1]	Timing/Quantity
[{	-- RESULT BEGIN --
OBX	Observation Related to OBR
[{ NTE }]	Notes and comments
}]	-- RESULT END --
}]	-- ORDER END --
}]	-- SPECIMEN END --

Struttura del messaggio OUL^R22

Per i messaggi orientati al campione (specimen), ogni parametro che è relativo al campione può essere inserito in uno dei segmenti OBX che opzionalmente seguono il segmento SPM. Per gli esami che potenzialmente hanno più risultati viene utilizzato un segmento OBR (seguito opzionalmente dai segmenti ORC e TQ1), e una serie di segmenti OBX, uno per ogni risultato; ogni segmento OBX può a sua volta essere accompagnato da un segmento NTE per eventuali note e commenti addizionali.

7.4.13.1.1 Segmento MSH

Il segmento MSH, la cui struttura generica è riportata in sezione 7.1.1, viene esteso relativamente al campo MSH-21 per permettere il riconoscimento di messaggi OUL^R22 che recepiscono la struttura

definita per i risultati di indagini colturali di microbiologia (batteriologia). Si veda la sezione dedicata 5.5.4.4 ed il dettaglio dei segmenti che seguono per ulteriori dettagli.

- MSH-21: 2013-01 (per messaggi che recepiscono le nuove disposizioni); non valorizzato altrimenti.

7.4.13.1.2 Segmento SPM

La descrizione del segmento SPM per come si applica ai messaggi OUL^R22 e OUL^R24 (quest'ultimo deprecato) è riportata in sezione 7.4.7.1.16.

7.4.13.1.3 Segmento ORC

La descrizione del segmento ORC per come si applica ai messaggi OUL^R22 e OUL^R24 (quest'ultimo deprecato) è riportata in sezione 7.4.7.1.8.

7.4.13.1.4 Segmento TQ1

Il segmento TQ1 viene utilizzato per riportare dati che interessano le modalità temporali di svolgimento degli esami, quantità di servizi da erogare (ad es. due prelievi da effettuare) e altre informazioni utili alla preparazione per un esame.

La struttura del segmento TQ1 è la seguente:

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID - TQ1
2	20	CQ	O			Quantity
3	540	RPT	O	Y	0335	Repeat Pattern
13	20	CQ	O			Occurrence Duration

Struttura del segmento TQ1

Si noti che in tabella è stato indicato il campo TQ-1: Set ID, che normalmente può essere omesso perché nei messaggi è presente al più un solo segmento TQ1. Il contenuto informativo determinante del segmento TQ-1 è il campo TQ1-9 che stabilisce il grado di urgenza dell'ordine.

I campi TQ1-3, TQ1-6, TQ1-13 possono essere utilizzati per specificare un iter temporale di erogazione di un esame.

CAMPO	CONTENUTO
TQ1-1	Progressivo riga all'interno del messaggio. Di solito è presente una sola occorrenza del segmento quindi può essere omesso
TQ1-2	Qualora fosse necessario indicarla può essere inserita la "quantità" delle prestazioni erogate ad es. il numero di volte che deve essere ripetuto un certo esame. Per default è "1".
TQ1-3	Questo campo può specificare la frequenza e le condizioni di erogazione del servizio secondo la tab HL7 #0335. Può indicare anche delle condizioni in cui si svolgerà la prestazione. Questo campo può essere ripetuto per specificare più condizioni di esecuzione e di tempo per lo stesso esame
TQ1-13	Indica la durata di ogni intervallo di erogazione. Es: 20^m: 20 minuti (Per curve glicemiche è da intendersi come l'intervallo tra data e ora del prelievo e data e ora di esecuzione dell'esame es. 0 =basale, 30=dopo 30 minuti, 60=dopo 60 minuti etc.)

Compilazione del segmento TQ1

7.4.13.1.5 Segmento OBR

Il segmento OBR serve essenzialmente per la comunicazione degli esami inerenti lo specifico messaggio OUL. Ad esempio, all'accettazione di un campione nel LIS corrisponderà un messaggio OUL con tanti segmenti OBR quanti sono gli esami previsti su quel campione.

La struttura del segmento OBR è la seguente.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	22	EI	O	Y	0065	Placer Order Number
3	22	EI	O			Filler Order Number
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
7	26	TS	C			Observation Date/Time
11	1	ID	O			Specimen Action Code
13	300	ST	O			Relevant Clinical Information
16	250	XCN	O			Ordering Provider
20	60	ST	O			Filler field 1
21	60	ST	O			Filler Field 2
24	10	ID	O			Diagnostic Serv Sect ID
25	1	ID	O			Order Result Status
26	400	PRL	O			Parent Result
27	200	TQ	B	0123	0123	Quantity/Timing
29	200	EIP	O			Parent

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-2	<p>Numero d'ordine del richiedente, da specificare se noto. Coincide con ORC-2.</p> <p>Nel caso di indagini culturali di microbiologia:</p> <p>In L1: OBR-2=ORC-2 = numero d'ordine assegnato dal placer</p> <p>In L2: OBR-2=ORC-2 = numero d'ordine assegnato dal placer (coincide con OBR-2 di L1)</p> <p>In L3: OBR-2=ORC-2 = numero d'ordine assegnato dal placer (coincide con OBR-2 di L1)</p>
OBR-3	<p>Numero d'ordine assegnato dall'Order Filler. Deve sempre essere specificato, in quanto consente all'attore Order Result Tracker di collegare tutti i risultati allo stesso ordine.</p> <p>Nel caso di indagini culturali di microbiologia:</p> <p>In L1: OBR-3=ORC-3 = numero d'ordine assegnato dal filler</p> <p>In L2: OBR-3=ORC-3 = numero d'ordine assegnato dal filler (coincide con OBR-3 di L1)</p> <p>In L3: OBR-3=ORC-3 = numero d'ordine assegnato dal filler per l'antibiogramma (non coincide con OBR-3 di L1/L2)</p>
OBR-4	<p>Codice dell'esame richiesto. Formato:</p> <p>CE-1 = codice esame</p> <p>CE-2 = descrizione esame per esteso</p> <p>CE-3 = Nome del sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).</p> <p>Nel caso di indagini culturali di microbiologia:</p> <p>In L1:</p> <p>CE-1 = codice esame</p> <p>CE-2 = descrizione esame per esteso</p> <p>CE-3 = Nome del sistema di codifica (Tab HL7#0396).</p> <p>In L2:</p> <p>CE-1 = codice esame o identificazione di microrganismi</p> <p>CE-2 = descrizione esame o identificazione di microrganismi</p> <p>CE-3 = Nome del sistema di codifica (Tab HL7#0396).</p> <p>In L3:</p> <p>CE-1 = codice esame o test antibiotici/antibiogramma</p> <p>CE-2 = descrizione esame o test antibiotici/antibiogramma</p> <p>CE-3 = Nome del sistema di codifica (Tab HL7#0396).</p>
OBR-7	Data e ora in cui è stata effettuato l'esame, formato YYYYMMDDHHMM[SS].
OBR-11	Valori ammessi (vedi Tab. HL7 #0065): A – sugli ordini relativi a prestazioni aggiuntive normate R – sugli ordini relativi a prestazioni che sostituiscono altre prestazioni presenti nella richiesta iniziale G – in tutti gli altri casi
OBR-13	Informazioni cliniche generiche.
OBR-16	Medico richiedente. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri Contenuto: XCN-1 = Codice; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-23 = Ente di appartenenza (Tab UD#0363).

OBR-20	Riporta il valore di ordinamento del catalogo degli esami per il LIS che l'order placer deve seguire nella presentazione al medico dei risultati. Il formato del valore di ordinamento deve essere numerico (non sono ammesse "virgole" e altri caratteri speciali).		
OBR-21	Identificativo univoco che permette al Filler di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Filler che genera richieste		
OBR-24	Questo campo indica la struttura che ha erogato la prestazione, secondo la tabella HL7 #0074.		
OBR-25	Stato della prestazione richiesta.		
OBR-26	Nel caso di indagini culturali di microbiologia , questo campo è obbligatorio e viene usato per creare una relazione tra: Identificazioni microrganismi (L2) e risultato (L1):		
	Componente / sotto componente (L2)	Campo componente in OBX di riferimento (risultato in L1)	Obbligatorietà
	OBR-26.1.1 OBR-26.1.2 OBR-26.1.3 OBR-26.1.4 OBR-26.1.5 OBR-26.1.6 OBR-26.2 OBR-26.3	OBX-3.1 OBX-3.2 OBX-3.3 OBX-3.4 OBX-3.5 OBX-3.6 OBX-4 OBX-5 se OBX-2=ST, OBX-5.2 se OBX-2=CE	R RE RE RE RE RE R R
	Antibiogramma (L3) e microrganismo identificato (L2):		
	Componente / sotto componente (L3)	Campo componente in OBX di riferimento (microrganismo in L2)	Obbligatorietà
	OBR-26.1.1 OBR-26.1.2 OBR-26.1.3 OBR-26.1.4 OBR-26.1.5 OBR-26.1.6 OBR-26.2 OBR-26.3	OBX-3.1 OBX-3.2 OBX-3.3 OBX-3.4 OBX-3.5 OBX-3.6 OBX-4 OBX-5 se OBX-2=ST, OBX-5.2 se OBX-2=CE	R RE RE RE RE RE R R
OBR-27	Deve contenere lo stesso valore di ORC-7		
OBR-29	Indica la prestazione di riferimento (padre) da cui è scaturita la prestazione corrente (figlia) EIP-1 = contenuto del campo ORC-2 della prestazione di riferimento (padre); nel caso di indagini culturali di microbiologia , per i gruppi dei microrganismi individuati e degli antibiogrammi (L2 e L3), si valorizza con OBR-2 del risultato di riferimento (gruppo relativo all'esito dell'analisi [L1]). EIP-2 = contenuto del campo ORC-3 della prestazione di riferimento (padre); nel caso di indagini culturali di microbiologia , per i gruppi dei microrganismi individuati e degli antibiogrammi (L2 e L3), si valorizza con OBR-3 del risultato di riferimento (gruppo relativo all'esito dell'analisi [L1]).		

Dettaglio del segmento OBR**7.4.13.1.6 Segmento OBX**

Il segmento OBX conterrà il risultato osservato effettuando l'esame richiesto; a seconda degli esami si potranno avere più risultati, pertanto per ogni segmento OBR ci potranno essere più segmenti OBX.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-OBX
2	3	ID	R			Value Type
3	80	CE	R			Observation Identifier
4	20	ST	C			Observation Sub-ID
5	655536	*	R			Observation Value
6	250	CE	O			Units
7	60	ST	O			References Range
8	5	IS	O	Y/5	0078	Abnormal Flags
11	1	ID	R		0085	Observation Result Status
13	20	ST	O			User Defined Access Checks
14	26	TS	O			Date/Time of the Observation
16	250	XCN	O	Y		Responsible observer
17	250	CE	O	Y		Observation method
18	22	EI	O	Y		Equipment Instance Identifier

19

26

TS

O

Date/Time of the Analysis

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
OBX-2	Indica il formato del campo OBX-5.
OBX-3	<p>Identificativo univoco assegnato al risultato osservato: CE-1 = identificativo univoco CE-2 = descrizione testuale CE-3 = sistema di codifica (Tab HL7 #0396) CE-4 = identificativo alternativo CE-5 = descrizione testuale alternativa CE-6 = sistema di codifica alternativo (Tab HL7 #0396)</p> <p>Tale campo deve essere valorizzato con la codifica LOINC come sistema di codifica principale nel caso di integrazioni per il progetto OMr - Gestione Digitale Reti di Laboratori.</p> <p>Valgono le seguenti indicazioni obbligatorie:</p> <p>Nel caso di esami singoli (es. s-sodio), viene valorizzato con il codice dell'analisi (stesso codice presente in campo OBR-4) [sottocampi CE-1, CE-2, CE-3]</p> <p>Nel caso di esami di tipo "battery" (v. emocromo) viene valorizzato con il codice del risultato [sottocampi CE-1, CE-2, CE-3]</p> <p>Nel caso di analisi di indagini culturali di microbiologia (quanto riportato in MAIUSCOLO è da valorizzarsi obbligatoriamente come indicato):</p> <p><u>Ripetizione segmento OBX per risultato (gruppo esito indagine [L1])</u></p> <p>CE-1 = codice risultato dell'indagine CE-2 = descrizione testuale CE-3 = sistema di codifica (Tab HL7 #0396) CE-4 = RIS CE-5 = RISULTATO INDAGINE CE-6 = L</p> <p><u>Ripetizione segmento OBX per parametro dell'indagine (gruppo esito indagine [L1])</u></p> <p>CE-1 = codice parametro dell'indagine CE-2 = descrizione testuale CE-3 = sistema di codifica (Tab HL7 #0396) CE-4 = PAR CE-5 = PARAMETRO INDAGINE CE-6 = L</p> <p><u>Ripetizione segmento OBX per carica batterica (gruppi esito indagine [L1] e identificazione microrganismi [L2])</u></p> <p>CE-1 = codice carica batterica CE-2 = descrizione testuale CE-3 = sistema di codifica (Tab HL7 #0396) CE-4 = CARBAT CE-5 = CARICA BATTERICA CE-6 = L</p> <p>n.b.: qualora compaia in L2, il legame con il microrganismo di riferimento è espresso utilizzando il medesimo OBX-4</p> <p><u>Ripetizione segmento OBX per commento sistema esperto (gruppi esito indagine [L1], identificazione microrganismi [L2] e antibiogrammi [L3])</u></p> <p>CE-1 = codice commento sistema esperto CE-2 = descrizione testuale CE-3 = sistema di codifica (Tab HL7 #0396) CE-4 = EXPCOMM CE-5 = COMMENTO SISTEMA ESPERTO CE-6 = L</p> <p>n.b.: qualora compaia in L2, il legame con il microrganismo di riferimento è espresso utilizzando il medesimo OBX-4; qualora in L3 il legame con l'antibiotico di riferimento è espresso utilizzando il medesimo OBX-4 e valorizzando i campi OBX-3.1, OBX-3.2, OBX-3.3 con i dati dell'antibiotico di riferimento.</p> <p><u>Ripetizione segmento OBX per identificazione microrganismo (gruppo identificazione microrganismi [L2]):</u></p> <p>CE-1 = codice identificazione microrganismo CE-2 = descrizione testuale CE-3 = sistema di codifica (Tab HL7 #0396) CE-4 = IDE CE-5 = MICRO ORGANISMO IDENTIFICATO CE-6 = L</p> <p><u>Ripetizione segmento OBX per marker (gruppo identificazione microrganismi [L2]):</u></p> <p>CE-1 = codice marker</p>

	<p>CE-2 = descrizione testuale CE-3 = sistema di codifica (Tab HL7 #0396) CE-4 = MARK CE-5 = MARKER CE-6 = L n.b.: il legame con il microrganismo di riferimento è espresso utilizzando il medesimo OBX-4</p> <p>Ripetizione segmento OBX per antibiotico testato (gruppi antibiogrammi [L3]):</p> <p>CE-1 = codice antibiotico CE-2 = descrizione testuale CE-3 = sistema di codifica (Tab HL7 #0396) CE-4 = ATB CE-5 = ANTIBIOTICO TESTATO CE-6 = L</p>
OBX-4	<p>Progressivo usato per distinguere segmenti OBX multipli nell'ambito dello stesso identificativo univoco OBX-3.</p> <p>Nel caso di indagini culturali di microbiologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in tutti i gruppi può essere usato per associare informazioni afferenti alla medesima osservazione (v. ripetizioni OBX per carica batterica, note, ...). Esempio: carica batterica relativa ad un particolare microrganismo o ad un particolare esito dell'indagine - nel gruppo relativo alle identificazioni di microrganismi (L2) ogni microrganismo presenta il proprio progressivo che viene poi utilizzato come legame con il relativo antibiogramma - nel gruppo relativo agli antibiogrammi (L3), viene obbligatoriamente valorizzato con il progressivo del microrganismo su cui l'antibiotico è stato testato.
OBX-5	<p>Dato o Valore osservato relativamente all'esame richiesto. Il tipo di formato è indicato in OBX-2.</p> <p>Nel caso di indagini culturali di microbiologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nel gruppo relativo agli esiti dell'indagine è valorizzato con l'esito ottenuto; - nei gruppi relativi ai microrganismi valorizzato con il microrganismo identificato (si può utilizzare il formato codice e descrizione [CE] in alternativa alla stringa semplice); - nel gruppo relativo agli antibiogrammi, viene valorizzato con l'esito dell'antibiogramma (ammessi sia valori qualitativi tratti dalla suscettibilità, sia MIC [concentrazione minima inibente])
OBX-6	<p>Unità di misura. Contenuto: CE-1 = unità di misura; CE-2 = descrizione unità di misura, CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).</p>
OBX-7	<p>Limite inferiore e superiore per un risultato, i formati accettati sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> lower limit – upper limit > lower limit < upper limit <p>Nel caso di risultati non numerici, può essere comunicata una stringa non formattata ad indicare il valore di "normalità" (es. "negativo").</p> <p>Nel caso di gruppi relativi agli antibiogrammi, si può utilizzare la seguente codifica: $S < MicS; R > MicR, WT = WildType$ Dove $MicS$ è il valore di cut-off della suscettibilità MIC, $MicR$ è il valore di cut-off della resistenza MIC, $WildType$ è il valore di cut-off del wild type</p>
OBX-8	<p>Codice dello stato di anomalia di un risultato, secondo la Tab. UD#0078; alcuni di questi valori sono consigliati nel caso di risultati legati ad esami di microbiologia (suscettibilità), in particolare nei gruppi relativi agli antibiogrammi (L3).</p> <p>Modalità di utilizzo del "wild type alert" flag: utilizzato opzionalmente nei gruppi relativi agli antibiogrammi (L3), se comunicato, presente potrebbe essere presente unicamente al flag di suscettibilità. Dal momento che non è presente un sottocampo in grado di qualificare il contenuto del campo, si utilizza un criterio posizionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prima ripetizione: può essere utilizzato solo per comunicare il flag di suscettibilità - Seconda ripetizione: può essere utilizzato solo per comunicare il "wild type alert" flag
OBX-11	Stato del risultato. Si veda la tabella HL7#0085
OBX-13	Questo campo può essere utilizzato per i risultati di microbiologia, nel gruppo del risultato, per indicare il numero degli eventuali microrganismi identificati.
OBX-14	Data e ora relativa all'osservazione, formato YYYYMMDDHHMM[SS]. Si consiglia di valorizzare questo campo in tutte le ripetizioni del segmento OBX.
OBX-16	<p>Medico responsabile del risultato</p> <p>XCN-1 = Codice Fiscale o Codice interno dell'AO; XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-23 = Assigning Department (Tab UD#0363).</p>

OBX-17	Nel caso di indagini culturali di microbiologia , nei gruppi degli antibiogrammi (L3), una ripetizione di tale campo può essere utilizzata per indicare il nome dell'antibiogramma ⁸⁹ a cui l'antibiotico testato appartiene (quanto riportato in MAIUSCOLO è da valorizzarsi obbligatoriamente come indicato): CE-1 = codice antibiogramma CE-2 = descrizione antibiogramma CE-3 = sistema di codifica (Tab HL7 #0396) CE-4 = ATBG CE-5 = ANTIBIOGRAMMA CE-6 = L
OBX-18	Riporta il valore di ordinamento del risultato dell'esame che verrà visualizzato dall' EPR di PRI.
OBX-19	Data /ora dell'analisi.

Struttura del segmento OBX**7.4.13.1.7 Segmento NTE**

Il segmento NTE è utilizzabile per trasportare eventuali note e commenti liberi relativamente ai segmenti OBR e/o OBX.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID-NTE
2	8	ID	O		0105	Source of Comment
3	56636	FT	O	Y		Comment
4	250	CE	O		0364	Comment Type

Struttura del segmento NTE

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	L = Il comment appartiene all'order filler
NTE-3	Il campo contiene il testo della nota.
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata. CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = valorizzare con una descrizione della tipologia di nota/commento

Compilazione del segmento NTE**7.4.14 OUL^R24 – Unsolicited Order Oriented Observation Message (Deprecato)**

Il messaggio è stato deprecato da IHE quindi il presente documento ne mantiene la struttura come riferimento alle integrazioni che ne fanno già uso.

Il messaggio ha la struttura seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
PID	Patient Identification
[PV1]	Patient Visit
{	-- ORDER BEGIN ---
OBR	Observation Request
[ORC]	Common Order (for one battery)
[TQ1]	Timing/Quantity
[{ OBX }]	Observations related to specimen
[{	-- SPECIMEN BEGIN --
SPM	Specimen
[{ OBX }]	Observation Related to specimen

⁸⁹ L'utilizzo del campo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

}]	-- SPECIMEN END --
[{	-- RESULT BEGIN --
OBX	Observation Related to OBR
[{ NTE }]	Notes and comments
}]	-- RESULT END --
}	-- ORDER END --

Struttura del messaggio OUL^R24

Il messaggio prevede due possibili insiemi di segmenti OBX. I segmenti OBX che seguono il segmento SPM si riferiscono ad osservazioni relative al campione diagnostico; si possono avere situazioni in cui c'è un solo SPM seguito dai relativi risultati, ovvero l'analisi è stata condotta su più campioni: in questo caso avremo più segmenti SPM seguiti dai corrispondenti segmenti OBX. Per quanto riguarda le osservazioni riferite al paziente o all'ordine (es. indicazioni di peso, altezza, settimana di gravidanza, ecc.), queste saranno inserite nei segmenti OBX indicati come "Observation related to OBR".

7.4.15 SIU^S12 – Notification of new appointment booking

Il messaggio SIU^S12 viene usato per notificare la schedulazione di un appuntamento.

La struttura del messaggio è descritta di seguito.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
SCH	Schedule Activity Information
[{TQ1}]	Timing / Quantity
[{	--- PATIENT begin
PID	Patient Identification
[PV1]	Patient Visit
}]	--- PATIENT end
{	--- RESOURCES begin
RGS	Resource Group Segment
[{	--- SERVICE begin
AIS	Appointment Information – Service
}]	--- SERVICE end
[{	--- LOCATION_RESOURCE begin
AIL	Appointment Information – Location
[{NTE}]	Notes and Comments
}	--- RESOURCES end

Struttura dei messaggi SIU^S12-S13-S15**7.4.15.1 Segmento MSH**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.1.1

7.4.15.2 Segmenti PID e PV1

I segmenti PID e PV1 non sono obbligatori negli scenari IHE, tuttavia si suggerisce di riempire comunque (qualora possibile) questi campi, per riportare sempre i riferimenti minimi del paziente e della richiesta; per tali segmenti si rimanda alle descrizioni del 7.4.2.1.2e del 7.4.2.1.5.

7.4.15.3 Segmento SCH

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
-----	-----	----	-----	------	--------------

1	75	EI	O			Placer Appointment ID
2	75	EI	R			Filler Appointment ID
4	22	EI	O			Placer Group Number
6	250	CE	R			Event Reason
12	250	XCN	O			Placer Contact Person
16	250	XCN	R	Y		Filler Contact Person
20	250	XCN	O	Y		Entered by Person
26	22	EI	C	Y		Placer Order Number
27	22	EI	C	Y		Filler Order Number

Struttura del segmento SCH

CAMPO	CONTENUTO
SCH-1	Identificativo univoco dell'appuntamento generato dall'applicativo Order Placer. Questo campo di solito non viene utilizzato.
SCH-2	Identificativo univoco dell'appuntamento generato dall'applicativo Order Filler.
SCH-4	Questo campo permette di avere un identificativo unico nel caso in cui l'Order Placer voglia raggruppare più richieste di appuntamenti.
SCH-6	Questo campo contiene un codice identificativo che spiega la ragione per cui il messaggio è stato inviato; Formato: CE-1 = vuoto; CE-2 = valorizzato sempre con "APT".
SCH-12	Questo campo contiene i dati della persona responsabile della schedulazione della richiesta d'appuntamento. Formato: XCN-1 = Codice univoco all'interno della struttura; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-23 = Assigning Department (Tab UD#0363).
SCH-16	Questo campo indica la persona di riferimento responsabile della schedulazione dell'appuntamento richiesto; Formato: XCN-1 = Codice univoco all'interno della struttura; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-23 = Assigning Department (Tab UD#0363).
SCH-20	Questo campo indica la persona che richiede la prestazione; Formato: XCN-1 = Codice univoco all'interno della struttura; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-23 = Assigning Department (Tab UD#0363).
SCH-26	Identificativo univoco della richiesta, generato dall'applicativo Order Placer, associata alla schedulazione fatta dall'Order Filler; questa informazione è la stessa che viene inviata dall'Order Placer con il messaggio ORM, nel campo ORC-2.
SCH-27	Identificativo univoco della richiesta, generato dall'applicativo Order Filler, associata alla schedulazione fatta dall'Order Filler.

Compilazione del segmento SCH**7.4.15.4 Segmento TQ1**

Il segmento TQ1 viene utilizzato per riportare dati che interessano le modalità temporali di svolgimento degli esami, quantità di servizi da erogare (ad es. due prelievi da effettuare) e altre informazioni utili alla preparazione per un esame.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – TQ1
2	20	CQ	O			Quantity
3	540	RPT	O	Y	0335	Repeat Pattern
6	20	CQ	O			Service Duration
9	250	CWE	R	Y	0485	Priority
13	20	CQ	O			Occurrence Duration

Struttura del segmento TQ1

CAMPO	CONTENUTO
TQ1-1	Progressivo riga all'interno del messaggio. Di solito è presente una sola occorrenza del segmento quindi può essere omesso
TQ1-2	Qualora fosse necessario indicarla può essere inserita la "quantità" delle prestazioni erogate ad es. il numero di volte che deve essere ripetuto un certo esame. Per default è "1".
TQ1-3	Questo campo può specificare la frequenza e le condizioni di erogazione del servizio secondo la tab HL7 #0335. Può indicare anche delle condizioni in cui si svolgerà la prestazione. Questo campo può essere ripetuto per specificare più condizioni di esecuzione e di tempo per lo stesso esame

TQ1-6	Può specificare ulteriori dettagli sull'erogazione della prestazione. Es. 3^d: per tre giorni
TQ1-9	La prima ripetizione contiene uno dei possibili valori del gruppo 1 della tabella La seconda ripetizione contiene uno dei possibili valori del gruppo 2 della tabella
TQ1-13	Indica la durata di ogni intervallo di erogazione. Es: 20^m: 20 minuti

Compilazione del segmento TQ1**7.4.15.5 Segmenti RGS, AIS, AIL**

Per quanto riguarda i segmenti RGS e AIS si richiede che per ogni appuntamento sia presente nel messaggio una terna RGS-AIS-AIL; ad esempio, se il messaggio riporta una richiesta per tre prestazioni in date diverse, il messaggio HL7 conterrà tre terne di segmenti RGS-AIS-AIL.

7.4.15.6 Segmento RGS

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
1	4	SI	R		Set ID-RGS
2	3	ID	C	0206	Segment Action Code
3	25	CE	O		Resource group ID

Struttura del segmento RGS

CAMPO	CONTENUTO
RGS-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
RGS-2	Nel caso del messaggio SIU^S12 deve valere "A", nel caso del messaggio SIU^S13 deve valere "U", nel caso del messaggio SIU^S15 deve valere "D".
RGS-3	Questo campo indica un codice che ha lo scopo di raggruppare l'insieme di prestazioni identificate nel segmento AIS per le quali si richiede la schedulazione dell'esecuzione.

Compilazione del segmento RGS**7.4.15.7 Segmento AIS**

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
1	4	SI	R		Set ID-AIS
2	3	ID	R	0206	Segment Action Code
3	250	CE	R		Universal Service Identifier
4	26	TS	R		Start Date/Time
7	20	NM	O		Duration
8	250	CE	O		Duration Units

Struttura del segmento AIS

CAMPO	CONTENUTO
AIS-1	Progressivo riga all'interno del messaggio. Uguale al campo RGS-1.
AIS-2	Nel caso del messaggio SIU^S12 deve valere "A", nel caso del messaggio SIU^S13 deve valere "U", nel caso del messaggio SIU^S15 deve valere "D".
AIS-3	Prestazione richiesta da schedulare; l'esame è quello richiesto dall'Order Placer con il messaggio ORM. Formato: CE-1 = codice prestazione; CE-2 = descrizione prestazione, CE-3 = Nome del sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
AIS-4	Data e ora dell'appuntamento, formato YYYYMMDDHHMMSS.
AIS-7	Durata dell'esame, deve essere un valore numerico positivo e >0.
AIS-8	Questo campo indica qual è l'unità di misura usata per esprimere il campo AIS-7; alcuni valori possibili sono "minute", "second", "hour"; se il campo non è valorizzato si assume come unità di misura "second".

Compilazione del segmento AIS

7.4.15.8 Segmento AIL

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
1	4	SI	R		Set ID-AIL
2	3	ID	C	0206	Segment Action Code
3	250	PL	R		Location Resource ID
4	26	TS	C		Start Date/Time
9	20	NM	O		Duration
10	250	CE	O		Duration Units

Struttura del segmento AIL

CAMPO	CONTENUTO
AIL-1	Progressivo riga all'interno del messaggio. Uguale al campo RGS-1 e AIS-1.
AIL-2	Nel caso del messaggio SIU^S12 deve valere "A", nel caso del messaggio SIU^S13 deve valere "U", nel caso del messaggio SIU^S15 deve valere "D". Sono gli stessi valori indicati in AIS-2
AIL-3	È possibile specificare diversi dettagli della location. Formato: PL-1=Point of Care PL-2=Room PL-3=Bed PL-6=Location Description
AIL-4	Data e ora dell'appuntamento, formato YYYYMMDDHHMMSS. Se indicata assume lo stesso valore di AIS-4.
AIL-9	Periodo di prenotazione della location, in genere una sala di erogazione della prestazione, deve essere un valore numerico positivo e >0.
AIL-10	Questo campo indica qual è l'unità di misura usata per esprimere il campo AIL-9; alcuni valori possibili sono "minute", "second", "hour"; se il campo non è valorizzato si assume come unità di misura "second".

Compilazione del segmento AIL

7.4.15.9 Segmento NTE

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
1	4	SI	O		Set ID-NTE
2	8	ID	O	0105	Source of Comment
3	56636	FT	O		Comment
4	250	CE	O	0364	Comment Type

Struttura del segmento NTE

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	O = Other system is source of comment.
NTE-3	Questo campo contiene il testo del commento; per cancellare un commento inviato precedentemente è sufficiente usare lo standard HL7 e inserire in questo campo i doppi apici.
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di commento.

Compilazione del segmento NTE

7.4.16 SIU^S13 – Notification of new appointment rescheduling

Il messaggio SIU^S13 viene usato per notificare la ri-schedulazione di un appuntamento. Per la struttura e la compilazione vedere par. 7.4.15

7.4.17 SIU^S15 – Notification of new appointment cancellation

Il messaggio SIU^S15 viene usato per notificare la cancellazione di un appuntamento. Per la struttura e la compilazione vedere par. 7.4.15

7.4.18 QBP^SLI^QBP_Q11 – Query for Label Delivery

La struttura del messaggio di richiesta di istruzioni per il rendering delle etichette è la seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
QPD	Query Parameter Definition
RCP	Response Control Parameter

Struttura del messaggio QBP^SLI^QBP_Q11

7.4.18.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.1.1
Il campo MSH-9 va compilato con QBP^SLI^QBP_Q11.

7.4.18.2 Segmento QPD

Il segmento QPD ha la struttura definita dal profilo IHE LAB-62 e trasporta i parametri necessari alla query per la richiesta delle istruzioni di rendering delle etichette.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	60	CE	R			Message Query Name
2	32	ST	R			Query Tag
3	80	CX	C			Patient ID
4	250	CX	C			Patient Visit Number
5	22	EI	C			Placer Group Number
6	22	EI	C			Placer Order Number
7	22	EI	C			Filler Order Number
8	53	DR	C			Search Period

Struttura del segmento QPD

Almeno uno dei parametri QPD-3, QPD-4, QPD-5, QPD-6, QPD-7 deve essere valorizzato.

CAMPO	CONTENUTO
QPD-1	Deve essere valorizzato con SLI^Specimen Labeling Instructions^IHE_LABTF
QPD-2	Identificativo univoco della query
QPD-3	Identificativo univoco del paziente definito come il PID-3 (idBDA, codice fiscale, tessera sanitaria...)
QPD-4	Valorizzato come PV1-19 dell'ordine
QPD-5	Valorizzato come ORC-4 dell'ordine
QPD-6	Valorizzato come OBR-2 dell'ordine
QPD-7	Valorizzato come OBR-3 della risposta all'ordine
QPD-8	Non utilizzato

Compilazione del segmento QPD

7.4.18.3 Segmento RCP

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	1	ID	R		0091	Query Priority

2	10	CQ	O		0126	Quantity Limited Request
3	60	CE	R		0394	Response Modality

Struttura del segmento RCP

CAMPO	CONTENUTO
RCP-1	Deve essere valorizzato con I (Immediate)
RCP-2	Non utilizzato
RCP-3	Deve essere valorizzato con R (Realtime)

Compilazione del segmento RCP**7.4.19 QBP^SLP^QBP_Q11 – Query for Label PDF**

La struttura del messaggio di richiesta delle etichette in formato PDF è la seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
QPD	Query Parameter Definition
RCP	Response Control Parameter

Struttura del messaggio QBP^SLP^QBP_Q11**7.4.19.1 Segmento MSH**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.1

Il campo MSH-9 va compilato con QBP^SLP^QBP_Q11.

7.4.19.2 Segmento QPD

Il segmento QPD contiene oltre ai parametri previsti dal profilo IHE LAB-62 anche altri parametri tramite i quali l'Order Placer fornisce al Laboratorio informazioni utili alla formattazione delle etichette.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	60	CE	R			Message Query Name
2	32	ST	R			Query Tag
3	80	CX	C			Patient ID
4	250	CX	C			Patient Visit Number
5	22	EI	C			Placer Group Number
6	22	EI	C			Placer Order Number
7	22	EI	C			Filler Order Number
8	53	DR	C			Search Period
9	1	ST	R			Formato Stampa
10	3	NM	R			Larghezza Foglio
11	3	NM	R			Altezza Foglio
12	3	NM	C			Margine Top
13	3	NM	C			Margine Left
14	2	NM	C			Etichette Per Colonna
15	2	NM	C			Etichette Per Riga
16	3	NM	C			Spaziatura Colonne
17	3	NM	C			Spaziatura Righe

Struttura del segmento QPD

Almeno uno dei parametri QPD-3, QPD-4, QPD-5, QPD-6, QPD-7 deve essere valorizzato. I parametri a partire dal QPD-12 sono obbligatori nel caso in cui QPD-9 indichi l'uso del "modulo unico", ossia di un foglio su cui vengono stampate più etichette.

CAMPO	CONTENUTO
QPD-1	Deve essere valorizzato con SLP^Specimen Label Printable^IHE_LABTF
QPD-2	Identificativo univoco della query
QPD-3	Identificativo univoco del paziente definito come il PID-3 (idBDA, codice fiscale, tessera sanitaria...)
QPD-4	Valorizzato come PV1-19 dell'ordine
QPD-5	Valorizzato come ORC-4 dell'ordine
QPD-6	Valorizzato come OBR-2 dell'ordine
QPD-7	Valorizzato come OBR-3 della risposta all'ordine
QPD-8	Non utilizzato
QPD-9	Flag indicante se le etichette vengono stampate singolarmente o su un "modulo unico"; valori ammessi: 0: etichetta singola 1: modulo unico
QPD-10	Larghezza in mm del foglio per il "modulo unico" o della singola etichetta.
QPD-11	Altezza in mm del foglio per il "modulo unico" o della singola etichetta.
QPD-12	Margine alto del foglio in mm (si assume top = bottom). Obbligatorio se QPD-9 = 1
QPD-13	Margine sinistro del foglio in mm (si assume left = right). Obbligatorio se QPD-9 = 1
QPD-14	Numero di etichette per colonna. Obbligatorio se QPD-9 = 1
QPD-15	Numero di etichette per riga. Obbligatorio se QPD-9 = 1
QPD-16	Spaziatura fra le colonne in mm. Obbligatorio se QPD-9 = 1
QPD-17	Spaziatura fra le righe in mm. Obbligatorio se QPD-9 = 1

Compilazione del segmento QPD**7.4.19.3 Segmento RCP**

Vedi par. 7.4.18.3

7.4.20 RSP^SLI^RSP_K11 – Label Delivery Response

Il messaggio di risposta per l'evento SLI trasporta le istruzioni sul rendering delle etichette in segmenti ZLT. Il segmento ripetuto ZLT posto dopo il PV1 viene usato per le etichette di intestazione, quello posto nel gruppo SPECIMEN viene usato per le etichette per i campioni.

A parte i segmenti ZLT la struttura del messaggio, riportata di seguito, è quella definita da IHE nel profilo LAB-62.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledgement
[ERR]	Error
QAK	Query Acknowledgement
QPD	Query Parameter Definition
[--- PATIENT begin
PID	Patient Identification
[PV1]	Patient Visit
[{OBX}]	Observation Related to the Patient
[{ZLT}]	Label Construction Information
{	--- SPECIMEN begin
SPM	Specimen
[{OBX}]	Observation Related to Specimen
[{SAC}]	Specimen Container
[{ZLT}]	Label Construction Information
{	--- ORDER begin
ORC	Common Order

[{TQ1}]	Timing/Quantity
[--- OBSERVATION REQUEST begin
OBR	Observation Request
[TCD]	Test Code Details
[{OBX}]	Observation Result
]	--- OBSERVATION REQUEST end
}	--- ORDER end
}	--- SPECIMEN end
]	--- PATIENT end

Struttura del messaggio **RSP^SLI^RSP_K11**

7.4.21 RSP^SLP^RSP_K11 – Label PDF Response

Il messaggio di risposta per l'evento SLP trasporta le immagini delle etichette in segmenti OBX. Il segmento ripetuto OBX posto dopo il PV1 viene usato per le etichette di intestazione, quello posto nel gruppo SPECIMEN viene usato per le etichette dei campioni.

La struttura del messaggio, riportata di seguito, è quella definita da IHE nel profilo LAB-62.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledgement
[ERR]	Error
QAK	Query Acknowledgement
QPD	Query Parameter Definition
[--- PATIENT begin
PID	Patient Identification
[PV1]	Patient Visit
[{OBX}]	Observation Related to the Patient (etichette di intestazione)
{	--- SPECIMEN begin
SPM	Specimen
[{OBX}]	Observation Related to Specimen (etichette per I campioni)
[{SAC}]	Specimen Container
{	--- ORDER begin
ORC	Common Order
[{TQ1}]	Timing/Quantity
[--- OBSERVATION REQUEST begin
OBR	Observation Request
[TCD]	Test Code Details
[{OBX}]	Observation Result
]	--- OBSERVATION REQUEST end
}	--- ORDER end
}	--- SPECIMEN end
]	--- PATIENT end

Struttura del messaggio **RSP^SLP^RSP_K11**

7.4.21.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.1.

7.4.21.2 Segmento MSA

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.3.

Il campo MSH-9 va compilato con RSP^SLI^RSP_K11 o RSP^SLP^RSP_K11.

7.4.21.3 Segmento ERR

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.4.

7.4.21.4 Segmento QAK

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	32	ST	C			Query Tag
2	2	ID	O		0208	Query Response Status
3	250	CE	O		0471	Message Query Name

Struttura del segmento QAK

CAMPO	CONTENUTO
QAK-1	Identificativo univoco della query; nella risposta si deve riportare il valore del campo QPD-2 della query
QAK-2	Esito della query (Tab HL7 #0208)
QAK-3	Nome della query cui si risponde; nella risposta si deve riportare il valore del campo QPD-1 della query

Compilazione del segmento QAK

7.4.21.5 Segmento PID

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.4.2.1.2

7.4.21.6 Segmento PVI

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.4.7.1.5

7.4.21.7 Segmento ZLT

Il segmento ZLT è stato definito per trasportare tutte le istruzioni fornite dal Laboratorio all'Order Placer per il rendering delle etichette.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	8	SI	R			Set ID – ZLT
2	2	NM	R			Identificativo Numero Etichetta
3	2	NM	R			Numero Riga Etichetta
4	16	ST	R			Codice Etichetta
5	2	ST	O			Categoria Etichetta
6	255	ST	C			Contenuto Riga Etichetta
7	1	CE	R			Tipo Contenuto
8	100	ST	R			Indicazioni Formattazione
9	2	NM	O			Numero Copie
10	2	NM	O			Ampiezza Barcode
11	2	NM	O			Altezza Barcode
12	2	NM	O			Dimensione Effettiva Barcode
13	16	ST	O			Tipo Barcode
14	8	ST	O			Filler Pattern
15	1	ST	C			Filler Side
16	1	ST	O			Bordatura Barcode
17	16	ST	C			Codice Campione
18	30	ST	O			Descrizione Etichetta

Struttura del segmento ZLT

CAMPO	CONTENUTO
-------	-----------

ZLT-1	Identificativo sequenziale del segmento
ZLT-2	Identificativo numero etichetta; nel caso ci siano N etichette questo valore andrà da 1 a N e fino a che resta costante varia il numero di riga ZLT-3
ZLT-3	Numero di riga all'interno dell'etichetta. Ciascuna ripetizione del segmento ZLT è relativa ad una riga dell'etichetta.
ZLT-4	Riferimento specifico gestito dal LIS per quella etichetta
ZLT-5	Codice di 2 cifre (XY) che possono assumere i seguenti valori: X = 0: Intestazione X = 1: Campione Y = 1: Madre Y = 2: Analisi Y = 3: Barcode NOTA: la codifica della "natura" del bar code da stampare non influisce
ZLT-6	Valore contenuto nella riga dell'etichetta. Il campo contiene anche gli eventuali caratteri di filling per la stampa del bar code Obbligatorio a seconda del valore del campo ZLT-7
ZLT-7	Tipologia del contenuto (ZLT-6), può assumere i seguenti valori: T: Testo B: Barcode A: Analisi (rappresenta un formato testuale) N: Null, per indicare una riga vuota R: RFID
ZLT-8	Indica il formato di rappresentazione (testo semplice, grassetto, ...). È un indizio di formattazione fornito dal LIS. È compito del componente che stamperà le etichette attualizzare opportunamente questo "suggerimento" (cioè, tradurlo in una effettiva formattazione, dove e se possibile). Attualmente prevede i seguenti suggerimenti di formato: 0: Nessuna regola 1: Grassetto 2: Compresso 3: Grassetto Compresso 4: Testo in Verticale
ZLT-9	Numero di copie; da valorizzare solo in corrispondenza delle istruzioni relative alla prima riga dell'etichetta
ZLT-10	Aampiezza del barcode (estensione orizzontale). Indica in numero di caratteri (units = "ch"), generalmente 8
ZLT-11	Altezza del barcode, inteso come numero di righe occupate
ZLT-12	Dimensione effettiva del barcode, inteso come caratteri validi, escludendo gli eventuali caratteri di Filling. ZLT-10 = ZLT-12 indica che tutti i caratteri del barcode sono significativi; ZLT-10 > ZLT-12 indica che ci sono ZLT-10 - ZLT12 caratteri di Filling
ZLT-13	Tipologia del barcode; può assumere i seguenti valori: 25: Interleaved 2/5 39: Alfa 39 128: Code 128 CB: Codebar
ZLT-14	Caratteri di riempimento da usare quando il valore da stampare è di lunghezza inferiore a quella necessaria per il barcode.
ZLT-15	Posizione dei caratteri di riempimento; può assumere i seguenti valori: L: Left R: Right Il campo è obbligatorio se ZLT-14 è valorizzato.
ZLT-16	Flag indicante se è necessario stampare un riquadro intorno al barcode; è un aspetto grafico usato per individuare un'urgenza della richiesta/campione dietro opportuna parametrizzazione. Può assumere i seguenti valori: 0: nessuna bordatura (default) 1: bordatura
ZLT-17	Codice campione
ZLT-18	Descrizione dell'etichetta a valore documentativo

Compilazione del segmento ZLT**7.4.21.8 Segmento OBX (Observation/Result)**

Il PDF per le etichette può contenere:

- un "modulo unico", ossia un singolo foglio con tante etichette
- una sola pagina con una etichetta
- tante pagine con una etichetta per pagina

A seconda dei casi sarà necessaria una o più ripetizioni del segmento OBX, la cui struttura è la seguente.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-OBX
2	30	ID	R		0125	Value Type
5	*	*	R			Observation value

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
OBX-2	Tipologia dell'informazione contenuta nel campo OBX-5. Deve essere valorizzato con ED (Encapsulated Data)
OBX-5	Documento PDF contenente una o più etichette codificato in Base64 Formato: OBX-5.2 Type of Data: multipart OBX-5.3 Data Subtype: Octet-stream OBX-5.4 Encoding: Base64 OBX-5.5 Data: documento PDF in Base64

Compilazione del segmento OBX

7.4.21.9 Segmento SPM

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.4.7.1.16

7.4.21.10 Segmento SAC

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.4.7.1.17

7.4.21.11 Segmento ORC

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.4.7.1.8

7.4.21.12 Segmento TQ1

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.4.7.1.10

7.4.21.13 Segmento OBR

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.4.7.1.11

7.4.21.14 Segmento TCD

Non utilizzato.

7.4.21.15 SRM^S01 – Request New Appointment Booking

Il messaggio SRM^S01 ha la struttura seguente.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
ARQ	Appointment Request Information
[--- PATIENT begin
PID	Patient Identification
[PV1]	Patient Visit
[PV2]	Patient Visit – Additional Info
]	--- PATIENT end
{	--- RESOURCES begin

RGS [AIS }] [AIL] }	Resource Group Segment --- SERVICE begin Appointment Information – Service --- SERVICE end --- LOCATION RESOURCE begin Appointment Information – Location Resource --- LOCATION RESOURCE end --- RESOURCES end
---	---

Struttura del messaggio SRM^S01

Si può utilizzare una sola ripetizione del gruppo RESOURCES all'interno della quale vengono inserite tutte le prestazioni (AIS), oppure più ripetizioni del gruppo RESOURCES nel caso si vogliano raggruppare le prestazioni (AIS) secondo una qualche politica. Un caso di raggruppamento può essere quello per indicare la preferenza sulla sala erogatrice (AIL): tutte le prestazioni (AIS) che devono essere erogate in una stessa sala (AIL) andranno inserite nella medesima ripetizione del gruppo RESOURCES.

7.4.21.16 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.1.

7.4.21.17 Segmento PID

Il segmento PID può contenere un set di dati anagrafici del paziente secondo uno dei possibili casi d'uso proposti.

Caso d'uso 1 – Il segmento PID contiene solo i dati obbligatori previsti dallo standard HL7.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name
8	1	IS	O		0001	Sex

Struttura del segmento PID

Per i dettagli sul contenuto e la valorizzazione dei campi vedi par. 7.2.1.4.

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 1. identificativo univoco aziendale 2. tessera TEAM 3. tessera sanitaria 4. codice fiscale 5. codice STP
PID-5	Cognome e nome dell'assistito.
PID-8	Sesso. Da valorizzare, se disponibile.

Compilazione del segmento PID

Caso d'uso 2 – Il segmento PID contiene il set di dati anagrafici previsto nella gestione del Patient Management. Per i dettagli sulla struttura del segmento PID vedi par. 7.3.1.3.

7.4.21.18 Segmento PV1

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al par. 7.4.2.1.5.

In particolare il campo PV1-3 può essere usato per indicare una preferenza sul luogo in cui prenotare le prestazioni, inteso come presidio, reparto, ambulatorio.

7.4.21.19 Segmento PV2

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CE	O			Admit Reason
36	1	ID	O		0136	Newborn Baby Indicator
45	250	CE	O	Y	0435	Advance Directive Code

Struttura del segmento PV2

CAMPO	CONTENUTO
PV2-3	Motivo del ricovero in caso di DH Sottocampi utilizzati: CE-1 = codice (vedi Tab Tabella SISS - Motivo Ricovero DH); CE-2 = descrizione; CE-3 = Sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
PV2-36	Indica se il paziente è un neonato
PV2-45	Indica ulteriori richieste di gestione relative all'ordine. Ogni ripetizione prevede la gestione di una opzione: <ul style="list-style-type: none"> • Richiesta di oscuramento. • Richiesta di stampa o non stampa del referto.

Compilazione del segmento PV2

7.4.21.20 Segmento ARQ

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	75	EI	R			Placer Appointment ID
2	75	EI	C			Filler Appointment ID
3	5	NM	C			Occurrence Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
5	250	CE	O			Schedule ID
6	250	CE	O			Request Event Reason
7	250	CE	O		0276	Appointment Reason
8	250	CE	O		0277	Appointment Type
9	20	NM	O			Appointment Duration
10	250	CE	O			Appointment Duration Units
11	53	DR	O	Y		Requested Start Date/Time Range
12	5	ST	O			Priority-ARQ
13	100	RI	O			Repeating Interval
14	5	ST	O			Repeating Interval Duration
15	250	XCN	R	Y		Placer Contact Person
16	250	XTN	R	Y		Placer Contact Phone Number
18	80	PL	O			Placer Contact Location
19	250	XCN	R	Y		Entered By Person
20	250	XTN	O	Y		Entered By Phone Number
21	80	PL	O			Entered By Location
22	75	EI	O			Parent Placer Appointment ID
23	75	EI	O			Parent Filler Appointment ID
24	22	EI	C	Y		Placer Order Number
25	22	EI	C	Y		Filler Order Number

Struttura del segmento ARQ

CAMPO	CONTENUTO
ARQ-1	Identificativo univoco della richiesta di scheduling valorizzato dal richiedente
ARQ-2	Identificativo univoco dell'appuntamento assegnato dallo Scheduler alla prenotazione e restituito nel campo SCH-2; a parte la prima richiesta deve essere valorizzato sempre (ad es. per la cancellazione)

ARQ-3	Numero di occorrenza dell'appuntamento, usato in caso di appuntamenti ripetuti (ciclici); insieme a ARQ-22 o ARQ-23 identifica univocamente un'occorrenza (figlio) di un appuntamento ciclico (padre)
ARQ-4	Identificativo per raggruppare un insieme di ordini; corrisponderà a ORC-4 della richiesta d'ordine che può essere effettuata dopo aver ricevuto la schedulazione
ARQ-5	Identificativo dell'agenda, nel caso in cui lo Scheduler ne gestisca più di una
ARQ-6	Codice dell'evento della richiesta, da usare ad esempio per giustificare una richiesta di cancellazione
ARQ-7	Codice del motivo della richiesta di appuntamento. Se non valorizzato vale il default della tabella
ARQ-8	Tipo dell'appuntamento. Se non valorizzato vale il default della tabella
ARQ-9	Durata richiesta per l'appuntamento; nel caso di appuntamenti ripetuti misura la durata del singolo appuntamento
ARQ-10	Questo campo indica qual è l'unità di misura usata per esprimere il campo ARQ-9; alcuni valori possibili sono "minute", "second", "hour"; se il campo non è valorizzato si assume come unità di misura "second".
ARQ-11	Intervallo di data/ora richiesta per l'appuntamento. Formato: DR-1: data/ora di inizio appuntamento DR-2: data/ora di fine appuntamento Valorizzare solo DR-1 indica una data a partire dalla quale si richiede l'appuntamento. Valorizzare solo DR-2 indica una data entro la quale si richiede l'appuntamento. Il campo è ripetibile e consente quindi di fornire un insieme di intervalli di preferenza.
ARQ-12	Urgenza della richiesta.
ARQ-13	Nel caso di appuntamenti ripetuti indica l'intervallo di tempo tra due appuntamenti (Tab HL7#0335)
ARQ-14	Indica per quanto tempo deve durare un appuntamento ripetuto; se ARQ-13 è valorizzato e ARQ-14 non lo è, si intende un numero indefinito di ripetizioni
ARQ-15	Nome del medico responsabile per la richiesta dell'appuntamento. Formato: XCN-1 = Codice univoco all'interno della struttura XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-23 = Assigning Department (Tab UD#0363)
ARQ-16	Recapito telefonico del medico responsabile per la richiesta di appuntamento. Formato: XTN-3 = PH XTN-12 = Numero di telefono
ARQ-18	Reparto di appartenenza del medico responsabile per la richiesta dell'appuntamento. Formato: PL-1 = codice reparto PL-4 = codice azienda ospedaliera PL-7 = codice dell'ambulatorio PL-9 = descrizione per esteso del reparto PL-10 = codice del presidio
ARQ-19	Nome della persona responsabile dell'inserimento della richiesta di appuntamento. Formato: XCN-1 = Codice univoco all'interno della struttura; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-23 = Assigning Department (Tab UD#0363)
ARQ-20	Recapito telefonico della persona responsabile dell'inserimento della richiesta di appuntamento. Formato: XTN-3 = PH XTN-12 = Numero di telefono
ARQ-21	Reparto di appartenenza della persona responsabile dell'inserimento della richiesta di appuntamento. Formato: PL-1 = codice reparto PL-4 = codice azienda ospedaliera PL-7 = codice dell'ambulatorio PL-9 = descrizione per esteso del reparto PL-10 = codice del presidio
ARQ-22	Nel caso di un'occorrenza (figlio) di un appuntamento ripetuto contiene l'identificativo univoco della richiesta (ARQ-1) dell'appuntamento padre
ARQ-23	Nel caso di un'occorrenza (figlio) di un appuntamento ripetuto contiene l'identificativo univoco dell'appuntamento (ARQ-2) assegnato dallo Scheduler all'appuntamento padre
ARQ-24	Numero d'ordine del Placer, che verrà usato nella successiva richiesta d'ordine (ORC-2). Nel caso di richiesta di un nuovo appuntamento (S01) potrebbe non essere ancora disponibile
ARQ-25	Numero d'ordine assegnato dal Filler. Nel messaggio caso di richiesta di nuovo appuntamento (S01) non sarà disponibile

Compilazione del segmento ARQ

NOTA: ARQ-11 viene usato per indicare le preferenze sulla data di schedulazione a livello di intera richiesta (appuntamento); la preferenza a livello di singola prestazione viene indicata nel campo AIS-4.

7.4.21.21 Segmento RGS

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-RGS
2	3	ID	C		0206	Segment Action Code
3	25	CE	O			Resource group ID

Struttura del segmento RGS

CAMPO	CONTENUTO
RGS-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
RGS-2	Nel caso del messaggio SRM^S01 deve valere "A" (Add/Insert), nel caso del messaggio SRM^S04 e SRM^S05 deve valere "D" (Delete)
RGS-3	Questo campo indica un codice che ha lo scopo di raggruppare l'insieme di prestazioni identificate nel segmento AIS per le quali si richiede la schedulazione dell'esecuzione.

Compilazione del segmento RGS

7.4.21.22 Segmento AIS

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-AIS
2	3	ID	C		0206	Segment Action Code
3	250	CE	R			Universal Service Identifier
4	26	TS	C			Start Date/Time
7	20	NM	O			Duration
8	250	CE	O			Duration Units

Struttura del segmento AIS

CAMPO	CONTENUTO
AIS-1	Progressivo riga all'interno del messaggio
AIS-2	Nel caso del messaggio SRM^S01 deve valere "A" (Add/Insert), nel caso del messaggio SRM^S04 e SRM^S05 deve valere "D" (Delete)
AIS-3	Prestazione richiesta da schedulare; CE-1 = codice prestazione CE-2 = descrizione prestazione CE-3 = Nome del sistema di codifica (Tab HL7 #0396).
AIS-4	Data e ora per la singola prestazione inclusa nell'appuntamento; formato YYYYMMDDHHMMSS. Nei messaggi di richiesta (SRM) può essere usato per esprimere una preferenza di data, per la singola prestazione, diversa da quella espressa per l'intero appuntamento (ARQ-11). Nei messaggi di risposta (SRR) viene valorizzato dallo Scheduler, per ogni prestazione, con la data e ora fissata.
AIS-7	Durata dell'esame, deve essere un valore numerico positivo e >0.
AIS-8	Questo campo indica qual è l'unità di misura usata per esprimere il campo AIS-7; alcuni valori possibili sono "minute", "second", "hour"; se il campo non è valorizzato si assume come unità di misura "second".

Compilazione del segmento AIS

NOTA: Il campo AIS-4 indica la preferenza a livello di singola prestazione; per indicare le preferenze sulla data di schedulazione a livello di intera richiesta (appuntamento) viene usato il campo ARQ-11.

7.4.21.23 Segmento AIL

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-AIL
3	80	PL	O	Y		Location Resource ID

Struttura del segmento AIL

CAMPO	CONTENUTO
AIL-1	Progressivo riga all'interno del messaggio
AIL-3	Sala erogatrice; si gestisce una sola ripetizione di questo campo. Formato: PL-2 = sala erogatrice Nei messaggi di richiesta (SRM) può essere usato per esprimere una preferenza sulla sala erogatrice per l'insieme di prestazioni (AIS) presenti nello stesso gruppo RESOURCES Nei messaggi di risposta (SRR) viene valorizzato dallo Scheduler con la sala erogatrice assegnata all'insieme di prestazioni (AIS) presenti nello stesso gruppo RESOURCES.

Compilazione del segmento AIL

7.4.21.23.1 Modalità di compilazione richiesta

In base ai due scenari proposti con sistema di scheduler esterno o integrato sull'Order Filler si propone la seguente tabella che mette a confronto alcuni dei campi HL7 da usare nei due scenari per effettuare la richiesta di prestazioni; si vuole sottolineare come l'uso di messaggi HL7 differenti porta a trasportare certe informazioni in un caso a livello di intera richiesta e nell'altro a livello di singola prestazione. Alcune informazioni poi possono essere trattate solo in uno dei due scenari.

I campi trattati sono quelli meno ovvi o più difficili da mettere in relazione tra loro.

Scenario 1 – Scheduler sul Filler		Descrizione	Scenario 2 – Scheduler esterno		Descrizione
<i>Testata</i>	<i>Dettaglio (prestazione)</i>		<i>Testata</i>	<i>Dettaglio (prestazione)</i>	
	OBR-27 TQ-1 oppure TQ1-2	Quantità			
	OBR-27 TQ-2	Nel caso di appuntamenti ripetuti indica l'intervallo di tempo tra due appuntamenti	ARQ-13		Nel caso di appuntamenti ripetuti indica l'intervallo di tempo tra due appuntamenti
	TQ1-6	Può specificare ulteriori dettagli sull'erogazione della prestazione. Es. 3^d per 3 giorni	ARQ-14		Indica per quanto tempo deve durare un appuntamento ripetuto
			ARQ-9		Durata dell'intero appuntamento, comprensivo di tutte le prestazioni da erogare
	OBR-27 TQ-12	Numero di appuntamenti			
			ARQ-11		Intervallo di data/ora richiesta per l'intero appuntamento, comprensivo di tutte le prestazioni da erogare
	OBR-27 TQ-4	Data/ora di inizio appuntamento		AIS-4	Data e ora per la singola prestazione inclusa nell'appuntamento
	OBR-27 TQ-5	Data/ora di fine appuntamento			
	OBR-27 TQ-6	Urgenza della richiesta	ARQ-12		Urgenza della richiesta
	OBR-27 TQ-11 oppure TQ1-13	Durata della prestazione in un singolo appuntamento		AIS-7	Durata della prestazione in un singolo appuntamento
	ORC-12	Medico responsabile della	ARQ-15		Medico responsabile per la

		richiesta		richiesta dell'appuntamento
	OBR-17	Recapito telefonico del medico responsabile della richiesta	ARQ-16	Recapito telefonico del medico responsabile per la richiesta di appuntamento.
PV1-3		Reparto di ricovero del paziente	ARQ-18	Reparto di appartenenza del medico responsabile per la richiesta dell'appuntamento
	ORC-10	Operatore che inserisce nell'applicativo i dati della richiesta	ARQ-19	Nome della persona responsabile dell'inserimento della richiesta di appuntamento
	ORC-14	Recapito telefonico dell'operatore che inserisce i dati della richiesta	ARQ-20	Recapito telefonico della persona responsabile dell'inserimento della richiesta di appuntamento
	ORC-13	Servizio o reparto richiedente	ARQ-21	Reparto di appartenenza della persona responsabile dell'inserimento della richiesta di appuntamento

Confronto nell'uso dei campi HL7 nei due scenari

7.4.22 SRM^S04 – Request Appointment Cancellation

Vedi 7.4.21.15

7.4.23 SRM^S05 – Request Appointment Discontinuation

Vedi 7.4.21.15

7.4.24 SRR^S01 – New Appointment booking response

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledgment
[{ERR}]	Error Information
[-- SCHEDULE begin --
SCH	Schedule Activity Information
[-- PATIENT begin --
PID	Patient Identification
[PV1]	Patient Visit
[PV2]	Patient Visit – Additional Info
]	-- PATIENT end --
{	-- RESOURCE begin --
RGS	Resource Group Segment
[-- SERVICE begin --
AIS	Appointment Information – Service
}]	-- SERVICE end --
[--- LOCATION RESOURCE begin
AIL	Appointment Information – Location Resource
]	--- LOCATION RESOURCE end
}	-- RESOURCE end --
]	-- SCHEDULE end --

Struttura del messaggio SRR^S01

7.4.24.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.1

7.4.24.2 Segmento MSA

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.3

7.4.24.3 Segmento ERR

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.4

7.4.24.4 Segmento SCH

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	75	EI	O			Placer Appointment ID
2	75	EI	R			Filler Appointment ID
4	22	EI	C			Placer Group Number
5	250	CE	O			Schedule ID
6	250	CE	R			Event Reason
7	250	CE	O	0276		Appointment Reason
8	250	CE	O	0277		Appointment Type
11	200	TQ	B	Y		Appointment Timing Quantity
12	250	XCN	O	Y		Placer Contact Person
16	250	XCN	R	Y		Filler Contact Person
20	250	XCN	R	Y		Entered by Person
25	250	CE	O	0278		Filler Status Code
26	22	EI	C	Y		Placer Order Number
27	22	EI	C	Y		Filler Order Number

Struttura del segmento SCH

CAMPO	CONTENUTO
SCH-1	Identificativo univoco dell'appuntamento generato dall'applicativo Order Placer. Riporta il valore del campo ARQ-1 della richiesta di appuntamento
SCH-2	Identificativo univoco dell'appuntamento generato dallo Scheduler
SCH-4	Questo campo permette di avere un identificativo unico nel caso in cui l'Order Placer voglia raggruppare più richieste di appuntamenti.
SCH-5	Identificativo dell'agenda, nel caso in cui lo Scheduler ne gestisca più di una
SCH-6	Questo campo contiene un codice identificativo che spiega la ragione per cui il messaggio è stato inviato; Formato: CE-1 = vuoto; CE-2 = valorizzato sempre con "APT".
SCH-7	Codice del motivo della richiesta di appuntamento (Tab UD#0276)
SCH-8	Tipo dell'appuntamento (Tab UD#0277)
SCH-11	Data e ora di inizio intervento. Formato: TQ-4 data e ora inizio intervento, formato YYYYMMDDHHMMSS
SCH-12	Questo campo contiene i dati della persona responsabile della richiesta di schedulazione d'appuntamento. Formato: XCN-1 = Codice univoco all'interno della struttura; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-23 = Assigning Department (Tab UD#0363).
SCH-16	Questo campo indica la persona di riferimento responsabile della schedulazione dell'appuntamento richiesto. Formato: XCN-1 = Codice univoco all'interno della struttura; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-23 = Assigning Department (Tab UD#0363).
SCH-20	Nome della persona responsabile dell'inserimento della richiesta di appuntamento. Formato: XCN-1 = Codice univoco all'interno della struttura; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-23 = Assigning Department (Tab UD#0363)
SCH-25	Stato dell'appuntamento (Tab UD#0278)
SCH-26	Identificativo univoco della richiesta, generato dall'applicativo Order Placer, associata alla schedulazione; il valore coincide a quello del campo ORC-2 del messaggio di ordine
SCH-27	Identificativo univoco della richiesta, generato dall'applicativo Order Filler, associata alla schedulazione; il valore coincide a quello del campo ORC-3 del messaggio di ordine

Compilazione del segmento SCH

7.4.24.5 Segmento PID

Vedi par. 7.4.21.17

7.4.24.6 Segmento PVI

Vedi par. 7.4.21.18

7.4.24.7 Segmento PV2

Vedi par. 7.4.21.19

7.4.24.8 Segmento RGS

Vedi par. 7.4.21.21

7.4.24.9 Segmento AIS

Vedi par. 7.4.21.22

7.4.24.10 Segmento AIL

Vedi par. 7.4.15.8

7.4.25 SRR^S04 – Appointment Cancellation Response

Vedi par. 7.4.21.15

7.4.26 SRR^S05 – Appointment Discontinuation Response

Vedi par. 7.4.21.15

7.5 Report Management

7.5.1 RPY - Archiviazione Referti

Di seguito sono documentati i messaggi MDM (struttura e contenuto) previsti dalla NPRI nei processi di gestione dei documenti archiviati sul Repository aziendale.

I messaggi di archiviazione dei referti hanno subito evoluzioni di struttura e contenuto coerentemente con le fasi di evoluzione del progetto regionale SISS.

I messaggi di archiviazione (e di risposta relativi) sono stati quindi versionati per distinguere le diverse condizioni di archiviazione del documento sul Repository Regionale

Si riportano quindi le definizioni dei messaggi relativi alle tre classi di archiviazione:

- MDM 2011-01: Messaggi allineati alle logiche del Fascicolo Sanitario Elettronico SISS di gestione dei documenti addendum (rif. [3])

- MDM 2011-02: Estensione dei messaggi con la gestione degli attributi specifici
- MDM 2024-01 : Adeguamento dei messaggi a FSE 2.0

Il documento espone quindi le strutture dei messaggi MDM come segue:

MDM^T02 – richiesta archiviazione DCE Standard (par. 7.5.1.1.1)

MDM^T01 – risposta archiviazione DCE Standard (par.7.5.1.2.1)

MDM^T01 – Notifica del Link Logico DCE Standard (par.7.5.1.2.2)

MDM^T06 – richiesta archiviazione DCE Addendum (par.7.5.1.3.1)

MDM^T05 – risposta archiviazione DCE Addendum (par.7.5.1.4.1)

MDM^T05 – Notifica del Link Logico DCE Addendum (par. 7.5.1.4.3)

MDM^T03 – Notifica Cambio Stato DCE (par.7.5.1.5.1)

MDM^T04 – Aggiornamento Attributi DCE (par.7.5.1.6.1)

7.5.1.1 *MDM^T02 – Original Document Notification and Content*

Il messaggio consente di:

- Archiviare un documento di natura Standard sul Repository
- Aggiornare un documento di natura standard in stato di bozza sul Repository

7.5.1.1.1 *MDM^T02 – richiesta archiviazione DCE Standard*

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
[{SFT}]	Software Segment
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
[{	---
ORC	COMMON_ORDER begin
[{	Common order segment
TQ1	---
}]	TIMING begin
OBR	Timing/Quantity
}]	---
TXA	TIMING end
{	Observation request segment
OBX	---
[{NTE }]	COMMON_ORDER end
}	Document Notification
	Observation/Result (one or more required)
	Notes and comments about the observation (OBX)

Struttura del messaggio MDM^T02

7.5.1.1.1.1 Segmento MSH

Vedi par. 7.1.1. Rispetto alla descrizione standard sono previste le seguenti compilazioni:

- MSH-5: FSE

- MSH-21:
 - 2011-01
 - 2011-02 per l'archiviazione degli attributi specifici (par. 7.5.1.1.1.11.4)
 - 2024-01 per allineamento al FSE 2.0

7.5.1.1.1.2 Segmento SFT

Obbligatorio se MSH-21 = 2024-01

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	567	XON	R			Software Vendor Organization
2	15	ST	R			Software Certified Version or release Number
3	20	ST	R			Software Product Name
4	20	ST	R			Software Binary ID
5	1024	TX	O			Software Product Information
6	26	TS	O			Software Install Date

Struttura del segmento SFT

CAMPO	CONTENUTO
SFT-1	XON-1 = Nome della softwarehouse produttrice del software che accede al servizio
SFT-2	Versione della release del software che accede al servizio
SFT-3	Nome del software che accede al servizio
SFT-4	Codice identificativo binario del software; il campo è obbligatorio per l'HL7, nel caso questa informazione non sia disponibile è possibile compilare questo campo con lo stesso valore riportato nel campo SFT-2
SFT-5	Informazioni aggiuntive del prodotto fornite dal vendor
SFT-6	Data e ora di installazione in produzione, formato AAAAMMGG[HH24MM[SS]]

Compilazione del segmento SFT

7.5.1.1.1.3 Segmento EVN

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	26	TS	R			Recorded Date/Time
6	26	TS	O			Event Occurred

Struttura del segmento EVN

CAMPO	CONTENUTO
EVN-2	Data e ora di sistema
EVN-6	Data e ora dell'evento sanitario (intesa come data dell'inizio dell'episodio sanitario e non riferita ai documenti prodotti in relazione all'evento) Formato AAAAMMGG[HH24MM[SS]]. Se non presente verrà valorizzata di default con la data del referto

Compilazione del segmento EVN

7.5.1.1.1.4 Segmento PID

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name
6	250	XPN	O			Mother's Maiden name
7	26	TS	O			Birth Date
8	1	IS	O			Sex
11	250	XAD	O	Y	0001	Address
21	250	CX	O			Mother's Identifier
25	2	NM	O			Birth Order

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	<p>Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identificativo univoco aziendale <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = PI 2. Tessera sanitaria <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = SS 3. codice fiscale <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito (ammesse solo maiuscole) • CX-5 = NN 4. Identificativo per cittadini Non SISS o cittadini non identificabili con tessera sanitaria e codice fiscale che può essere uno solo tra: <ul style="list-style-type: none"> • Tessera TEAM • Codice STP • Altro <p>Il formato previsto per ognuno delle tre tipologie è il seguente:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. tessera TEAM (identificativo personale (campo 6 della tessera)) <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = NPI • CX-9.3 = Sigla Nazione indicata sulla tessera TEAM B. Codice STP <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = PNT C. Altro <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = U <p>Deve essere fornito almeno un identificativo del paziente per archiviare il DCE sul Repository. In particolare</p> <ul style="list-style-type: none"> • il codice fiscale è obbligatorio per i DCE da pubblicare sul FSE SISS con un DAO associato (anche il DAO deve essere generato con il codice fiscale per i DCE da pubblicare) • La tessera sanitaria di documenti da pubblicare sul SISS deve essere nel formato NNNAANNN
PID-5	<p>Cognome e nome dell'assistito (obbligatori).</p> <p>Formato: XPN-1 = Cognome (max 50) XPN-2 = Nome (max 50)</p>
PID-6	<p>Dati della madre del neonato</p> <p>Formato: XPN-1 = Cognome (max 50) XPN-2 = Nome (max 50) XPN-11 = codice del comune di nascita.</p> <p>Formato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codice ISTAT del comune italiano • Codice ISTAT dello stato estero prefissato da '999' <p>XPN-12 = Data di nascita. Formato YYYYMMDD</p>
PID-7	<p>Data di nascita (obbligatorio per i documenti da pubblicare sul FSE SISS e per la generazione del DAO).</p> <p>Formato YYYYMMDD</p>
PID-8	<p>Sesso (Obbligatorio)</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>M – maschio F – femmina</p>
PID-11	<p>Indirizzo di nascita " (obbligatorio per i documenti da pubblicare sul SISS).</p> <p>XAD-7 = BDL</p> <p>XAD-9 = codice ISTAT del comune di nascita.</p> <p>Formato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codice ISTAT del comune italiano • Codice ISTAT dello stato estero prefissato da „999
PID-21	Identificativo anagrafico della madre (vedi dettagli PID-3)
PID-25	Se valorizzato (con un valore numerico ≥ 1) indica la condizione per cui i dati contenuti nel PID-3 sono i dati del neonato mentre i dati della madre vengono associati al referto come dati cittadino (vedi descrizione iniziale Gestione Dati Neonato)

Compilazione del segmento PID

7.5.1.1.1.5 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
3	80	PL	O			Assigned Patient Location
5	250	CX	O			Preadmit number
6	80	PL	O			Prior Patient Location
8	250	XCN	O	Y	0010	Referring Doctor
9	250	XCN	B	Y	0010	Consulting Doctor
14	6	IS	O		0023	Admit Source
19	250	CX	O			Visit Number
44	26	TS	O			Admit Date/Time
45	26	TS	O	Y		Discharge Date/Time
50	250	CX	O		0203	Alternate Visit ID

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Indica il tipo di paziente (obbligatorio) Valori ammessi: I = Inpatient (paziente interno o ricoverato) O = Outpatient (paziente esterno)
PV1-3	Dati della struttura in cui viene prodotto il referto (obbligatorio) Formato: PL-1 = codice reparto o Unità Operativa (max 6) (coincide con il reparto di dimissione per i documenti di tipo Lettera di dimissione); PL-4.1 = codice azienda ospedaliera (obbligatorio – max 16 ⁹⁰); PL-7 = codice dell'ambulatorio (max 10); PL-10 = codice del presidio (obbligatorio – max 9) PL-11 = codice struttura di conservazione del documento (obbligatorio – max 16)
PV1-5	Numero di pre-ricovero Contenuto: CX-1 = Numero di pre-ricovero – obbl CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che regista il contatto CX-5 = "VN" – obbl CX-10 = codice del presidio – obbl

PV1-6	<p>Il campo contiene un codice reparto diverso a seconda del tipo di DCE archiviato:</p> <ul style="list-style-type: none"> Codice regionale reparto di accettazione per i DCE di tipo Lettera di dimissione. Codice regionale del reparto richiedete le prestazioni per i documenti di tipo Specialistico <p>Il reparto richiedente deve essere valorizzato per le prestazioni erogate nell'ambito della medicina del lavoro utilizzando il codice di reparto "fittizio" della medicina del lavoro censito sulla Piattaforma regionale. Formato: PL-1 = codice reparto (max 6)</p>
PV1-8	<p>Ogni ripetizione del campo contiene i dati di un medico:</p> <ul style="list-style-type: none"> medico refertante – obbligatorio se archiviato un DCE medico autorizzante – obbligatorio se archiviato un DAO medico richiedente – gestito solo nelle archiviazioni dei DCE specialistici <p>Formato:</p> <p>XCN-1 = Codice Fiscale (obbligatorio – solo maiuscole) XCN-2 = Cognome (obbligatorio – max 50) XCN-3 = Nome (obbligatorio – max 50) XCN-6 = descrizione del ruolo (solo per medico autorizzante – max 50) XCN-13 = "REFERTANTE" o "AUTORIZZANTE" o "RICHIEDENTE" (obbligatorio) XCN-14 = Dati sulla struttura di appartenenza del medico (opzionale): <ul style="list-style-type: none"> XCN-14.1 = codice azienda ospedaliera (obbligatorio – max 16) XCN-14.2 = codice del presidio (obbligatorio se rete patologia = 01 – max 9) XCN-14.3 = codice reparto (obbligatorio se rete patologia = 01 – max 6) </p>
PV1-9	<p>Dati del medico destinatario della richiesta di TLC – obbligatorio per i documenti di tipo richiesta di TLC</p> <p>Formato:</p> <p>XCN-1 = Codice Fiscale (obbligatorio – solo maiuscole) XCN-2 = Cognome (obbligatorio – max 50) XCN-3 = Nome (obbligatorio – max 50) XCN-6 = descrizione del ruolo (max 50) XCN-13 = "DESTINATARIO" (obbligatorio) XCN-14 = Dati sulla struttura di appartenenza del medico (opzionale): <ul style="list-style-type: none"> XCN-14.1 = codice azienda ospedaliera (obbligatorio – max 16) XCN-14.2 = codice del presidio (obbligatorio se rete patologia = 01 – max 9) XCN-14.3 = codice reparto (obbligatorio se rete patologia = 01 – max 6) </p>
PV1-19	<p>Identificativo dell'episodio sanitario a cui il DCE fa riferimento.</p> <p>Può contenere uno tra i seguenti identificativi di episodio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Numero nosologico di ricovero (10 – formato AAAANNNNNN dove AAAA è l'anno e NNNNNN è un progressivo numerico) Numero di pratica di PS (max 20) Identificativo episodio ambulatoriale (tipicamente numero di pratica assegnato dal CUP) (max 64) <p>Formato:</p> <p>CX-1 = Identificativo episodio CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo Valori ammessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> AMB – per identificativo episodio ambulatoriale ADT – per numero nosologico PS – per numero di pratica di PS <p>CX-5 = "MR" per il numero di cartella ambulatoriale e "VN" per identificativo episodio CX-10 = codice del presidio</p>
PV1-44	Data e ora di accettazione per i DCE di ricovero, di PS o di evaluation note (obbligatorio). Formato: YYYYMMDDHH24MM[SS]
PV1-45	Data e ora di dimissione per i DCE di ricovero o di PS Formato: YYYYMMDDHH24MM[SS]
PV1-50	<p>Il campo veicola una delle seguenti informazioni provenienti dall'ADT o dal sistema di Sala Operatoria</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificativo della richiesta di ricovero assegnato dall'applicativo gestionale delle liste dei ricoveri Identificativo univoco della seduta operatoria assegnato dall'applicativo di sala operatoria. <p>Formato:</p> <p>CX-1 = Identificativo CX-4 =<ul style="list-style-type: none"> LA – per l'id della lista di ricovero SUSE – per l'id della seduta operatoria <p>CX-5 =<ul style="list-style-type: none"> "MRT" per l'id di lista di ricovero "U" per l'id della seduta di sala operatoria </p> </p>

Compilazione del segmento PV1

7.5.1.1.1.6 Segmento ORC

Il segmento ORC consente di archiviare le seguenti categorie di informazioni:

- IUP associato ad una prestazione specialistica - DEPRECATO
- IUP associato ad un episodio di ricovero con prescrizione
- Prestazione:
 - codice e descrizione della prestazione (aziendale o SISS) associate al DCE specialistico
 - riferimenti della richiesta di ordine di esecuzione della prestazione specialistica scambiate tra l'applicativo ordinante (Order Placer) e l'applicativo erogatore (Order Filler)
 - NRE o RUR della prestazione

La coppia ORC-OBR deve essere obbligatoriamente presente nei messaggi MDM^T02 di archiviazione di un referto specialistico.

Non è obbligatoria nel caso in cui si voglia aggiornare una bozza di documento senza dover modificare gli attributi precedentemente archiviati.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
5	2	ID	O		0038	Order Status
8	200	EIP	O			Parent
9	26	TS	O			Date/Time of transaction
13	80	PL	O			Enterer's location
25	250	CWE	O			Order Status Modifier

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	"NW"
ORC-2	Identificativo dell'ordine assegnato dal richiedente delle prestazioni specialistiche
ORC-3	Identificativo dell'ordine assegnato dall'erogatore delle prestazioni specialistiche
ORC-4	Identificativo di raggruppamento delle prestazioni specialistiche assegnato dall'applicativo richiedente
ORC-5	"CM"
ORC-8	Campo DEPRECATO - Codice IUP associato alla prestazione specialistica o all'episodio di ricovero; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-47
ORC-9	Data e ora della richiesta delle prestazioni. Formato AAAAMMMGGHH24MM[SS]. Ai fini della pubblicazione al SISS (e della produzione del DAO) è consentito fornire una sola data/ora di richiesta uguale per tutte le prestazioni o semplicemente valorizzare solo la data della prima prestazione. La data deve essere la stessa utilizzata per la generazione dell'eventuale DAO associato al referto
ORC-25	Indica se la prestazione specialistica è aggiuntiva rispetto alla prescrizione originaria. Valore ammesso "PA"

Compilazione del segmento ORC

7.5.1.1.1.7 Segmento TQ1

Il segmento trasporta informazioni aggiuntive associate alle prestazioni specialistiche.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	20	CQ	O			Quantity

Struttura del segmento TQ1

CAMPO	CONTENUTO
TQ1-2	Quantità erogata della prestazione specialistica (max 3)

Compilazione del segmento TQ1**7.5.1.1.1.8 Segmento OBR**

Il segmento trasporta le codifiche relative alle prestazioni.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBR
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
7	26	TS	C			Observation Date/Time
18	60	ST	O			Placer Field #1
23	40	MOC	O			Charge to practice
24	10	ID	O			Diagnostic Service Sector ID
47	250	CE	O	Y	0074	Filler Supplementar Service Information

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Numero progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio
OBR-4	Prestazione associata al DCE Formato: CE-1 = codice prestazione *- obbligatorio (in caso di DCE di tipo lettera di dimissione valorizzare con RICOVERO) CE-2 = descrizione della prestazione. CE-3 = indica il tipo di codice prestazione – obbligatorio. Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none">• "SISS" – indica il codice SISS della prestazione• nome dell'applicativo archivante (campo MSH-3) se viene utilizzata una codifica proprietaria delle prestazioni. Il nome deve essere lo stesso configurato sulle tabelle di transcodifica della piattaforma CE-6 = chiave di transcodifica del codice prestazione dipartimentale in codice SISS – obbligatorio se CE-1 contiene il codice interno della prestazione. Rappresenta il codice configurato sulla tabella di transcodifica di Piattaforma.
OBR-7	Data e ora di erogazione della prestazione specialistica. Formato AAAAMMGGHH24MM[SS]
OBR-18	Codice RUR
OBR-23	Stato di pagamento della prestazione specialistica. Formato: MOC-2 = codice di stato di pagamento Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none">• CG – prestazione da pagare• PY – prestazione pagata• CD – Stornato• NC – prestazione da non pagare
OBR-24	Codice della disciplina di erogazione (obbligatorio tranne che per i DCE di tipo Patient Summary). Valori ammessi vedi tab. Tabella SISS - Disciplina Il codice deve essere identico e ripetuto su tutte le prestazioni.
OBR-47	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Filler (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).

Compilazione del segmento OBR

* Il codice della prestazione da utilizzare può essere:

- Codice SISS
- Codice interno

Se l'applicativo utilizza codifiche proprietarie delle prestazioni dovrà essere configurata su PRI la tabella di transcodifica associando al codice SISS della prestazione la coppia codice interno e chiave di transcodifica.

7.5.1.1.1.9 Segmento TXA

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-TXA
2	30	IS	R		0270	Document Type
3	2	ID	C		0191	Document Content Presentation
6	26	TS	O			Origination Date/Time
11	250	XCN	C	Y		Transcriptionist Code/Name
12	64	EI	R			Unique Document Number
14	64	EI	O	Y		Placer Order Number
15	50	EI	O			Filler Order Number
17	2	ID	R		0271	Document Completion Status
21	30	ST	C			Document Change Reason
22	250	PPN	O	Y		Authentication Person, Time Stamp

Struttura del segmento TXA

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	"1"
TXA-2	Il campo definisce la tipologia del DCE e di conseguenza di metadati del DCE da archiviare. Sono attualmente gestiti i seguenti tipi di attributo: DS – Lettera di dimissione CN – DCE specialistico ED – Verbale di PS PN – Evaluation note TC – Richiesta di teleconsulto RC – Risposta di teleconsulto OP – Da utilizzare per le tipologie di documento che non sono tra le precedenti (es. Patient Summary)
TXA-3	"multipart"
TXA-6	Data / ora di compilazione del referto Formato YYYYMMDDHH24MM[SS].
TXA-11	Dati dell'operatore che ha compilato il documento Formato: XCN-1 = Codice Fiscale (obbligatorio – solo maiuscole) XCN-2 = Cognome (obbligatorio – max 50) XCN-3 = Nome (obbligatorio – max 50) XCN-6 = descrizione del ruolo (max 50) XCN-13 = "COMPILATORE" (obbligatorio)
TXA-12	Codice identificativo del documento testuale o strutturato assegnato dal dipartimentale (obbligatorio). Formato: EI-1: identificativo del documento testuale EI-3: identificativo del documento strutturato
TXA-14	Link logico del referto testuale o strutturato assegnato dal Repository (gestito solo nelle richieste di aggiornamento di un referto in stato bozza). Formato: EI-1 = link logico del documento testuale EI-3 = link logico del documento strutturato
TXA-15	Identificativo dell'evento sanitario assegnato dal dipartimentale. Può essere un identificativo generico assegnato dal dipartimentale per identificare univocamente l'episodio sanitario a cui sono associati di DCE archiviati
TXA-17	Indica lo stato del DCE archiviato – Obbligatorio Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none">• IP – documento in stato BOZZA• AU – documento in stato VALIDATO (o non firmato)• LA – documento firmato [e marcato]. Per il corretto valore da utilizzare in base al documento/documenti archiviati consultare la spiegazione all'inizio del capitolo
TXA-21	Il campo indica la natura del DCE da archiviare – Obbligatorio può assumere i seguenti valori: <ul style="list-style-type: none">• 01 – STANDARD
TXA-22	Data e ora di firma del documento (obbligatorio per documenti firmati e/o marcati). Formato: PPN.15 = Data e ora di firma. Formato AAAAMMGGHH24MM[SS]

Compilazione del segmento TXA**7.5.1.1.10 Segmento OBX**

Sono previste diverse ripetizioni del segmento OBX destinate ad archiviare le seguenti tipologie di dati:

Documenti: è possibile archiviare i documenti (testuali e/o strutturati).

Informazioni associate ai documenti⁹¹: in associazione ai documenti possono essere archiviate ulteriori informazioni associate al documento tra le seguenti disponibili:

- Link di allegati
- Risposta a richieste di teleconsulto
- Caratterizzazioni cliniche

⁹¹

Deve essere sempre archiviato almeno un documento (testuale e/o strutturato) insieme agli allegati.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O	0125	Set ID - OBX	Set ID - OBX
2	2	ID	R			Value Type
3	250	CE	R			Observation Identifier
5	99999	Varies	R			Observation Value
13	20	ST	O			User Defined Access Check

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
OBX-2	Indica la tipologia di contenuto del campo OBX-5 (un documento o un'informazione aggiuntiva) Valori ammessi: ED = Encapsulated Data (per i documenti) RP = Reference Pointer (per i link ad altri documenti) CE = Coded Element (per le caratterizzazioni cliniche)
OBX-3	Viene compilato diversamente a seconda dell'informazione trasportata. DCE testuale in bozza, validato, firmato o marcato: CE-1 = Identificativo del Referto assegnato dal dipartimentale (ripetizione del campo TXA-12.1) CE-2 = Codice SISS del tipo documento ⁹² (obbligatorio per i documenti da inviare al SISS). Valori ammessi vedi Tabella SISS - Tipo Documento CE-3 = a seconda della tipologia di referto può assumere i seguenti valori costanti (obbligatorio): <ul style="list-style-type: none"> • "Referto" • "RefertoFirmato" • "RefertoMarcato" CE-5 = Tipologia interna del documento (Obbligatorio). Valori ammessi vedi Tabella SISS - Tipo Docume CE-6 = tipo fisico del documento (obbligatorio). Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none"> • "PDF" • "TXT" • "JPEG" • "PDF-CDA2" • "PDFA3" Documento di Autorizzazione (DAO) firmato - DEPRECATO: CE-3 = "DAO_Firmato" CE-6 = tipo fisico del documento (il formato è ottenuto dal servizio di generazione del DAO); Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none"> • "TXT" • "PDF" • "XML" Caratterizzazioni cliniche (È consentito archiviare N ripetizioni) CE-3 = "carattCliniche" Link allegato (È consentito archiviare N link ad allegati del DCE) CE-1 = identificativo del tipo di allegato CE-3 = "linkAllegato" CE-4 = tipologia dell'allegato. Valori ammessi vedi Tabella SISS - Formato Allegato CE-5 = eventuale URL di collegamento per la visualizzazione ⁹³ Sono attualmente previste le archiviazioni solo di link ad immagini consultabili via web secondo gli scenari regionali SISS. Si riporta un esempio di compilazione per il link immagine CE-1 = Study-OID CE-3 = "linkAllegato" CE-4 = 01 CE-5 = http://10.10.10.10:8080/1.3.6.1.4.1.21500.1.1.1.0.0.12376553 Documento strutturato CE-1 = identificativo interno del documento strutturato assegnato dal dipartimentale (ripetizione del campo TXA-12.3) CE-2 = Codice SISS del tipo documento ⁹⁴ (obbligatorio per i documenti da inviare al SISS). Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS - Tipo Documento CE-3 = a seconda della tipologia di referto può assumere i seguenti valori costanti (obbligatorio): <ul style="list-style-type: none"> • "CDA2" CE-5 = Tipologia interna del documento (obbligatorio). Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS - Tipo Docume CE-6 = tipo fisico del documento; può assumere i seguenti valori costanti (obbligatorio): <ul style="list-style-type: none"> • "XML": per CDA2 Bozza • "ZIP1": per CDA2 Validato o Consolidato (rif. [1])

⁹² Attualmente non sono previsti scenari di archiviazione per documenti di tipo 12,13,14

⁹³ L'URL dell'immagine archiviato dovrà essere utilizzabile dall'applicativo consultante attraverso un viewer DICOM esposto via web internamente all'azienda.

⁹⁴ Attualmente non sono previsti scenari di archiviazione per documenti di tipo 12,13,14

OBX-5	<p>Contenuto da archiviare (documento o link). La compilazione del campo varia in funzione del contenuto:</p> <p>Documento OBX-5.2 = multipart OBX-5.3 = Octet-stream OBX-5.4 = Base64 OBX-5.5 = documento codificato in Base64</p> <p>Link allegato RP-1 = Identificativo univoco dell'allegato. Il contenuto dipende dal tipo di allegato archiviato: <ul style="list-style-type: none"> • Immagini = Study ID • Risposte di TLC = link logico della richiesta di TLC </p> <p>Caratterizzazioni cliniche CE-1 = codice CE-3 = dizionario valori ammessi vedi tab Tabella SISS - Dizionario Codici</p>
OBX-13	<p>Versione dello schema del documento strutturato. Valori ammessi vedi tab Tabella SISS - Validazione Schema</p>

Compilazione del segmento OBX**7.5.1.1.1.11 Segmento NTE di OBX**

Le ripetizioni del segmento NTE consentono l'archiviazione di ulteriori attributi che possono essere classificati come:

- **Attributi del DCE** – Ogni ripetizione del segmento OBX contenente un documento da archiviare (testuale o strutturato) verrà seguita dalle ripetizioni dei segmenti NTE contenenti gli attributi al documento
- **Attributi del DAO** – La ripetizione del segmento OBX contenente il DAO verrà seguita alle ripetizioni del segmento NTE contenenti gli attributi del DAO
- **Attributi Amministrativi** – Le ripetizioni NTE contenente i dati amministrativi generali del referto verranno aggiunte al messaggio in coda all'ultima ripetizione del segmento OBX e dei suoi segmenti NTE di attributi.
- **Attributi specifici** – attributi specifici di ogni tipo di documento e archiviabili con segmenti NTE. Le informazioni del documento non vengono quindi inseriti in campi del messaggio HL7 dedicati ma vengono archiviate come dati generici. In base alla tipologia di documento sono definiti e approvati da Lombardia Informatica determinati dati archiviabili come attributi specifici con le conseguenti obbligatorietà di archiviazione ai fini di pubblicare il DCE sul SISS. Per i dettagli sui documenti a cui sono associati attributi specifici consultare le tabelle indicate (Tabella SISS - Attributi Specifici e Tabella SISS - Attributi Specifici Interni)

È possibile far seguire ad ogni ripetizione del segmento OBX una o più ripetizioni del segmento NTE contenente gli attributi del documento archiviato (OBX-5).

Gli attributi amministrativi possono essere riportati con le ripetizioni necessarie del segmento NTE in coda ai segmenti OBX.

ATTENZIONE: tutte le informazioni associate alla generazione del DAO, sia quindi dati in input che dati in output (hash, algoritmo di calcolo, versioneXSLT, ecc.) gestite dai servizi REF del DAO dovranno

essere archiviate insieme al referto e devono inoltre mantenere la congruenza con quelle usate per generare il DAO e quelle archiviate con il referto stesso.

La struttura del segmento è la seguente.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID-NTE
2	8	ID	O		0105	Source of Comment
3	56636	FT	O	Y		Comment
4	250	CE	O		0364	Comment Type

Struttura del segmento NTE

Per ogni informazione indicata di seguito è descritta la modalità di compilazione del segmento.

7.5.1.1.11.1 Attributi DCE

7.5.1.1.11.1.1 Hash

Nei messaggi di archiviazione di DCE con DAO deve essere archiviato sia l'hash del documento testuale che del documento strutturato.

Quindi ognuno dei due hash calcolati verrà archiviato con una ripetizione del segmento NTE relativa la segmento OBX che trasporta il documento (testuale o strutturato) su cui è stato calcolato il rispettivo hash.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	O = Other system is source of comment
NTE-3	Contiene l'output ottenuto applicando la funzione hash al referto e permette di identificare il documento attraverso una stringa – obbligatorio
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata. Obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "hashReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "hashCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato

Compilazione del segmento NTE

7.5.1.1.11.1.2 AlgoritmoHash

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	O = Other system is source of comment
NTE-3	Contiene l'algoritmo utilizzato per il calcolo dell'hash – obbligatorio
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata – obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "algoritmoHashReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "algoritmoHashCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato

Compilazione del segmento NTE

7.5.1.1.11.1.3 Validazione Schema

Attributo obbligatorio del DCE strutturato che contiene la versione dello schema del documento.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	O = Other system is source of comment
NTE-3	Contiene la versione dello schema del documento strutturato – obbligatorio Valori ammessi vedi tab Tabella SISS - Validazione Schema
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata – obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "validazioneSchema"

Compilazione del segmento NTE**7.5.1.1.11.1.4 SizeDocumento**

Attributo del DCE ottenuto dai servizi SISS-Way 2008 (o release successive) di generazione del DAO che indica la dimensione del documento archiviato.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	O = Other system is source of comment
NTE-3	Contiene la dimensione del documento – obbligatorio
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata – obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "sizeDocumentoReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "sizeDocumentoCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato

Compilazione del segmento NTE**7.5.1.1.11.1.5 Linguaggio**

Attributo obbligatorio del DCE che indica il linguaggio del documento archiviato (2011).

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	O = Other system is source of comment
NTE-3	Contiene il codice del linguaggio del documento – obbligatorio Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS - Linguaaggio Documento .
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata – obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "linguaggioDocumentoReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "linguaggioDocumentoCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato

Compilazione del segmento NTE**7.5.1.1.11.2 Attributi DAO - DEPRECATO****7.5.1.1.11.2.1 VersioneXSLT**

Attributo del DAO ottenuto dai servizi di generazione del DAO che rappresenta la versione del file di transform utilizzata per la generazione del documento di autorizzazione relativa al referto.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	O = Other system is source of comment
NTE-3	Contiene la versione del file di transform utilizzata per la generazione del documento di autorizzazione – obbligatorio. Se il DAO viene generato dal dipartimentale esternamente alla Piattaforma con formato testuale specificato in appendice al SIAA FSE (rif. [5]) , il valore del tag deve essere 010.
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata – obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "versioneXSLT"

Compilazione del segmento NTE**7.5.1.1.11.3 Attributi Amministrativi****7.5.1.1.11.3.1 Consultazione Elettronica**

Attributo amministrativo che indica la scelta del cittadino di consultare il referto in autonomia da casa utilizzando i servizi SISS di consultazione oppure se intende prelevare il referto presso l'AO richiedendone quindi la stampa.

L'attributo è opzionale ma si suggerisce di archiviare la condizione di consultazione del referto

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Il dipartimentale indica se il DCE verrà consultato dal cittadino attraverso i servizi SISS oppure se chiederà la stampa del referto all'azienda (Obbligatorio). Valori ammessi: S = consultazione in autonomia N = Richiesta di stampa in AO
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "consultazioneElettronica"

Compilazione del segmento NTE

7.5.1.1.11.3.2 Sezione Fascicolo

Attributo amministrativo obbligatorio che indica a quale/i sezione/i del Fascicolo Sanitario Elettronico del SISS viene registrato il link del documento.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Codice della sezione del fascicolo. Valori ammessi vedi Tabella SISS - Sezioni Fascicolo
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "sezioneFascicolo"

Compilazione del segmento NTE

7.5.1.1.11.3.3 Codifica LOINC

Attributo amministrativo che indica l'eventuale codifica LOINC attribuita al tipo di DCE pubblicato.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Codifica LOINC del documento. Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS - Tipi Documenti LOINC
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "idTipoDocumentoLOINC"

Compilazione del segmento NTE

7.5.1.1.11.3.4 Set DCE di riferimento

Contiene l'idSetDocumento ottenuto dalla pubblicazione del documento di riferimento. L'attributo è conosciuto all'applicativo che si fa carico della notifica dei documenti sul SISS, per cui si suggerisce la valorizzazione se l'attributo è disponibile al momento dell'archiviazione del DCE addendum.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Identificativo del set di riferimento.
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "idSetDocumentoPadre "

Compilazione del segmento NTE

7.5.1.1.11.3.5 Versione DCE di riferimento

Attributo amministrativo che indica il numero di versione dell'ultima scheda pubblicata. Obbligatorio se disponibile.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Identificativo del set di riferimento.
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "nVersionePadre "

Compilazione del segmento NTE

7.5.1.1.11.3.6 Stato notifica al SISS

La ripetizione è obbligatoria e consente all'applicativo archiviante di indicare la condizione di notifica del referto al SISS in base ad uno dei seguenti stati:

- DA INVIARE: il DCE archiviato verrà notificato attraverso i servizi SISS di pubblicazione integrati dal Repository aziendale (dalle GUI web).
- INVIO A CARICO DEL DIPARTIMENTALE: il DCE archiviato potrà essere notificato solo dal dipartimentale archiviante attraverso il servizio SISS-Way REF.registraReferti.
- DA NON INVIARE: il DCE non dovrà essere pubblicato sul SISS.

La valorizzazione dello stato di invio è di competenza dell'applicativo archiviante.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID-NTE
2	8	ID	O		0105	Source of Comment
3	56636	FT	O	Y	0364	Comment
4	250	CE	O			Comment Type

Struttura del segmento NTE

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Il dipartimentale indica se il DCE dovrà essere notificato o meno al SISS (obbligatorio). Valori ammessi: 01 = DA INVIARE 02 = INVIO A CARICO DELL'APPLICAZIONE DIPARTIMENTALE 03 = DA NON INVIARE
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "flagInviareAISiss "

Compilazione del segmento NTE

7.5.1.1.11.3.7 Priorità di notifica

L'attributo indica se il referto dovrà essere pubblicato con priorità attraverso i servizi di notifica al SISS del Repository Referti.

Ripetizione segmento opzionale – Default di priorità N

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Indica la condizione di priorità di notifica del referto. Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none">• S• N (default)
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "prioritaNotifica "

7.5.1.1.11.3.8 Identificativo Richiedente

Identificativo dell'applicativo che ha richiesto l'erogazione delle prestazioni specialistiche. E' il codice identificativo dell'Order Placer utilizzato sui messaggi HL7 su Piattaforma di integrazione interna di gestione degli ordini.

La ripetizione è opzionale ma si consiglia di archiviare il dato se disponibile al fine di garantire la consistenza del dossier clinico del paziente sull'EPR aziendale.

Si suggerisce di mantenere una denominazione unica dell'applicativo in tutte le comunicazioni verso la Piattaforma. Eventuali condizioni di disallineamento di configurazione verranno sanate in sede di integrazione.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Identificativo dell'applicativo richiedente
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "idRichiedente"

7.5.1.1.11.3.9 Identificativo Erogatore

Identificativo dell'applicativo erogatore delle prestazioni specialistiche. E' il codice identificativo dell'Order Placer utilizzato sui messaggi HL7 su Piattaforma di integrazione interna di gestione degli ordini.

La ripetizione è opzionale ma si consiglia di archiviare il dato se disponibile al fine di garantire la consistenza del dossier clinico del paziente sull'EPR aziendale.

Si suggerisce di mantenere una denominazione unica dell'applicativo in tutte le comunicazioni verso la Piattaforma. Eventuali condizioni di disallineamento di configurazione verranno sanate in sede di integrazione.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Identificativo dell'applicativo richiedente
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "idErogatore"

7.5.1.1.11.3.10 Rete di patologia

Codice della rete di patologia di appartenenza del referto.

La ripetizione è obbligatoria se il referto appartiene ad una rete di patologia.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Codice rete di patologia. Vedi Tabella SISS - Rete di Patologia
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "retePatologia"

7.5.1.1.11.3.11 Marca Temporale

Attributo amministrativo obbligatorio che indica lo stato di marca in base ad uno dei seguenti stati:

- MARCATO: il DCE archiviato risulta già marcato dal dipartimentale attraverso i servizi SISS-Way REF (REF.generaFirmaMarca, REF.firmaMarcaArchivia, REF.firmaMarcaArchiviaRegistra). NOTA: attualmente è possibile marcare solo un documento testuale in quanto la firma digitale (propedeutica alla marca temporale) non è applicabile ad un documento strutturato (XML)
- DA MARCARE: il DCE archiviato potrà essere marcato utilizzando i servizi di marca SISS integrati dal Repository aziendale (con batch automatico o da GUI).
- DA NON MARCARE: il DCE non verrà marcato

La valorizzazione dello stato di marca è a carico dell'applicativo archivante.

Ripetizione segmento obbligatoria

La marca temporale non si applica al DAO.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	O = Other system is source of comment
NTE-3	Indica se il documento PDF è marcato o da marcare- obbligatorio Valori ammissibili: 01 = MARCATO 02 = DA MARCARE (il documento verrà marcato dal Repository) 03 = DA NON MARCARE
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata- obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "marcaTemporale"

Compilazione del segmento NTE

7.5.1.1.11.3.12 Autorizzazione e Oscuramento

Set Oscuramenti as is

Le informazioni di autorizzazione e oscuramento devono essere archiviate obbligatoriamente se al DCE che si archivia è stato associato un DAO e i valori archiviati devono essere gli stessi con cui è stato creato il DAO.

È consentito comunque archiviare i valori di classificazione anche in assenza del DAO. Vanno comunque forniti tutti i valori previsti.

Nel caso in cui la classificazione del DCE non venga archiviata, il Repository imposterà sul DCE, al momento dell'archiviazione, dei valori di default configurati per applicativo.

Sono previste in totale 6 ripetizioni del segmento (5 flag di oscuramento + 1 flag di autorizzazione al cittadino).

1) Oscuramenti per leggi speciali:

- Tossicodipendenza
- HIV
- Violenza subita
- Interruzione volontaria di gravidanza

2) Oscuramento volontario del DCE da parte del cittadino

3) Autorizzazione alla consultazione in autonomia del DCE (concessa dal medico al cittadino).

In caso di autorizzazione concessa sono obbligatorie le note di reperibilità (se non valorizzate verranno impostate di default dal Repository aziendale)

Set Oscuramenti FSE 2024

Sono previste in totale 4 ripetizioni del segmento (3 flag di oscuramento + 1 flag di autorizzazione al cittadino).

- 1) Oscuramenti del genitore/tutore
- 2) Oscuramento da parte dell'operatore medico
- 3) Oscuramento volontario del DCE da parte del cittadino
- 4) Autorizzazione alla consultazione in autonomia del DCE

Ogni ripetizione del segmento ha la seguente struttura:

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID-NTE
2	8	ID	O		0105	Source of Comment
3	56636	FT	O	Y		Comment
4	250	CE	O		0364	Comment Type

Struttura del segmento NTE

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo segmento (obbligatorio)
NTE-2	"O" (obbligatorio)
NTE-3	Stato di oscuramento (obbligatorio) Valori ammessi: SI – documento clinico autorizzato/oscurato NO – documento clinico non autorizzato/non oscurato
NTE-4	<p>Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata – obbligatorio.</p> <p>Valorizzazione da utilizzare se MSH-21 = 2011-01 o 2011-02 CE-1 = "GI" CE-2 = identificativo del flag di oscuramento. I flag di oscuramento possono assumere i valori costanti: "10": tossicodipendenza "20": HIV "30": violenze subite "40": interruzione volontaria gravidanza "50": oscuramento volontario richiesto dal cittadino "autorizzazioneConsultazione": indicazione dell'autorizzazione alla consultazione in autonomia</p> <p>Valorizzazione da utilizzare se MSH-21=2024-01 CE-1 = "GI" CE-2 = identificativo del flag di oscuramento. I flag di oscuramento possono assumere i valori (tutti obbligatori): "P97": Oscuramento del genitore/tutore "P98": Oscuramento da parte dell'operatore medico "P99": oscuramento volontario richiesto dal cittadino "autorizzazioneConsultazione": indicazione dell'autorizzazione alla consultazione in autonomia</p>

Compilazione del segmento NTE**7.5.1.1.11.3.13 Confidentiality Code**

Indica il livello di riservatezza dei dati contenuti nel referto.

Obbligatorio se MSH-21=2024-01

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID-NTE
2	8	ID	O		0105	Source of Comment
3	56636	FT	O	Y	0364	Comment
4	250	CE	O			Comment Type

Struttura del segmento NTE

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo segmento. (Obbligatorio)
NTE-2	"O" (Obbligatorio)
NTE-3	Stato di oscuramento (Obbligatorio) Valori ammessi: N – Normal V – Very restricted
NTE-4	Obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "confidentialityCode"

Compilazione del segmento NTE**7.5.1.1.11.3.14 Note di reperibilità**

Deprecated per le integrazioni FSE 2024

Le note di reperibilità sono obbligatorie se viene archiviato un DAO e autorizzazioneConsultazione = S.

Negli altri casi il Repository inserisce delle note di reperibilità di default.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID-NTE
2	8	ID	O			Source of Comment
3	56636	FT	O	Y	0105	Comment
4	250	CE	O		0364	Comment Type

Struttura del segmento NTE

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	testo della nota
NTE-4	Questo campo contiene il valore che identifica il tipo di nota. CE-1 = "GI" CE-2 = "NOTEREPERIBILITA"

Compilazione del segmento NTE

7.5.1.1.11.4 Attributi Specifici

Sono attualmente previsti tre categorie di attributi:

- Attributi dei referti prodotti in service
- Attributi di DCE appartenenti alle reti di Patologia
- Attributi di altri DCE

Tutti gli attributi devono essere approvati dal SISS

Per l'elenco degli attributi da pubblicare sul SISS vedi Tabella SISS - Attributi Specifici

Gli attributi del DCE da utilizzare per la gestione dei referti interaziendali sono definiti in Tab. **Tabella SISS - Attributi Specifici Interni**. Questi attributi non dovranno essere pubblicati

7.5.1.1.11.4.1 Attributi per Referti in Service

Referto prodotto in compartecipazione con service esterno:

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo del segmento all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Indica se il referto è prodotto con partecipazione del service. Valori ammessi: • S
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "dceSuppService" CE-3 = "dip" (indica che l'informazione non va pubblicata sul SISS)

Modalità di refertazione:

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo del segmento all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Indica se il referto è stato prodotto utilizzando il documento ricevuto dal service oppure generando un documento nuovo a partire dai risultati degli esami ricevuti. Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none">• ORIG• RIGEN
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "modRef" CE-3 = "dip" (indica che l'informazione non va pubblicata sul SISS)

Elenco degli identificativi del documento assegnati dal Service al referto

Per ogni identificativo va ripetuto un segmento NTE con la seguente struttura

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo del segmento all'interno del messaggio
NTE-2	"O"
NTE-3	Identificativo del referto generato dal Service con codice ente service(es. 030967_aaaaaaaaa)
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "idRefertoService" CE-3 = "dip" (indica che l'informazione non va pubblicata sul SISS)

7.5.1.1.11.4.2 Attributi per Reti RMR e nuovi DCE

Va ripetuto un segmento NTE per ogni attributo previsto in relazione al codice della rete . Vedi Tabella SISS - Attributi Specifici

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo del segmento all'interno del messaggio
NTE-2	"O"
NTE-3	Valore dell'attributo(vedi tab. Tabella SISS - Attributi Specifici)
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = nome dell'attributo (vedi tab. Tabella SISS - Attributi Specifici)

Per li DCE di anatomia patologica da archiviare su EPR non va utilizzata la ripetizione del segmento NTE ma le infomrazioni devono essere veicolate negli apposti campi del messaggio HL7 (vedi Nota in Tabella SISS - Attributi Specifici)

7.5.1.2 MDM^T01 – Original Document Notification

Il messaggio MDM^T01, come descritto negli scenari di Report Management (vedi cap. 6) viene gestito sulla PRI per:

- Notificare all'applicativo refertante il link logico del referto in risposta alla richiesta di archiviazione con il messaggio MDM^T02.
- Notificare in broadcast dal Repository il link logico dei referti archiviati agli altri applicativi interati con la PRI diversi dall'applicativo refertante.

- Un applicativo refertante (Order Filler) notifica direttamente il link logico del referto all'applicativo che ha richiesto le prestazioni (Order Placer).

Per ogni scenario sono descritti di seguito le strutture e i contenuti del messaggio MDM^T01 I messaggi T01 di risposta alle richieste di archiviazione dei referti riportano l'indicazione della versione del messaggio contenuta nel messaggio MDM^T02 inviato dall'applicativo refertante.

7.5.1.2.1 *MDM^T01 – risposta archiviazione DCE Standard*

Messaggio di risposta restituito dal Repository al messaggio MDM^T02 2011-01.

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
[{	--- COMMON_ORDER begin
ORC	Common order segment
[{	--- TIMING begin
TQ1	Timing/Quantity
}]	--- TIMING end
OBR	Observation request segment
}]	--- COMMON_ORDER end
TXA	Document Notification

Struttura del messaggio MDM^T01

7.5.1.2.1.1 Segmento MSH

Vedi par. 7.1.1. Rispetto alla descrizione standard sono previste le seguenti compilazioni:

- MSH-5: FSE
- MSH-21:2011-01

7.5.1.2.1.2 Segmento EVN

Vedi par. 7.5.1.1.1.3

7.5.1.2.1.3 Segmento PID

Vedi par. 7.5.1.1.1.4

7.5.1.2.1.4 Segmento PV1

Vedi par. 7.5.1.1.1.5

7.5.1.2.1.5 Segmento ORC

Vedi par. 7.5.1.1.1.6

7.5.1.2.1.6 Segmento TQ1

Vedi par. 7.5.1.1.1.7

7.5.1.2.1.7 Segmento OBR

Vedi par. 7.5.1.1.1.8

7.5.1.2.1.8 Segmento TXA

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-TXA
2	30	IS	R		0270	Document Type
3	2	ID	C		0191	Document Content Presentation
6	26	TS	O			Origination Date/Time
11	250	XCN	C	Y		Transcriptionist Code/Name
12	64	EI	R			Unique Document Number
15	50	EI	O			Filler Order Number
16	64	ST	O			Unique Document File Name
17	2	ID	R		0271	Document Completion Status
21	30	ST	C			Document Change Reason
22	250	PPN	O	Y		Authentication Person, Time Stamp

Struttura del segmento TXA

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	"1"
TXA-2	Il campo definisce la tipologia di attributi specifici del DCE da archiviare. Sono attualmente gestiti i seguenti tipi di attributo: DS – Lettera di dimissione CN – DCE specialistico ED – Verbale di PS PN – Evaluation note TC – Richiesta di teleconsulto RC – Risposta di teleconsulto OP – Da utilizzare per le tipologie di documento che non prevedono attributi specifici (es. Patient Summary)
TXA-3	"multipart"
TXA-6	Data / ora di compilazione del referto Formato YYYYMMDDHH24MM[SS].
TXA-11	Dati dell'operatore che ha compilato il documento Formato: XCN-1 = Codice Fiscale (obbligatorio – solo maiuscole) XCN-2 = Cognome (obbligatorio – max 50) XCN-3 = Nome (obbligatorio – max 50) XCN-6 = descrizione del ruolo (max 50) XCN-13 = "COMPILATORE" (obbligatorio)
TXA-12	Link Logico del referto testuale e/o strutturato (identificativo univoco del referto all'interno del Repository) assegnato dal Repository. Formato: EI-1: identificativo del documento testuale EI-3: identificativo del documento strutturato
TXA-15	Identificativo dell'evento sanitario assegnato dal dipartimentale. Può essere un identificativo generico assegnato dal dipartimentale per identificare univocamente l'episodio sanitario a cui sono associati di DCE archiviati
TXA-16	identificativo del referto archiviato assegnato dal dipartimentale, ossia il valore del campo TXA-12.1 del messaggio MDM_T02
TXA-17	Indica lo stato del DCE archiviato – Obbligatorio Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none">• IP – documento in stato BOZZA• AU – documento in stato VALIDATO (o non firmato)• LA – documento firmato [e marcato]. Per il corretto valore da utilizzare in base al documento/documenti archiviati consultare la spiegazione all'inizio del capitolo
TXA-21	Il campo indica la natura del DCE da archiviare può assumere i seguenti valori: <ul style="list-style-type: none">• 01 – STANDARD
TXA-22	Data e ora di firma del documento (per documenti firmati e/o marcati). Formato: PPN.15 = Data e ora di firma. Formato AAAAMMGGHH24MM[SS]

Compilazione del segmento TXA**7.5.1.2.2 MDM^T01 – Notifica del Link Logico DCE Standard**

Di seguito sono descritte la struttura e i contenuti del messaggio MDM^T01 di notifica del link logico di un referto standard. La struttura è comune per entrambi gli scenari di notifica (diretta OF-OP o in broadcast dal Repository).

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
[{	--- COMMON_ORDER begin
ORC	Common order segment
OBR	Observation request segment
[{{NTE}}]	Notes and comments about the observation (OBR)
}]	--- COMMON_ORDER end
TXA	Document Notification

Struttura del messaggio MDM^T01**7.5.1.2.2.1 Segmento MSH**

Vedi par. 7.1.1.

Nello scenario di broadcast dal Repository la compilazione del segmento MSH prevede:

- MSH-3: FSE
- MSH-4: SANTER

7.5.1.2.2.2 Segmento EVN

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	26	TS	R			Recorded Date/Time

Struttura del segmento EVN

CAMPO	CONTENUTO
EVN-2	Data e ora di sistema

7.5.1.2.2.3 Segmento PID

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
3	250	CX	R		Patient Identifier List
5	250	XPN	R		Patient Name

Contenuto del segmento PID

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi <ol style="list-style-type: none"> 1. identificativo univoco aziendale <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = PI 2. Tessera sanitaria <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = SS 3. codice fiscale <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito (ammesse solo maiuscole) • CX-5 = NN
PID-5	Cognome e nome dell'assistito. Formato: XPN-1 = Cognome (max 50) XPN-2 = Nome (max 50)

Compilazione del segmento PID

7.5.1.2.2.4 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
8	250	XCN	O	Y	0010	Referring Doctor
19	250	CX	O			Visit Number

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Indica il tipo di paziente (obbligatorio) Valori ammessi: I = Inpatient (paziente interno o ricoverato) O = Outpatient (paziente esterno)
PV1-5	Numero di pre-ricovero. Contenuto: CX-1 = Numero di pre-ricovero – obbl CX-4 = Codice identificativo dell'applicazione che registra il contatto CX-5 = "VN" – obbl CX-10 = codice del presidio
PV1-8	Contiene i dati del medico refertante: Formato: XCN-1 = Codice Fiscale (obbligatorio – solo maiuscole) XCN-2 = Cognome (obbligatorio – max 50) XCN-3 = Nome (obbligatorio – max 50) XCN-13 = "REFERTANTE"
PV1-19	Identificativo dell'episodio sanitario a cui il DCE fa riferimento. Può contenere uno tra i seguenti identificativi di episodio: <ul style="list-style-type: none"> • Numero nosologico di ricovero (10 – formato AAAANNNNNN dove AAAA è l'anno e NNNNNN è un progressivo numerico) • Numero di pratica di PS (max 20) • Identificativo episodio ambulatoriale (tipicamente numero di pratica del CUP) (max 64) Formato: CX-1 = Identificativo episodio CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo. Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none"> • AMB – per identificativo episodio ambulatoriale • ADT – per numero nosologico • PS – per numero di pratica di PS CX-5 = "MR" per numero di cartella ambulatoriale e "VN" per identificativo episodio CX-10 = codice del presidio

7.5.1.2.2.5 Segmento ORC

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
5	2	ID	O			Order Status
8	200	EIP	O		0038	Parent

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	"SC"
ORC-2	Identificativo dell'ordine assegnato dal richiedente delle prestazioni specialistiche
ORC-3	Identificativo dell'ordine assegnato dall'erogatore delle prestazioni specialistiche
ORC-4	Identificativo di raggruppamento delle prestazioni specialistiche assegnato dall'applicativo richiedente
ORC-5	"CM"
ORC-8	Codice IUP associato alla prestazione specialistica o all'episodio di ricovero ⁹⁵ ; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46

7.5.1.2.2.6 Segmento OBR

Il segmento trasporta le codifiche relative alle prestazioni.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBR
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
7	26	TS	C			Observation Date/Time
18	60	ST	O			Placer Field #1
23	40	MOC	O			Charge to practice
24	10	ID	O	0074		Diagnostic Service Sector ID

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Numero progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio
OBR-4	Prestazione associata ad DCE specialistico. Formato: CE-1 = codice prestazione. CE-2 = descrizione della prestazione. CE-3 = indica il tipo di codice prestazione. Valori ammessi: • "SISS" – indica il codice SISS della prestazione • nome dell'applicativo refertante – indica il codice interno della prestazione
OBR-18	Codice RUR; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46

Compilazione del segmento OBR

7.5.1.2.2.7 Segmento NTE

Vedi par. 7.5.1.1.11.3.12

Vedi par. 7.5.1.1.11.3.14

7.5.1.2.2.8 Segmento TXA

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-TXA
2	30	IS	R			Document Type
12	64	EI	R			Unique Document Number
15	50	EI	O			Filler Order Number
16	64	ST	O			Unique Document File Name
17	2	ID	R	0271		Document Completion Status

Struttura del segmento TXA

95

Questo assegnamento è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	"1"
TXA-2	Il campo indica la tipologia di documento Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS - Tipo Docume
TXA-12	Link logico del documento testuale o strutturato assegnato dal Repository. Formato: EI-1: link logico del documento testuale EI-3: link logico del documento strutturato
TXA-15	Identificativo dell'evento sanitario assegnato dal dipartimentale. Può essere un identificativo generico assegnato dal dipartimentale per identificare univocamente l'episodio sanitario a cui sono associati di DCE archiviati
TXA-16	Identificativo del DCE assegnato dal dipartimentale refertante nel messaggio MDM^T02 di archiviazione (TXA-12.1)
TXA-17	Indica lo stato del DCE Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none">• IP – documento in stato BOZZA• AU – documento in stato VALIDATO (o non firmato)• LA – documento firmato [e marcato].

7.5.1.3 MDM^T06 – Document Addendum Notification and Content

Il messaggio consente di:

- Archiviare un documento di natura addendum sul Repository
- Aggiornare un documento di natura addendum in stato di bozza sul Repository (solo su MDM 2011-01 e 2009-01)
- Associare un DAO al documento precedentemente archiviato sul Repository – DEPRECATO

7.5.1.3.1 MDM^T06 – richiesta archiviazione DCE Addendum

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
[{SFT}]	Software Segment
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
[{	---
ORC	COMMON_ORDER begin
[{	Common order segment
TQ1	---
Timing/Quantity	TIMING begin
}]	---
OBR	TIMING end
}]	Observation request segment
TXA	---
{	COMMON_ORDER end
OBX	Document Notification
[{ NTE }]	Observation/Result (one or more required)
}	Notes and comments about the observation (OBX)

Struttura del messaggio MDM^T06

7.5.1.3.1.1 Segmento MSH

Vedi par. 7.5.1.1.1.1

7.5.1.3.1.2 Segmento SFT

Vedi par. 7.5.1.1.2

7.5.1.3.1.3 Segmento EVN

Vedi par. 7.5.1.1.1.3

7.5.1.3.1.4 Segmento PID

Vedi par. 7.5.1.1.1.4

7.5.1.3.1.5 Segmento PV1

Vedi par. 7.5.1.1.1.5

7.5.1.3.1.6 Segmento ORC

Vedi par. 7.5.1.1.1.6.

Non è consentito modificare le prestazioni per un documento integrativo. E' consentito modificare le prestazioni associate ad un DCE specialistico di tipo SOSTITUTIVO. Per modificare le prestazioni deve essere fornito l'intero elenco delle prestazioni aggiornate in quanto il precedente verrà sovrascritto. Nel caso che al documento sia associato un DAO, quest'ultimo deve contenere il nuovo elenco di prestazioni.

Nel caso di aggiornamento di referti in stato di bozza è consentito modificare le prestazioni associate al documento; in fase di consolidamento del documento bozza (passaggio in stato validato o firmato) dovranno essere garantite le regole di coerenza delle prestazioni richieste dal fascicolo SISS.

Il documento annullativo non prevede prestazioni associate.

7.5.1.3.1.7 Segmento TQ1

Vedi par. 7.5.1.1.1.7

7.5.1.3.1.8 Segmento OBR

Vedi par. 7.5.1.1.1.8

7.5.1.3.1.9 Segmento TXA

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-TXA
2	30	IS	R		0270	Document Type
3	2	ID	C		0191	Document Content Presentation
6	26	TS	O			Origination Date/Time
11	250	XCN	C	Y		Transcriptionist Code/Name (2011)
12	64	EI	R			Unique Document Number
13	64	EI	C			Parent Document Number
14	64	EI	O	Y		Placer Order Number
15	50	EI	O			Filler Order Number
16	64	ST	O		0271	Unique Document File Name
17	2	ID	R			Document Completion Status
21	30	ST	C			Document Change Reason
22	250	PPN	O	Y		Authentication Person, Time Stamp (2011)

Struttura del segmento TXA

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	"1"
TXA-2	Il campo definisce la tipologia di attributi specifici del DCE da archiviare. Sono attualmente gestiti i seguenti tipi di attributo: DS – Lettera di dimissione CN – DCE specialistico ED – Verbale di PS PN – Evaluation note TC – Richiesta di teleconsulto RC – Risposta di teleconsulto OP – Da utilizzare per le tipologie di documento che non prevedono attributi specifici (es. Patient Summary)
TXA-3	"multipart"
TXA-6	Data / ora di compilazione del referto Formato YYYYMMDDHH24MM[SS].
TXA-11	Dati dell'operatore che ha compilato il documento Formato: XCN-1 = Codice Fiscale (obbligatorio – solo maiuscole) XCN-2 = Cognome (obbligatorio – max 50) XCN-3 = Nome (obbligatorio – max 50) XCN-6 = descrizione del ruolo (max 50) XCN-13 = "COMPILATORE" (obbligatorio)
TXA-12	Codice identificativo dipartimentale del documento addendum da archiviare (obbligatorio). Negli aggiornamenti di documenti in bozza va utilizzato il codice identificativo precedentemente archiviato con la bozza Formato: EI-1: identificativo del documento testuale EI-3: identificativo del documento strutturato
TXA-13	Link logico Repository del documento di riferimento (padre) – obbligatorio se non presente TXA-16 Formato: EI-1: link logico del documento testuale EI-3 = link logico del documento strutturato
TXA-14	Link logico Repository del documento addendum archiviato in stato bozza (gestito nelle richieste di aggiornamento di un referto in stato bozza). Formato: EI-1 = link logico del documento testuale EI-3 = link logico del documento strutturato
TXA-15	Identificativo dell'evento sanitario assegnato dal dipartimentale. Può essere un identificativo generico assegnato dal dipartimentale per identificare univocamente l'episodio sanitario a cui sono associati di DCE archiviati
TXA-16	Codice identificativo dipartimentale del documento di riferimento (o padre) – obbligatorio se non valorizzato TXA-13. Formato: EI-1: identificativo del documento testuale EI-3: identificativo del documento strutturato
TXA-17	Indica lo stato del DCE archiviato – Obbligatorio Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none">• IP – documento in stato BOZZA• AU – documento in stato VALIDATO (o non firmato)• LA – documento firmato [e marcato]. Per il corretto valore da utilizzare in base al documento/documenti archiviati consultare la spiegazione all'inizio del capitolo
TXA-21	Il campo indica la natura del DCE da archiviare – Obbligatorio può assumere i seguenti valori: <ul style="list-style-type: none">• 02 – INTEGRATIVO – DEPRECATO• 03 – SOSTITUTIVO• 04 – ANNULLATIVO
TXA-22	Data e ora di firma del documento (obbligatorio per documenti firmati e/o marcati). Formato: PPN.15 = Data e ora di firma. Formato AAAAMMGGHH24MM[SS]

7.5.1.3.1.10 Segmento OBX

Vedi par. 7.5.1.1.10

7.5.1.3.1.11 Segmento NTE di OBX

Vedi par. 7.5.1.1.11

7.5.1.3.2 MDM^T06 – richiesta archiviazione DAO – DEPRECATO

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
TXA	Document Notification
{	
OBX	Observation/Result (one or more required)
[{ NTE }]	Notes and comments about the observation (OBX)
}	

Struttura del messaggio MDM^T06

7.5.1.3.2.1 Segmento MSH

Vedi par. 7.5.1.1.1.1

7.5.1.3.2.2 Segmento EVN

Vedi par. 7.5.1.1.1.3

7.5.1.3.2.3 Segmento PID

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	<p>Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identificativo univoco aziendale <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = PI 2. Tessera sanitaria <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = SS 3. codice fiscale <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito (ammesse solo maiuscole) • CX-5 = NN 4. Identificativo per cittadini Non SISS o cittadini non identificabili con tessera sanitaria e codice fiscale che può essere uno solo tra: <ul style="list-style-type: none"> • Tessera TEAM • Codice STP • Altro Il formato previsto per ognuno delle tre tipologie è il seguente: <ol style="list-style-type: none"> A. tessera TEAM (identificativo personale (campo 6 della tessera)) <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = NPI • CX-9.3 = Sigla Nazione indicata sulla tessera TEAM B. Codice STP <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = PNT C. Altro <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = U In particolare <ul style="list-style-type: none"> • il codice fiscale è obbligatorio per i DCE da pubblicare sul FSE SISS con un DAO associato (anche il DAO deve essere generato con il codice fiscale per i DCE da pubblicare) • La tessera sanitaria di documenti da pubblicare sul SISS deve essere nel formato NNNAANNN
PID-5	<p>Cognome e nome dell'assistito (obbligatori).</p> <p>Formato:</p> <p>XPN-1 = Cognome (max 50) XPN-2 = Nome (max 50)</p>

7.5.1.3.2.4 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
8	250	XCN	O	Y	0010	Referring Doctor

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	<p>Indica il tipo di paziente (obbligatorio)</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>I = Inpatient (paziente interno o ricoverato)</p> <p>O = Outpatient (paziente esterno)</p>
PV1-8	<p>Medico autorizzante (che ha generato il DAO) – Obbligatorio</p> <p>Formato:</p> <p>XCN-1 = Codice Fiscale (obbligatorio – solo maiuscole)</p> <p>XCN-2 = Cognome (obbligatorio – max 50)</p> <p>XCN-3 = Nome (obbligatorio – max 50)</p> <p>XCN-13 = "AUTORIZZANTE"(obbligatorio)</p> <p>XCN-14 = Dati sulla struttura di appartenenza del medico⁹⁶ (opzionale): <ul style="list-style-type: none"> • XCN-14.1 = codice azienda ospedaliera (obbligatorio – max 16) • XCN-14.2 = codice del presidio (obbligatorio se rete patologia = 01 – max 9) • XCN-14.3 = codice reparto (obbligatorio se rete patologia = 01 – max 6) </p>

Compilazione del segmento PV1

96

questo utilizzo è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

7.5.1.3.2.5 Segmento TXA

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-TXA
2	30	IS	R		0270	Document Type
3	2	ID	C		0191	Document Content Presentation
12	64	EI	R			Unique Document Number
13	64	EI	C			Parent Document Number
17	2	ID	R		0271	Document Completion Status
21	30	ST	C			Document Change Reason
22	250	PPN	O	Y		Authentication Person, Time Stamp (2011)

Struttura del segmento TXA

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	"1"
TXA-2	Il campo definisce la tipologia del DCE archiviato a cui associare il DAO. DS – Lettera di dimissione CN – DCE specialistico ED – Verbale di PS PN – Evaluation note TC – Richiesta di teleconsulto RC – Risposta di teleconsulto OP – Da utilizzare per le tipologie di documento che non prevedono attributi specifici (es. Patient Summary)
TXA-3	"multipart"
TXA-12	Codice identificativo dipartimentale del referto testuale archiviato a cui associare il DAO – obbligatorio Formato: <u>EI-1: identificativo del documento testuale (max 64)</u>
TXA-13	Link logico Repository del referto testuale archiviato a cui associare il DAO Formato: <u>EI-1: link logico del documento testuale</u>
TXA-17	Indica lo stato di firma del DAO – Obbligatorio • LA – documento firmato
TXA-21	"02" (INTEGRATIVO)
TXA-22	Data e ora di firma del documento (obbligatorio per documenti firmati e/o marcati). Formato: PPN.15 = Data e ora di firma. Formato AAAAMMGGHH24MM[SS]

7.5.1.3.2.6 Segmento OBX

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBX
2	2	ID	R			Value Type
3	250	CE	R		0125	Observation Identifier
5	99999	Varies	R			Observation Value

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
OBX-2	Indica la tipologia di contenuto del campo OBX-5 (un documento o un' informazione aggiuntiva) Valori ammessi: ED = Encapsulated Data
OBX-3	Attributi del DAO CE-3 = "DAO_Firmato" CE-6 = tipo fisico del documento (il formato è ottenuto dal servizio di generazione del DAO); Valori ammessi: • "TXT" • "PDF" • "JPEG"
OBX-5	DAO da archiviare Formato: OBX-5.2 = multipart OBX-5.3 = Octed-stream OBX-5.4 = Base64 OBX-5.5 = documento codificato in Base64

7.5.1.3.2.7 Segmento NTE di OBX

Rispetto all'utilizzo delle ripetizioni dei segmenti NTE nei messaggi di archiviazione dei DCE le ripetizioni NTE faranno riferimento all'unico segmento OBX del messaggio.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID-NTE
2	8	ID	O		0105	Source of Comment
3	56636	FT	O	Y		Comment
4	250	CE	O		0364	Comment Type

Struttura del segmento NTE

7.5.1.3.2.7.1 Hash

Deve essere archiviato sia l'hash del documento testuale che del documento strutturato (se presente) ottenuti con i servizi SISS-Way 2008 (o release successive) di generazione del DAO.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	O = Other system is source of comment
NTE-3	Contiene l'output ottenuto applicando la funzione hash al referto e permette di identificare il documento attraverso una stringa - obbligatorio
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata. Obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "hashReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "hashCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato

Compilazione del segmento NTE

7.5.1.3.2.7.2 AlgoritmoHash

Attributo del DCE ottenuto dai servizi SISS-Way 2008 (e versioni successive) di generazione del DAO che rappresenta l'algoritmo utilizzato per il calcolo dell'hash.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	O = Other system is source of comment
NTE-3	Contiene l'algoritmo utilizzato per il calcolo dell'hash – obbligatorio
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata – obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "algoritmoHashReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "algoritmoHashCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato

Compilazione del segmento NTE**7.5.1.3.2.7.3 SizeDocumento**

Attributo del DCE ottenuto dai servizi SISS-Way 2008 (o release successive) di generazione del DAO che indica la dimensione del documento archiviato.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	O = Other system is source of comment
NTE-3	Contiene la dimensione del documento – obbligatorio
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata – obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "sizeDocumentoReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "sizeDocumentoCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato

Compilazione del segmento NTE**7.5.1.3.2.7.4 VersioneXSLT**

Attributo del DAO ottenuto dai servizi di generazione del DAO che rappresenta la versione del file di transform utilizzata per la generazione del documento di autorizzazione relativa al referto.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	O = Other system is source of comment
NTE-3	Contiene la versione del file di transform utilizzata per la generazione del documento di autorizzazione – obbligatorio Se il DAO viene generato dal dipartimentale esternamente alla Piattaforma con formato testuale specificato in appendice al SIAA FSE (rif. [5]) , il valore del tag deve essere 010.
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata – obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "versioneXSLT"

Compilazione del segmento NTE**7.5.1.3.2.7.5 Autorizzazione e Oscuramento**

Le informazioni di autorizzazione e oscuramento devono essere archiviate obbligatoriamente e i valori archiviati devono essere gli stessi con cui è stato creato il DAO.

Sono previste in totale 6 ripetizioni del segmento (5 flag di oscuramento + 1 flag di autorizzazione al cittadino).

1) Oscuramenti per leggi speciali:

- Tossicodipendenza
- HIV
- Violenza subita
- Interruzione volontaria di gravidanza

2) Oscuramento volontario del DCE da parte del cittadino

- 3) Autorizzazione alla consultazione in autonomia del DCE (concessa dal medico al cittadino). In caso di autorizzazione concessa sono obbligatorie le note di reperibilità (se non valorizzate verranno impostate di default dal Repository aziendale)

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo segmento.
NTE-2	"O"
NTE-3	Stato di oscuramento (obbligatorio) Valori ammessi: SI – documento clinico autorizzato/oscurato NO – documento clinico non autorizzato/non oscurato
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata – obbligatorio. CE-1 = "GI" CE-2 = identificativo del flag di oscuramento. I flag di oscuramento possono assumere i valori costanti: "10": tossicodipendenza "20": HIV "30": violenze subite "40": interruzione volontaria gravidanza "50": oscuramento volontario richiesto dal cittadino "autorizzazioneConsultazione": indicazione dell'autorizzazione alla consultazione in autonomia

Compilazione del segmento NTE

7.5.1.3.2.7.6 Note di reperibilità

Le note di reperibilità sono obbligatorie se autorizzazioneConsultazione = S. Negli altri casi il Repository inserisce delle note di reperibilità di default.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	testo della nota
NTE-4	Questo campo contiene il valore che identifica il tipo di nota. CE-1 = "GI" CE-2 = "NOTEREPERIBILITA"

Compilazione del segmento NTE

7.5.1.4 MDM^T05 – Document Addendum Notification

Messaggio di risposta restituito dal Repository al messaggio MDM^T06. Per ogni versione del messaggio MDM^T06 viene restituita la corrispettiva versione del messaggio MDM^T05

7.5.1.4.1 MDM^T05 – risposta archiviazione DCE Addendum

Messaggio di risposta restituito dal Repository al messaggio MDM^T06 2011-01

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit

[{	--- COMMON_ORDER begin
ORC	Common order segment
[{	--- TIMING begin
TQ1	Timing/Quantity
}]	--- TIMING end
OBR	Observation request segment
[{NTE}]	Notes and comments about the observation (OBR)
}]	--- COMMON_ORDER end
TXA	Document Notification

7.5.1.4.1.1 Segmento MSH

Vedi par. 7.5.1.1.1

7.5.1.4.1.2 Segmento EVN

Vedi par. 7.5.1.1.3

7.5.1.4.1.3 Segmento PID

Vedi par. 7.5.1.1.4

7.5.1.4.1.4 Segmento PV1

Vedi par. 7.5.1.1.5

7.5.1.4.1.5 Segmento ORC

Vedi par. 7.5.1.1.6

7.5.1.4.1.6 Segmento TQ1

Vedi par. 7.5.1.1.7

7.5.1.4.1.7 Segmento OBR

Vedi par. 7.5.1.1.8

7.5.1.4.1.8 Segmento NTE

Vedi par. 7.5.1.1.11.3.12

Vedi par. 7.5.1.1.11.3.14

7.5.1.4.1.9 Segmento TXA

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-TXA
2	30	IS	R		0270	Document Type
3	2	ID	C		0191	Document Content Presentation
6	26	TS	O			Origination Date/Time
11	250	XCN	C	Y		Transcriptionist Code/Name
12	64	EI	R			Unique Document Number
13	64	EI	C			Parent Document Number
15	50	EI	O			Filler Order Number
16	64	ST	O			Unique Document File Name
17	2	ID	R		0271	Document Completion Status
21	30	ST	C			Document Change Reason
22	250	PPN	O	Y		Authentication Person, Time Stamp

Struttura del segmento TXA

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	"1"
TXA-2	Il campo definisce la tipologia di attributi specifici del DCE da archiviare. Sono attualmente gestiti i seguenti tipi di attributo: DS – Lettera di dimissione CN – DCE specialistico ED – Verbale di PS PN – Evaluation note TC – Richiesta di teleconsulto RC – Risposta di teleconsulto OP – Da utilizzare per le tipologie di documento che non prevedono attributi specifici (es. Patient Summary)
TXA-3	"multipart"
TXA-6	Data / ora di compilazione del referto Formato YYYYMMDDHH24MM[SS].
TXA-11	Dati dell'operatore che ha compilato il documento Formato: XCN-1 = Codice Fiscale (obbligatorio – solo maiuscole) XCN-2 = Cognome (obbligatorio – max 50) XCN-3 = Nome (obbligatorio – max 50) XCN-6 = descrizione del ruolo (max 50) XCN-13 = "COMPILATORE" (obbligatorio)
TXA-12	Link Logico Repository del referto addendum. Formato: EI-1: link logico del documento testuale EI-3: link logico del documento strutturato
TXA-13	Link logico Repository del documento di riferimento (padre) archiviato nel messaggio MDM^T06 Formato: EI-1: link logico del documento testuale EI-3 = link logico del documento strutturato
TXA-15	Identificativo dell'evento sanitario assegnato dal dipartimentale. Può essere un identificativo generico assegnato dal dipartimentale per identificare univocamente l'episodio sanitario a cui sono associati di DCE archiviati
TXA-16	identificativo del referto da aggiungere assegnato dal dipartimentale, ossia il valore del campo TXA-12.1 del messaggio MDM_T06
TXA-17	Indica lo stato del DCE archiviato – Obbligatorio Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none">• IP – documento in stato BOZZA• AU – documento in stato VALIDATO (o non firmato)• LA – documento firmato [e marcato]. Per il corretto valore da utilizzare in base al documento/documenti archiviati consultare la spiegazione all'inizio del capitolo
TXA-21	Il campo indica la natura del DCE archiviato (viene riportato il valore presente nel MDM^T06) può assumere i seguenti valori: <ul style="list-style-type: none">• 02 – INTEGRATIVO• 03 – SOSTITUTIVO• 04 – ANNULLATIVO
TXA-22	Data e ora di firma del documento (obbligatorio per documenti firmati e/o marcati). Formato: PPN.15 = Data e ora di firma. Formato AAAAMMGGHH24MM[SS]

7.5.1.4.2 MDM^T05 – risposta archiviazione DAO – DEPRECATO

Messaggio di risposta restituito dal Repository al messaggio MDM^T06 2011-01 di archiviazione del DAO in differita

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
TXA	Document Notification

7.5.1.4.2.1 Segmento MSH

Vedi par. 7.5.1.1.1.1

7.5.1.4.2.2 Segmento EVN

Vedi par. 7.5.1.1.1.3

7.5.1.4.2.3 Segmento PID

Vedi par. 7.5.1.3.2.3

7.5.1.4.2.4 Segmento PV1

Vedi par. 7.5.1.3.2.4

7.5.1.4.2.5 Segmento TXA

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-TXA
2	30	IS	R		0270	Document Type
3	2	ID	C		0191	Document Content Presentation
12	64	EI	R			Unique Document Number
13	64	EI	C			Parent Document Number
16	64	ST	O			Unique Document File Name
17	2	ID	R		0271	Document Completion Status
21	30	ST	C			Document Change Reason
22	250	PPN	O	Y		Authentication Person, Time Stamp

Struttura del segmento TXA

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	"1"
TXA-2	Il campo definisce la tipologia di attributi specifici del DCE da archiviare. Sono attualmente gestiti i seguenti tipi di attributo: DS – Lettera di dimissione CN – DCE specialistico ED – Verbale di PS PN – Evaluation note TC – Richiesta di teleconsulto RC – Risposta di teleconsulto OP – Da utilizzare per le tipologie di documento che non prevedono attributi specifici (es. Patient Summary)
TXA-3	"multipart"
TXA-12	Link Logico del referto a cui viene associato il DAO (il DAO archiviato acquisisce lo stesso link logico del referto) Formato: EI-1: identificativo del documento testuale
TXA-13	Link Logico del referto a cui viene associato il DAO valore del campo TXA-13.1 inviato con MDM^T06 Formato: EI-1: link logico del documento testuale
TXA-16	identificativo del referto da aggiungere assegnato dal dipartimentale, ossia il valore del campo TXA-12.1 del messaggio MDM_T06
TXA-17	Indica lo stato del DAO archiviato Valori ammessi: • LA – documento firmato.
TXA-21	"02" – INTEGRATIVO
TXA-22	Data e ora di firma del documento (obbligatorio per documenti firmati e/o marcati). Formato: PPN.15 = Data e ora di firma. Formato AAAAMMGGHH24MM[SS]

7.5.1.4.3 MDM^T05 – Notifica del Link Logico DCE Addendum

Di seguito sono descritte la struttura e i contenuti del messaggio MDM^T01 di notifica del link logico di un referto addendum. La struttura è comune per entrambi gli scenari di notifica (diretta OF-OP o in broadcast dal Repository).

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
[{	--- COMMON_ORDER begin
ORC	Common order segment
OBR	Observation request segment
[{NTE}]	Notes and comments about the observation (OBR)
}]	--- COMMON_ORDER end
TXA	Document Notification

Struttura del messaggio MDM^T05

7.5.1.4.3.1 Segmento MSH

Vedi par. 7.1.1.

Nello scenario di broadcast dal Repository la compilazione del segmento MSH prevede:

- MSH-3: FSE
- MSH-4: SANTER

7.5.1.4.3.2 Segmento EVN

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	26	TS	R			Recorded Date/Time

Struttura del segmento EVN

CAMPO	CONTENUTO
EVN-2	Data e ora di sistema

7.5.1.4.3.3 Segmento PID

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
3	250	CX	R		Patient Identifier List
5	250	XPN	R		Patient Name

Contenuto del segmento PID

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi <ul style="list-style-type: none"> 1. identificativo univoco aziendale <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = PI 2. Tessera sanitaria <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = SS 3. codice fiscale <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito (ammesse solo maiuscole) • CX-5 = NN
PID-5	Cognome e nome dell'assistito. Formato: XPN-1 = Cognome (max 50) XPN-2 = Nome (max 50)

Compilazione del segmento PID

7.5.1.4.3.4 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class
8	250	XCN	O	Y	0010	Referring Doctor
19	250	CX	O			Visit Number

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Indica il tipo di paziente (obbligatorio) Valori ammessi: I = Inpatient (paziente interno o ricoverato) O = Outpatient (paziente esterno)
PV1-8	Contiene i dati del medico refertante: Formato: XCN-1 = Codice Fiscale (obbligatorio – solo maiuscole) XCN-2 = Cognome (obbligatorio – max 50) XCN-3 = Nome (obbligatorio – max 50) XCN-13 = "REFERTANTE"
PV1-19	Identificativo dell'episodio sanitario a cui il DCE fa riferimento. Può contenere uno tra i seguenti identificativi di episodio: <ul style="list-style-type: none"> • Numero nosologico di ricovero (10 – formato AAAANNNNNN dove AAAA è l'anno e NNNNN è un progressivo numerico) • Numero di pratica di PS (max 20) • Identificativo episodio ambulatoriale (max 64) Formatore: CX-1 = Identificativo episodio CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo. Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none"> • AMB – per identificativo episodio ambulatoriale • ADT – per numero nosologico • PS – per numero di pratica di PS CX-5 = "MR" per numero di cartella ambulatoriale e "VN" per identificativo episodio CX-10 = codice del presidio

7.5.1.4.3.5 Segmento ORC

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
5	2	ID	O			Order Status
8	200	EIP	O		0038	Parent

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	"SC"
ORC-2	Identificativo dell'ordine assegnato dal richiedente delle prestazioni specialistiche
ORC-3	Identificativo dell'ordine assegnato dall'erogatore delle prestazioni specialistiche
ORC-4	Identificativo di raggruppamento delle prestazioni specialistiche assegnato dall'applicativo richiedente
ORC-5	"CM"
ORC-8	Codice IUP associato alla prestazione specialistica o all'episodio di ricovero ⁹⁷ .

7.5.1.4.3.6 Segmento OBR

Il segmento trasporta le codifiche relative alle prestazioni.

97

Questo assegnamento è una violazione consapevole del protocollo HL7 in quanto il campo non è destinato a questo scopo

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBR
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
7	26	TS	C			Observation Date/Time
18	60	ST	O			Placer Field #1
23	40	MOC	O			Charge to practice
24	10	ID	O	0074		Diagnostic Service Sector ID

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Numero progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio
OBR-4	Prestazione associata ad DCE specialistico. Formato: CE-1 = codice prestazione. CE-2 = descrizione della prestazione. CE-3 = indica il tipo di codice prestazione. Valori ammessi: • "SISS" – indica il codice SISS della prestazione • nome dell'applicativo refertante – indica il codice interno della prestazione
OBR-18	Codice RUR; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46

Compilazione del segmento OBR**7.5.1.4.3.7 Segmento NTE**

Vedi par. 7.5.1.1.11.3.12

Vedi par. 7.5.1.1.11.3.14

7.5.1.4.3.8 Segmento TXA

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-TXA
2	30	IS	R		0270	Document Type
12	64	EI	R			Unique Document Number
13	64	EI	C			Parent Document Number
15	50	EI	O			Filler Order Number
16	64	ST	O			Unique Document File Name
17	2	ID	R	0271		Document Completion Status

Struttura del segmento TXA

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	"1"
TXA-2	Il campo indica la tipologia di documento Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS - Tipo Docume
TXA-12	Codice identificativo del documento testuale o strutturato assegnato dal Repository. Formato: EI-1: identificativo del documento testuale (max 64) EI-3: identificativo del documento strutturato (max 64)
TXA-13	Link logico, assegnato dal Repository, del referto di riferimento (padre) Formato: EI-1: link logico del documento testuale EI-3 = link logico del documento strutturato
TXA-15	Identificativo dell'evento sanitario assegnato dal dipartimentale. Può essere un identificativo generico assegnato dal dipartimentale per identificare univocamente l'episodio sanitario a cui sono associati di DCE archiviati
TXA-16	Identificativo del DCE assegnato dal dipartimentale refertante EI-1: identificativo del referto testuale
TXA-17	Indica lo stato del DCE Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none">• IP – documento in stato BOZZA• AU – documento in stato VALIDATO (o non firmato)• LA – documento firmato [e marcato].

7.5.1.5 MDM^T03 – Document Status Change Notification

7.5.1.5.1 MDM^T03 – Notifica Cambio Stato DCE

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
[{	--- COMMON_ORDER begin
ORC	Common order segment
OBR	Observation request segment
}]	--- COMMON_ORDER end
TXA	Document Notification

Struttura del messaggio MDM^T03

7.5.1.5.1.1 Segmento MSH

Vedi par. 7.1.1.

La compilazione del segmento MSH prevede:

- MSH-3: REPREF
- MSH-4: SANTER

7.5.1.5.1.2 Segmento EVN

Vedi par. 7.1.2

7.5.1.5.1.3 Segmento PID

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
3	250	CX	R		Patient Identifier List
5	250	XPN	R		Patient Name

Contenuto del segmento PID

CAMPO	CONTENUTO
-------	-----------

PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 1. identificativo univoco aziendale <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = PI 2. Tessera sanitaria <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = SS 3. codice fiscale <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito (ammesse solo maiuscole) • CX-5 = NN
PID-5	Cognome e nome dell'assistito. Formato: XPN-1 = Cognome XPN-2 = Nome

7.5.1.5.1.4 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
2	1	IS	R	0004	Patient Class
19	250	CX	O		Visit Number

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Tipo Paziente. Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none"> • I = Inpatient (paziente interno o ricoverato) • O = Outpatient (paziente esterno)
PV1-19	Identificativo dell'episodio sanitario a cui il DCE fa riferimento. Può contenere uno tra i seguenti identificativi di episodio: <ul style="list-style-type: none"> • Numero nosologico di ricovero (10 – formato AAAANNNNNN dove AAAA è l'anno e NNNNNN è un progressivo numerico) • Numero di pratica di PS (max 20) • Identificativo episodio ambulatoriale (tipicamente numero di pratica del CUP) (max 64) Formato: CX-1 = Identificativo episodio CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo. Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none"> • AMB – per identificativo episodio ambulatoriale • ADT – per numero nosologico • PS – per numero di pratica di PS CX-5 = "MR" per numero di cartella ambulatoriale; "VN" per identificativo episodio CX-10 = codice del presidio

Compilazione del segmento PV1

7.5.1.5.1.5 Segmento ORC

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
8	200	EI	C			Parent

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Valore costante "SC"
ORC-8	ID Prescrizione (IUP) ; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46

Compilazione del segmento ORC

7.5.1.5.1.6 Segmento OBR

Il segmento trasporta le codifiche relative alle prestazioni.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
46	250	CE	C	Y		Placer Supplemental Service Information

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-4	Valore costante "NA"
OBR-46	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Placer (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare CE-2 = descrizione CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS - Info aggiuntive prestazioni erogate).

Compilazione del segmento OBR

7.5.1.5.1.7 Segmento TXA

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-TXA
2	30	IS	R			Document Type
4	26	TS	O			Activity Date/Time
12	64	EI	R			Unique Document Number
15	50	EI	O			Filler Order Number
16	64	ST	O			Unique Document File Name
17	2	ID	R			Document Completion Status
21	30	ST	C			Document Change Reason

Struttura del segmento TXA

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	Valore costante "1"
TXA-2	Il campo indica la tipologia di documento Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS - Tipo Docume
TXA-4	Data e ora del cambio di stato. Formato AAAAMMGGHHMMSS
TXA-12	Contiene il link logico del referto assegnato dal Repository EI-1: identificativo del referto testuale
TXA-15	Identificativo dell'evento sanitario archiviato dall'applicativo referente EI-1: identificativo del referto testuale
TXA-16	Codice identificativo del referto archiviato assegnato dal dipartimentale EI-1: identificativo del referto testuale
TXA-17	Valore costante "LA"
TXA-21	Motivo dell'aggiornamento. Valori ammessi vedi Tabella SISS - Stati Referto

Compilazione del segmento TXA

7.5.1.6 MDM^T04 – Document Status Change Notification and Content

7.5.1.6.1 MDM^T04 – Aggiornamento Attributi DCE

Segmento	Descrizione
----------	-------------

MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
[{	--- COMMON_ORDER begin
ORC	Common order segment
OBR	Observation request segment
}]	--- COMMON_ORDER end
TXA	Document Notification
{	
OBX	Observation/Result
[{NTE }]	Notes and comments about the observation (OBX)
}	

Struttura del messaggio MDM^T04**7.5.1.6.1.1 Segmento MSH**

Vedi par. 7.1.1

Rispetto alla descrizione standard sono previste le seguenti compilazioni:

- MSH-5: FSE
- MSH-21: 2009-01

7.5.1.6.1.2 Segmento EVN

Vedi par. 7.1.2

7.5.1.6.1.3 Segmento PID

Il segmento PID contiene solo i dati obbligatori previsti dallo standard HL7.

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
3	250	CX	R		Patient Identifier List
5	250	XPN	R		Patient Name

Struttura del segmento PID

Per i dettagli sul contenuto e la valorizzazione dei campi vedi par. 7.2.1.4

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 1. identificativo univoco aziendale 2. tessera TEAM 3. tessera sanitaria 4. codice fiscale 5. codice STP
PID-5	Cognome e nome dell'assistito.

Compilazione del segmento PID**7.5.1.6.1.4 Segmento PV1**

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	Element Name
2	1	IS	R	0004	Patient Class
3	80	PL	O		Assigned Patient Location

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Tipo Paziente.

PV1-3	Dati della struttura in cui viene prodotto il referto – obbligatorio Formato: PL-1 = codice reparto o Unità Operativa; PL-4 = codice azienda ospedaliera – obbligatorio; PL-7 = codice dell'ambulatorio; PL-10 = codice del presidio – obbligatorio
-------	--

Compilazione del segmento PV1**7.5.1.6.1.5 Segmento ORC**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
8	200	EI	C			Parent

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Valore costante "SC"
ORC-2	Identificativo univoco (generato dal Placer) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Placer che genera richieste
ORC-3	Identificativo univoco (generato dal Filler) dell'ordine; serve ad identificare un ordine in maniera univoca per ogni Filler che riceve o genera richieste; questo campo è quindi vuoto quando il Placer genera un nuovo ordine
ORC-4	Identificativo univoco che permette al Placer di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente; questo valore deve essere univoco per ogni Placer che genera richieste, nel caso di un CUP può coincidere con il numero di prenotazione
ORC-8	ID Prescrizione (IUP) ; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46

Compilazione del segmento ORC

NOTA: i campi ORC-2, ORC-3, ORC-4 contengono i codici utilizzati nei messaggi di gestione delle richieste d'ordine (ORM, OMG, OML).

7.5.1.6.1.6 Segmento OBR

Il segmento trasporta le codifiche relative alle prestazioni.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBR
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
18	60	ST	O			Placer Field #1
23	40	MOC	O			Charge to practice (2011)
24	10	ID	O		0074	Diagnostic Service Sector ID

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Numero progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio
OBR-4	<p>Prestazione associata ad DCE specialistico. Formato: CE-1 = codice prestazione *- obbligatorio (in caso di DCE di tipo lettera di dimissione valorizzare con RICOVERO) CE-2 = descrizione della prestazione. CE-3 = indica il tipo di codice prestazione – obbligatorio. Valori ammessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "SISS" – indica il codice SISS della prestazione • nome dell'applicativo archivante (campo MSH-3) se viene utilizzata una codifica proprietaria delle prestazioni. Il nome deve essere lo stesso configurato sulle tabelle di transcodifica della piattaforma (SISS-Way) <p>CE-6 = chiave di transcodifica del codice prestazione dipartimentale in codice SISS – obbligatorio se CE-1 contiene il codice interno della prestazione. Rappresenta il codice configurato sulla tabella di transcodifica di Piattaforma.</p>
OBR-18	Codice RUR; questo campo resta per compatibilità con le integrazioni esistenti, per le nuove integrazioni si utilizza il campo OBR-46
OBR-23	<p>Stato di pagamento della prestazione specialistica. Formato: MOC-2 = codice di stato di pagamento Valori ammessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CG – prestazione da pagare • PY – prestazione pagata • CD – Stornato • NC – prestazione da non pagare
OBR-24	<p>Codice della disciplina di erogazione (obbligatorio tranne che per i DCE di tipo Patient Summary). Valori ammessi vedi tab. Tabella SISS - Disciplina Il codice deve essere identico e ripetuto su tutte le prestazioni</p>

Compilazione del segmento OBR

* Il codice della prestazione da utilizzare può essere:

- Codice SISS
- Codice interno

Se l'applicativo utilizza codifiche proprietarie delle prestazioni dovrà essere configurata su PRI la tabella di transcodifica associando al codice SISS della prestazione la coppia codice interno e chiave di transcodifica.

7.5.1.6.1.7 Segmento TXA

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-TXA
12	64	EI	R			Unique Document Number
16	64	ST	O			Unique Document File Name
17	2	ID	R			Document Completion Status
23	250	XCN	O	Y	0271	Distributed Copies (Code and Name of Recipients)

Struttura del segmento TXA

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	Valore costante "1"
TXA-12	<p>Il campo va valorizzato con il link logico del referto testuale/strutturato assegnato dal repository aziendale. Il link logico è alternativo all'identificativo del referto assegnato dall'applicativo dipartimentale o ai codici di richiesta delle prestazioni specialistiche (ORC-2,3,4 – i codici richiesta senza identificativo del documento consentono la gestione solo dell'aggiornamento degli attributi delle prestazioni)</p> <p>Se non sono disponibile il link logico il campo va valorizzato con "NA" Formato: EI-1: identificativo del documento testuale oppure "NA" EI-3: identificativo del documento strutturato</p>

TXA-16	Contiene l'identificativo del referto testuale/strutturato assegnato dal dipartimentale al referto prodotto. L'identificativo interno è alternativo al link logico del referto assegnato dal repository aziendale o ai codici di richiesta delle prestazioni specialistiche (ORC-2,3,4 – i codici richiesta senza identificativo del documento consentono la gestione solo dell'aggiornamento degli attributi delle prestazioni) Formato: EI-1: identificativo del documento testuale EI-3: identificativo del documento strutturato
TXA-17	Valore costante "LA"
TXA-23	Data di consegna del referto al cittadino. Formato: XCN-19: formato AAAAMMGGHH24MM[SS]

Compilazione del segmento TXA**7.5.1.6.1.8 Segmento OBX**

Per le ripetizioni del segmento OBX occorre seguire le seguenti regole:

1. Deve essere sempre presente una ripetizione del segmento OBX nel messaggio MDM poiché il segmento è obbligatorio da standard.
Il segmento OBX deve essere seguito da una o più ripetizioni del segmento NTE nei seguenti casi:
 - Una ripetizione del segmento NTE per aggiornare sul referto l'attributo di consultazione elettronica sul DCE.
 - Due ripetizioni del segmento per aggiornare le informazioni sul referto utilizzando gli identificativi dell'applicativo richiedente ed erogatore (vedi par. 6.4.1).
2. Una seconda ripetizione del segmento OBX va utilizzata per aggiornare sul referto un elenco di link di allegati al referto.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBX
2	2	ID	R			Value Type
3	250	CE	R			Observation Identifier
5	99999	Varies	R			Observation Value

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
OBX-2	Indica la tipologia di contenuto del campo OBX-5 Valori ammessi: RP = Reference Pointer (per l'elenco allegati) ST = String Data (per tutti gli altri casi)
OBX-3	Ripetizione 1 CE-1 = 'NA' Ripetizione 2 (Gestione link allegati) Il campo contiene il Link allegato CE-1 = identificativo del tipo di allegato CE-3 = "linkAllegato" CE-4 = tipologia dell'allegato. Valori ammessi vedi Tabella SISS - Formato Allegato CE-5 = eventuale URL di collegamento per la visualizzazione ⁹⁸ Si riporta un esempio di compilazione per il link immagine CE-1 = Study-OID CE-3 = linkAllegato CE-4 = 01 CE-5 = http://10.10.10.10:8080/1.3.6.1.4.1.21500.1.1.0.0.12376553
OBX-5	Ripetizione 1 CE-1 = 'NA' Ripetizione 2 (Gestione link allegati) Contenuto da archiviare (link). Formato: RP-1 = Identificativo univoco dell'allegato. Per le immagini consultabili via web SISS va archiviato lo Study ID

Compilazione del segmento OBX**7.5.1.6.1.9 Segmento NTE di OBX****7.5.1.6.1.9.1 Consultazione Elettronica**

Attributo amministrativo che indica la scelta del cittadino di consultare il referto in autonomia da casa utilizzando i servizi SISS di consultazione oppure se intende prelevare il referto presso l'AO richiedendone quindi la stampa.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID-NTE
2	8	ID	O		0105	Source of Comment
3	56636	FT	O	Y	0364	Comment
4	250	CE	O			Comment Type

Struttura del segmento NTE

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Il dipartimentale indica se il DCE verrà consultato dal cittadino attraverso i servizi SISS (Obbligatorio). Valori ammessi: S = consultazione in autonomia N = Richiesta di stampa in AO
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "consultazioneElettronica"

⁹⁸ L'URL dell'immagine archiviato dovrà essere utilizzabile dall'applicativo consultante attraverso un viewer DICOM esposto via web internamente all'azienda.

7.5.1.6.1.9.2 Identificativo Richiedente

Identificativo dell'applicativo che ha richiesto l'erogazione delle prestazioni specialistiche. E' il codice identificativo dell'Order Placer utilizzato sui messaggi HL7 su Piattaforma di integrazione interna di gestione degli ordini.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Identificativo dell'applicativo richiedente
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "idRichiedente "

7.5.1.6.1.9.3 Identificativo Erogatore

Identificativo dell'applicativo erogatore delle prestazioni specialistiche. E' il codice identificativo dell'Order Placer utilizzato sui messaggi HL7 su Piattaforma di integrazione interna di gestione degli ordini.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Identificativo dell'applicativo richiedente
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "idErogatore "

7.5.2 RPY - Ricerca Referti

7.5.2.1 *QRY^T12 / DOC^T12 – Recupero del testo di un documento*

Il messaggio consente di recuperare un documento archiviato nel Repository

7.5.2.1.1 *QRY^T12 – query*

La struttura del messaggio di richiesta è il seguente:

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
QRD	Query Definition
QRF	Query Filter
[ZRF]	Extra Query filter

Struttura del messaggio QRY^T12

7.5.2.1.1.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.1.

Rispetto alla descrizione standard sono previste le seguenti compilazioni:

- MSH-5: FSE

- MSH-21:
 - Null
 - 2024-01

7.5.2.1.1.2 Segmento QRD

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	26	TS	R			Query Date/Time
2	1	ID	R		0106	Query Format Code
3	1	ID	R		0091	Query Priority
4	10	ST	R			Query ID
7	10	CQ	R		0126	Quantity Limited Request
8	250	XCN	O			Who Subject Filter
9	250	CE	R		0048	What Subject Filter
10	250	CE	R	Y		What Department Data Code

Struttura del segmento QRD

CAMPO	CONTENUTO
QRD-1	Data e ora di generazione query Formato AAAAMMGG[HH24MM[SS]]
QRD-2	"D" (La risposta è nel formato di visualizzazione)
QRD-3	"I"
QRD-4	Identificativo query
QRD-7	CQ-1 = 99999 CQ-2 = "LI" (lines)
QRD-8	Dati operatore che ha fatto la richiesta. Formato: XCN-1 = Codice Fiscale operatore XCN-2 = cognome operatore XCN-3 = nome operatore
QRD-9	"OTH"
QRD-10	Ogni ripetizione del QRD-10 contiene uno tra i seguenti identificativi <ol style="list-style-type: none"> 1. Codice fiscale del cittadino <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco dell'assistito (ammesse solo maiuscole) • CE-3 = "CF" 2. Identificativo univoco del documento, che può essere uno solo tra: <ul style="list-style-type: none"> • Link logico PDF • Link logico CDA • ID referto esterno • ID CDA esterno Il formato previsto per ognuno delle tre tipologie è il seguente: <ol style="list-style-type: none"> A. Link logico PDF <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco del referto testuale generato dal RPY • CE-2 = "LLPDF" B. Link logico CDA <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco del referto strutturato generato dal RPY • CE-2 = "LLCDA" C. ID referto esterno <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco del referto testuale generato dall'applicativo che ha archiviato il documento • CE-2 = "EEPDF" D. ID CDA esterno <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco del referto strutturato generato dall'applicativo che ha archiviato il documento • CE-2 = "EECDA"

Compilazione del segmento QRD

7.5.2.1.1.3 Segmento QRF

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	20	ST	R			Where Subject Filter

Struttura del segmento QRF

CAMPO	CONTENUTO
QRF-1	"RPy-VIS"

Compilazione del segmento QRF**7.5.2.1.1.4 Segmento ZRF**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	64	ST	O			URI PDF filter
2	64	ST	O			URI CDA filter
3	20	CE	O		0136	Document Decoding
4	20	CE	O		0136	Display Attributes

Struttura del segmento ZRF

CAMPO	CONTENUTO
ZRF-1	URI generato dal SISS al momento della notifica/registrazione che identifica univocamente il referto.
ZRF-2	URI generato dal SISS al momento della notifica/registrazione che identifica univocamente il documento strutturato.
ZRF-3	Indica se il referto restituito deve essere decodificato cioè "sbustato" dei dati di firma e/o marca ad esso associati. CE-1: Y/N (tabella 0136) CE-2: "DecodificaDoc"
ZRF-4	Indica se devono essere recuperati anche gli attributi del referto CE-1: Y/N (tabella 0136) CE-2: "MostraAttributi"

Compilazione del segmento ZRF**7.5.2.1.2 DOC^T12 – response**

La struttura del messaggio di richiesta è il seguente:

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledgement
[ERR]	Error
[QAK]	Query Acknowledgement
{	
QRD	Query Definition
PV1	Patient Visit
TXA	Document Notification
[{ZBR}]	Custom Order Details
[{OBX}]	Observation
[{NTE}]	Notes and Comments (for Details)
}	

Struttura del messaggio DOC^T12**7.5.2.1.2.1 Segmento MSH**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.1.

7.5.2.1.2.2 Segmento MSA

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.3.

7.5.2.1.2.3 Segmento ERR

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.4.

7.5.2.1.2.4 Segmento QAK

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	32	ST	C			Query Tag
2	2	ID	O		0208	Query Response Status
4	10	NM	O			Hit Count

Struttura del messaggio QAK

CAMPO	CONTENUTO
QAK-1	Identificativo univoco della query; nella risposta si deve riportare il valore del campo QRD-4 della query
QAK-2	Valori ammessi: "OK" (dati trovati, no error) "NF" (no dati trovati, no error) "AE" (Application Error) "AR" (Application Reject)
QAK-4	Questo campo restituisce il numero di risultati trovati dalla query

Compilazione del segmento QAK

7.5.2.1.2.5 Segmento QRD

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	26	TS	R			Query Date/Time
2	1	ID	R		0106	Query Format Code
3	1	ID	R		0091	Query Priority
4	10	ST	R		0048	Query ID
9	250	CE	R			What Subject Filter
10	250	CE	R			What Department Data Code

Struttura del messaggio QRD

CAMPO	CONTENUTO
QRD-1	Data e ora di generazione query Formato AAAAMMGG[HH24MM[SS]]
QRD-2	"D" (La risposta è nel formato di visualizzazione)
QRD-3	"I"
QRD-4	Identificativo query
QRD-7	CQ-1 = 99999 CQ-2 = "L1" (lines)
QRD-8	Dati operatore che ha fatto richiesta. XCN-1 = Codice Fiscale operatore XCN-2 = cognome operatore XCN-3 = nome operatore
QRD-9	"OTH"
QRD-10	Ogni ripetizione del QRD-10 contiene uno tra i seguenti identificativi <ol style="list-style-type: none"> 1. Codice fiscale del cittadino <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco dell'assistito (ammesse solo maiuscole) • CE-3 = "CF" 2. Identificativo univoco del documento, che può essere uno solo tra: <ul style="list-style-type: none"> • Link logico PDF • Link logico CDA • ID referto esterno • ID CDA esterno Il formato previsto per ognuno delle tre tipologie è il seguente: <ol style="list-style-type: none"> A. Link logico PDF <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco del referto testuale generato dal RPY • CE-2 = "LLPDF" B. Link logico CDA <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco del referto strutturato generato dal RPY • CE-2 = "LLCDA" C. ID referto esterno <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco del referto testuale generato dall'applicativo che ha archiviato il documento • CE-2 = "EEPDF"

	<p>D. ID CDA esterno</p> <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco del referto strutturato generato dall'applicativo che ha archiviato il documento • CE-2 = "EECDA"
--	---

Compilazione del segmento QRD**7.5.2.1.2.6 Segmento PV1**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – PV1
2	1	IS	R			Patient Class
3	80	PL	O		0004	Assigned Patient Location
5	250	CX	O			Preadmit number
6	80	PL	O			Prior Patient Location
8	250	XCN	O	Y	0010	Referring Doctor
14	6	IS	O		0023	Admit Source
19	250	CX	O			Visit Number
44	26	TS	O			Admit Date/Time
45	26	TS	O	Y		Discharge Date/Time
50	250	CX	O			Alternate Visit ID

Struttura del messaggio PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
PV1-2	"N"
PV1-3	Dati della struttura in cui viene prodotto il referto Formato: PL-1 = codice reparto o Unità Operativa (max 6) (coincide con il reparto di dimissione per i documenti di tipo Lettera di dimissione); PL-4.1 = codice azienda ospedaliera (max 16); PL-7 = codice dell'ambulatorio94 (max 10); PL-10 = codice del presidio (max 9)95
PV1-5	Identificativo della prescrizione di ricovero CX-1 = Identificativo CX-5 = Tipologia identificativo • IUP • RUR
PV1-6	Il campo contiene un codice reparto diverso a seconda del tipo di DCE archiviato: • Codice regionale reparto di accettazione per i DCE di tipo Lettera di dimissione. • Codice regionale del reparto richiedete le prestazioni per i documenti di tipo Specialistico Il reparto richiedente deve essere valorizzato per le prestazioni erogate nell'ambito della medicina del lavoro utilizzando il codice di reparto "fittizio" della medicina del lavoro censito sulla Piattaforma regionale. Formato: PL-1 = codice reparto (max 6)
PV1-8	Ogni ripetizione del campo contiene i dati di un medico: • medico referente • medico autorizzante • medico richiedente Formato: XCN-1 = Codice Fiscale (solo maiuscole) XCN-2 = Cognome (max 50) XCN-3 = Nome (max 50) XCN-6 = descrizione del ruolo (solo per medico autorizzante – max 50) XCN-13 = "REFERTANTE" o "AUTORIZZANTE" o "RICHIEDENTE" XCN-14 = Dati sulla struttura di appartenenza del medico96 : • XCN-14.1 = codice azienda ospedaliera (max 16) • XCN-14.2 = codice del presidio (max 9) • XCN-14.3 = codice reparto (max 6)
PV1-19	Identificativo dell'episodio sanitario a cui il DCE fa riferimento. Può contenere uno tra i seguenti identificativi di episodio: • Numero nosologico di ricovero (10 – formato AAAANNNNNN dove AAAA è l'anno e NNNNNN è un progressivo numerico) • Numero di pratica di PS (max 20) • Identificativo episodio ambulatoriale (tipicamente numero di pratica assegnato dal CUP) (max 64) Formato: CX-1 = Identificativo episodio CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo Valori ammessi: • AMB – per identificativo episodio ambulatoriale • ADT – per numero nosologico • PS – per numero di pratica di PS

	CX-5 = "MR" per il numero di cartella ambulatoriale e "VN" per identificativo episodio CX-10 = codice del presidio
PV1-44	Data e ora di accettazione per i DCE di ricovero, di PS o di evaluation note. Formato: YYYYMMDDHH24MM[SS]
PV1-45	Data e ora di dimissione per i DCE di ricovero o di PS Formato: YYYYMMDDHH24MM[SS]
PV1-50	Identificativo dell'evento sanitario assegnato dal dipartimentale CX-1 = Identificativo CX-5 = "IDEsterno"

Compilazione del segmento PV1**7.5.2.1.2.7 Segmento TXA**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-TXA
2	30	IS	R			Document Type
6	26	TS	O			Origination Date/Time
11	250	XCN	C	Y		Transcriptionist Code/Name
12	250	EI	O			Unique Document Number
13	64	EI	C			Parent Document Number
16	64	ST	O			Unique Document File Name
17	2	ID	R			Document Completion Status
21	30	ST	R			Document Change Reason
22	250	PPN	O	Y		Authentication Person, Time Stamp
23	250	XCN	O	Y		Distributed Copies (Code and Name of Recipients)
23	250	XCN	O	Y		Distributed Copies (Code and Name of Recipients)

Struttura del messaggio TXA

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
TXA-2	Il campo definisce la tipologia del documento interno Vedere tabella Tipologia documento interno
TXA-6	Data / ora di compilazione del documento
TXA-11	Dati dell'operatore che ha firmato il documento Formato: XCN-1 = Codice Fiscale (solo maiuscole) XCN-2 = Cognome (max 50) XCN-3 = Nome (max 50) XCN-6 = descrizione del ruolo (max 50) XCN-13 = "COMPILATORE"
TXA-12	Il campo è utilizzato per comunicare l'identificativo e il numero di versione del documento ottenuti dalla pubblicazione del documento sul SISS. Struttura: EI-1: identificativo del documento testuale assegnato dal dipartimentale EI-3: identificativo del documento strutturato assegnato dal dipartimentale EI-5: identificativo del referto esterno testuale EI-7: identificativo del referto esterno strutturato EI-9: identificativo del documento EI-10: "DOC-ID" EI-11: numero di versione del documento EI-12: "DOC-VERSION"
TXA-13	Link logico, assegnato dal Repository, del referto di riferimento (padre) Formato: EI-1: link logico del documento testuale EI-3 = link logico del documento strutturato
TXA-16	Codice identificativo dipartimentale del documento di riferimento (o padre) Formato: EI-1: identificativo del documento testuale EI-3: identificativo del documento strutturato
TXA-17	Indica lo stato del DCE archiviato Valori ammessi: • IP – documento in stato BOZZA • AU – documento in stato VALIDATO (o non firmato) • LA – documento firmato [e marcato].
TXA-21	Il campo indica la natura del DCE archiviato. può assumere i seguenti valori: • 01 – STANDARD • 02 – INTEGRATIVO • 03 – SOSTITUTIVO • 04 – ANNULLATIVO
TXA-22	Data e ora di firma del documento. Formato: PPN.15 = Data e ora di firma. Formato AAAAMMGGHH24MM[SS]
TXA-23	Data di consegna del referto al cittadino.

	Formato: XCN-19: formato AAAAMMGGHH24MM[SS]
--	--

Compilazione del segmento TXA**7.5.2.1.2.8 Segmento OBX**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBX
2	2	ID	O			Value Type
3	250	CE	O			Observation Identifier
5	3641144	Varies	O			Observation Value
13	20	ST	O			User Defined Access Check

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
OBX-2	Indica la tipologia di contenuto del campo OBX-5 (un documento o un'informazione aggiuntiva) Valori ammessi: ED = Encapsulated Data (per i documenti) RP = Reference Pointer (per i link ai documenti) CE = Coded Element (per le caratterizzazioni cliniche)
OBX-3	<p>Viene compilato diversamente a seconda dell'informazione trasportata.</p> <p>DCE testuale in bozza, validato, firmato o marcato: CE-1 = Identificativo del Referto assegnato dal dipartimentale CE-2 = Codice SISS del tipo documento. Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS – Tipo Documento CE-3 = a seconda della tipologia di referto può assumere i seguenti valori costanti : • "Referto" • "RefertoFirmato" • "RefertoMarcato" CE-5 = Tipologia interna del documento. Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS – Tipo Documento Interno CE-6 = formato del documento. Valori ammessi: • "PDF" • "TXT" • "JPEG" • "PDF-CDA2" • "PDFA3"</p> <p>Caratterizzazioni cliniche CE-3 = "carattCliniche"</p> <p>Link allegato CE-1 = identificativo del tipo di allegato CE-3 = "linkAllegato" CE-4 = tipologia dell'allegato. Valori ammessi vedi Tabella SISS – Formato Allegato CE-5 = eventuale URL di collegamento per la visualizzazione</p> <p>Documento strutturato CE-1 = identificativo interno del documento strutturato assegnato dal dipartimentale (ripetizione del campo TXA-12.3) CE-2 = Codice SISS del tipo documento 101. Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS – Tipo Documento CE-3 = a seconda della tipologia di referto può assumere i seguenti valori costanti : • "CDA2" CE-5 = Tipologia interna del documento . Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS – Tipo Docume CE-6 = tipo fisico del documento; può assumere i seguenti valori costanti : • "XML": per CDA2 Bozza • "ZIP1": per CDA2 Validato o Consolidato (rif. [1])</p>
OBX-5	<p>La compilazione del campo varia in funzione del contenuto:</p> <p>Documento OBX-5.2 = multipart OBX-5.3 = Octet-stream OBX-5.4 = Base64 OBX-5.5 = documento codificato in Base64</p> <p>Link allegato RP-1 = link al documento</p> <p>Caratterizzazioni cliniche CE-1 = codice CE-3 = dizionario valori ammessi vedi tab Tabella SISS - Dizionario Codici</p>
OBX-13	<p>Versione dello schema del documento strutturato.</p> <p>Valori ammessi vedi tab Tabella SISS - Validazione Schema</p>

Compilazione del segmento OBX

7.5.2.1.2.9 Segmento ZBR

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – ZBR
2	22	EI	O			Placer Order Number
3	22	EI	O			Filler Order Number
4	250	CE	O	Y		Universal Service Identifier
5	26	TS	O			Requested Date/Time
6	26	TS	O			Observation Date/Time
7	80	CE	O		0065	Specimen Action Code
8	250	XCN	O	Y		Ordering Provider
9	60	ST	O			Placer Field #1
10	40	MOC	O		0074	Charge to practice
10	10	ID	O			Diagnostic Serv Sect ID
12	200	TQ	O	Y		Quantity/Timing
13	250	CE	O	Y	0411	Placer Supplemental Service Information

Struttura del segmento ZBR

CAMPO	CONTENUTO
ZBR-1	Quando utilizzato, il campo deve essere impiegato per indicare il numero progressivo del segmento ZBR all'interno del messaggio
ZBR-2	Numero d'ordine del richiedente. Coincide con l'id richiesta.
ZBR-3	Numero d'ordine assegnato dall'Order Filler. Coincide con l'id erogazione.
ZBR-4	Prestazione associata ad DCE specialistico. Formato: CE-1 = codice prestazione CE-2 = descrizione della prestazione. CE-3 = indica il tipo di codice prestazione. Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none">• "SISS" – indica il codice SISS della prestazione• nome dell'applicativo archivante (campo MSH-3) se viene utilizzata una codifica proprietaria delle prestazioni. Il nome deve essere lo stesso configurato sulle tabelle di transcodifica della piattaforma (SISS-Way).
ZBR-5	Data ora della richiesta, formato YYYYMMDDHHMMSS
ZBR-6	Data e ora di erogazione della prestazione specialistica. Formato AAAAMMGGHH24MM[SS]
ZBR-7	Valori ammessi (vedi Tab. HL7 #0065): A – sugli ordini relativi a prestazioni aggiuntive normate Ogni ripetizione del ZBR-7 contiene uno tra le seguenti informazioni del documento da ricercare: <ul style="list-style-type: none">• Flag Aggiuntiva• Flag Pagata• Flag Pubblica FSE Il formato previsto per le due tipologie è il seguente: <ul style="list-style-type: none">A. Flag Firmato<ul style="list-style-type: none">• CE-1 = Y/N (tabella 0136)• CE-2 = "flagAggiuntiva"B. Flag Marcato<ul style="list-style-type: none">• CE-1 = Y/N (tabella 0136)• CE-2 = "flagPagata"C. Flag invio al SISS<ul style="list-style-type: none">• CE-1 = Y/N (tabella 0136)• CE-2 = "flagPubblicaFSE"
ZBR-8	Medico richiedente. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri Contenuto: XCN-1 = Codice; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-13 = Tipologia identificativa (Tabella HL7 #0203 – Identifier Type)
ZBR-9	Identificativo univoco (generato dal Placer) che permette di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente
ZBR-10	Codice della disciplina di erogazione della prestazione
ZBR-11	Indica la quantità erogata. Formato: TQ-1: quantità
ZBR-12	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).

ZBR-13	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Placer (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate). Può assumere i valori "99RUR" o "99IUP"
--------	--

Compilazione del segmento ZBR**7.5.2.1.2.10 Segmento NTE**

Le ripetizioni del segmento NTE consentono il recupero di ulteriori informazioni

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – NTE
2	8	ID	O		0105	Source of Comment
3	56636	FT	O	Y		Comment
4	250	CE	O	Y	0364	Comment Type

Struttura del segmento NTE**7.5.2.1.2.10.1 Stato Notifica SISS**

La ripetizione consente all'applicativo archiviante di indicare la condizione di notifica del referto al SISS in base ad uno dei seguenti stati:

- DA INVIARE: il DCE archiviato verrà notificato attraverso i servizi SISS di pubblicazione integrati dal Repository aziendale (dalle GUI web).
- INVIO A CARICO DEL DIPARTIMENTALE: il DCE archiviato potrà essere notificato solo dal dipartimentale archiviante attraverso il servizio SISS-Way REF.registraReferti.
- DA NON INVIARE: il DCE non dovrà essere pubblicato sul SISS.

La valorizzazione dello stato di invio è di competenza dell'applicativo archiviante.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Il dipartimentale indica se il DCE dovrà essere notificato o meno al SISS. Valori ammessi: 01 = DA INVIARE 02 = INVIO A CARICO DELL'APPLICAZIONE DIPARTIMENTALE 03 = DA NON INVIARE
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "flagInviareAlSiss"

Compilazione del segmento NTE**7.5.2.1.2.10.2 Consultazione Elettronica**

Attributo amministrativo che indica la scelta del cittadino di consultare il referto in autonomia da casa utilizzando i servizi SISS di consultazione oppure se intende prelevare il referto presso l'AO richiedendone quindi la stampa.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Il dipartimentale indica se il cittadino ha dichiarato la volontà di consultare il DCE in autonomia attraverso I FSE SISS Valori ammessi: • S • N
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "consultazioneElettronica"

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.1.2.10.3 Rete di Patologia

Codice della rete di patologia di appartenenza del referto.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Codice rete di patologia. Vedi Tabella SISS - Rete di Patologia
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "retePatologia"

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.1.2.10.4 Autorizzazione e Oscuramento

Le ripetizioni NTE relative ai dati di oscuramento possono restituire la struttura prevista as is oppure, per i nuovi referti archiviati con FSE 2024, le nuove informazioni di privacy (par. 7.5.1.1.11.3.12)

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Stato di oscuramento Valori ammessi: SI – documento clinico autorizzato/oscurato NO – documento clinico non autorizzato/non oscurato
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata CE-1 = "GI" CE-2 = identificativo del flag di oscuramento. I flag di oscuramento possono assumere i valori costanti: "10": tossicodipendenza "20": HIV "30": violenze subite "40": interruzione volontaria gravidanza "50": oscuramento volontario richiesto dal cittadino "autorizzazioneConsultazione": indicazione dell'autorizzazione alla consultazione in autonomia Valorizzazione FSE 2024 CE-1 = "GI" CE-2 = identificativo del flag di oscuramento. I flag di oscuramento possono assumere i valori (tutti obbligatori): "P97": Oscuramento del genitore/tutore "P98": Oscuramento da parte dell'operatore medico "P99": oscuramento volontario richiesto dal cittadino "autorizzazioneConsultazione": indicazione dell'autorizzazione alla consultazione in autonomia

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.1.2.10.5 Confidentiality Code

Indica il livello di riservatezza dei dati contenuti nel referto.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID-NTE
2	8	ID	O		0105	Source of Comment
3	56636	FT	O	Y		Comment
4	250	CE	O		0364	Comment Type

Struttura del segmento NTE

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo segmento
NTE-2	"O"
NTE-3	Stato di oscuramento Valori ammessi: N - Normal V - Very restricted
NTE-4	CE-1 = "GI" CE-2 = "confidentialityCode"

Compilazione del segmento NTE**7.5.2.1.2.10.6 Note Reperibilità**

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	testo della nota
NTE-4	Questo campo contiene il valore che identifica il tipo di nota. CE-1 = "GI" CE-2 = "NOTEREPERIBILITA"

Compilazione del segmento NTE**7.5.2.1.2.10.7 Versione XSLT**

Attributo del DAO ottenuto dai servizi di generazione del DAO che rappresenta la versione del file di transform utilizzata per la generazione del documento di autorizzazione relativa al referto.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Contiene la versione del file di transform utilizzata per la generazione del documento di autorizzazione – obbligatorio Se il DAO viene generato dal dipartimentale esternamente alla Piattaforma con formato testuale specificato in appendice al SIAA FSE (rif. [5]) , il valore del tag deve essere 010.
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata – obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "versioneXSLT"

Compilazione del segmento NTE**7.5.2.1.2.10.8 Hash**

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Contiene l'output ottenuto applicando la funzione hash al referto e permette di identificare il documento attraverso una stringa
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata. CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "hashReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "hashCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato

Compilazione del segmento NTE**7.5.2.1.2.10.9 Algoritmo Hash**

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Contiene l'algoritmo utilizzato per il calcolo dell'hash
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata CE-1 = GI (General Instructions)

	CE-2 = deve assumere il valore costante "algoritmoHashReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "algoritmoHashCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato
--	--

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.1.2.10.10 Size Documento

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Contiene la dimensione del documento – obbligatorio
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata – obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "sizeDocumentoReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "sizeDocumentoCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.1.2.10.11 Linguaggio

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Contiene il codice del linguaggio del documento Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS - Linguaggio Documento
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "linguaggioDocumentoReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "linguaggioDocumentoCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.1.2.10.12 Codifica LOINC

Attributo amministrativo che indica l'eventuale codifica LOINC attribuita al tipo di DCE pubblicato.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Codifica LOINC del documento. Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS - Tipi Documenti LOINC
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "idTipoDocumentoLOINC"

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.1.2.10.13 Sezione Fascicolo

Attributo amministrativo che indica a quale/i sezione/i del Fascicolo Sanitario Elettronico del SISS viene registrato il link del documento.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Codice della sezione del fascicolo. Valori ammessi vedi Tabella SISS - Sezioni Fascicolo
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "sezioneFascicolo"

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.1.2.10.14 SET DCE di riferimento

Contiene l'idSetDocumento ottenuto dalla pubblicazione del documento di riferimento.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Identificativo del set di riferimento.
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "idSetDocumentoPadre "

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.1.2.10.15 Versione DCE di riferimento

Attributo amministrativo che indica il numero di versione dell'ultima scheda pubblicata.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	versione del set di riferimento.
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "nVersionePadre "

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.1.2.10.16 Attributi Specifici

Va ripetuto un segmento NTE per ogni attributo

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Valore dell'attributo(vedi tab. Tabella SISS - Attributi Specifici)
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = nome dell'attributo (vedi tab. Tabella SISS - Attributi Specifici)

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.2 *QRY^T12 / DOC^T12 – Ricerca elenco documenti*

Il messaggio consente di:

- Effettuare una ricerca sui documenti archiviati nel Repository combinando parametri riguardanti i dati del documento, i dati del paziente e i riferimenti dei documenti archiviati

7.5.2.2.1 *QRY^T12 – query*

La struttura del messaggio di richiesta è il seguente:

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
QRD	Query Definition
QRF	Query Filter
[ZRF]	Extra Query filter

Struttura del messaggio QRY^T12

7.5.2.2.1.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.1.

7.5.2.2.1.2 Segmento QRD

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name

1	26	TS	R		0106	Query Date/Time
2	1	ID	R		0091	Query Format Code
3	1	ID	R		0091	Query Priority
4	10	ST	R		0126	Query ID
7	10	CQ	R		0126	Quantity Limited Request
8	250	XCN	O		0048	Who Subject Filter
9	250	CE	R	Y	0048	What Subject Filter
10	250	CE	R	Y		What Department Data Code

Struttura del segmento QRD

CAMPO	CONTENUTO
QRD-1	Data e ora di generazione query Formato AAAAMMGG[HH24MM[SS]]
QRD-2	"D" (La risposta è nel formato di visualizzazione)
QRD-3	"I"
QRD-4	Identificativo query
QRD-7	CQ-1 = 99999 CQ-2 = "L1" (lines)
QRD-8	Dati operatore che ha fatto richiesta. Formato: XCN-1 = Codice Fiscale operatore XCN-2 = cognome operatore XCN-3 = nome operatore
QRD-9	"OTH"
QRD-10	Ogni ripetizione del QRD-10 contiene uno tra i seguenti identificativi univoci del documento: <ul style="list-style-type: none"> • Link logico PDF • Link logico CDA • ID referto esterno • ID CDA esterno Il formato previsto per ognuno delle tre tipologie è il seguente: <ul style="list-style-type: none"> A. Link logico PDF <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco del referto testuale generato dal RPY • CE-2 = "LLPDF" B. Link logico CDA <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco del referto strutturato generato dal RPY • CE-2 = "LLCDA" C. ID referto esterno <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco del referto testuale generato dall'applicativo che ha archiviato il documento • CE-2 = "EEPDF" D. ID CDA esterno <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco del referto strutturato generato dall'applicativo che ha archiviato il documento • CE-2 = "EECDA"

Compilazione del segmento QRD**7.5.2.2.1.3 Segmento QRF**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	20	ST	R			Where Subject Filter
2	26	TS	B			When Data Start Date/Time
3	26	TS	B			When Data End Date/Time

Struttura del segmento QRF

CAMPO	CONTENUTO
QRF-1	"RPy-CON"
QRF-2	Data di inizio intervallo di ricerca. Formato AAAAMMGG
QRF-3	Data di fine intervallo di ricerca. Formato AAAAMMGG

Compilazione del segmento QRF

7.5.2.2.1.4 Segmento ZRF

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
5	1	IS	O			Patient Info
6	1	IS	O			Patient Class
7	2	ID	O			Document Completion Status
8	30	IS	O			Document Change Reason
9	250	CE	O	Y		Document data flag
10	30	IS	O			Document Type
11	30	IS	O			SISS Document Type
12	200	NDL	O			Responsible Operator
13	250	CE	O	Y		Document Creation Facility
14	2	ID	O			Pathology Network
15	3	NM	O			Maximum Number of Records
16	3	NM	O			Page Number
17	250	CX	O			Visit Number
18	256	Varies	O			Specific Attributes

Struttura del segmento ZRF

CAMPO	CONTENUTO
ZRF-5	<p>Il campo contiene N ripetizioni della forma: "<segment field name>^<value>". Il campo "segment field name" va specificato con la sintassi: @<seg><field><component>, ad esempio: "@PID.5.1" significa il componente 1 del campo 5 del segmento PID (cioè il cognome del paziente). Ogni ripetizione del campo si riferisce ad un differente segment field name. Ad esempio, un valore QPD-3 pari a "@PID.5.1^ROSSI~@PID.5.2^MARIO" significa ricercare il paziente di cognome ROSSI e nome MARIO.</p> <p>Le ricerche possono essere eseguite su combinazioni dei seguenti campi: id-mpi, tessera sanitaria, cognome, nome, sesso, data di nascita, codice fiscale, TEAM, STP o altro identificativo; le ricerche per nome e cognome possono essere parziali.</p> <p>Le combinazioni minime da rispettare per avviare una ricerca anagrafica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificativo univoco aziendale (id-mpi); esempio: @PID.3.1^CNU@00000001~@PID.3.5^PI • Codice fiscale; esempio: @PID.3.1^CTTCNT86A24F205J~@PID.3.5^NN • Tessera sanitaria; esempio: @PID.3.1^999ZZ999~@PID.3.5^SS • Cognome, nome e sesso; esempio: @PID.5.1^ROSSI~@PID.5.2^MARIO~@PID.8^M • Cognome, sesso e data di nascita; esempio: @PID.5.1^ROSSI~@PID.8^M~@PID.7^19701231 • Tessera TEAM; esempio: @PID.3.1^AXZOP001~@PID.3.5^NPI • Codice STP o altro; esempio: @PID.3.1^0300000001~@PID.3.5^PNT
ZRF-6	<p>Tipo di paziente.</p> <p>Il campo può assumere i seguenti valori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I = Paziente interno o ricoverato • O = Paziente esterno o ricoverato
ZRF-7	<p>Indica lo stato del documento.</p> <p>Valori ammessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IP – documento in stato BOZZA • AU – documento in stato VALIDATO • LA – documento firmato [e marcato]
ZRF-8	<p>Indica la natura del documento.</p> <p>Valori ammessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 01 – STANDARD • 02 – INTEGRATIVO • 03 – SOSTITUTIVO • 04 – ANNULLATIVO
ZRF-9	<p>Ogni ripetizione del ZRF-4 contiene uno tra le seguenti informazioni del documento da ricercare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flag Firmato • Flag Marcato • Flag invio al SISS <p>Il formato previsto per le due tipologie è il seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> D. Flag Firmato <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Y/N • CE-2 = "flagFirmato" E. Flag Marcato <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Y/N • CE-2 = "flagMarcato"

	<p>F. Flag invio al SISS</p> <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Y/N • CE-2 = "flagInvioSISS" <p>G. Flag solo attivi (solo i referti non sostituiti/annullati)</p> <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Y/N • CE-2 = "flagAttivi"
ZRF-10	Il campo definisce la tipologia del documento interno Vedere tabella Tipologia documento interno
ZRF-11	Codice SISS del tipo documento. Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS – Tipo Documento
ZRF-12	Medico che interpreta il risultato dell'esame e che è responsabile del referto da produrre NDL-1.1 = Identificativo NDL-1.2 = cognome medico NDL-1.3 = nome medico
ZRF-13	Ogni ripetizione del ZRF-8 indica ente, presidio, reparto e ambulatorio in cui è stato creato il documento. Formato: CE-1 = dato da inviare CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
ZRF-14	Codice rete di patologia. Vedi Tabella SISS – Rete di Patologia
ZRF-15	Numero massimo di record che il servizio deve restituire per ogni pagina
ZRF-16	Numero della pagina richiesta
ZRF-17	Identificativo dell'episodio sanitario a cui il DCE fa riferimento. Può contenere uno tra i seguenti identificativi di episodio: <ul style="list-style-type: none"> • Numero nosologico di ricovero (10 – formato AAAANNNNNN dove AAAA è l'anno e NNNNNN è un progressivo numerico) • Numero di pratica di PS (max 20) • Identificativo cartella ambulatoriale (max 64) Formato: CX-1 = Identificativo episodio CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none"> • AMB – per identificativo episodio ambulatoriale • ADT – per numero nosologico • PS – per numero di pratica di PS CX-5 = "MR" per il numero di cartella ambulatoriale
ZRF-18	Ogni ripetizione del ZRF-13 contiene un attributo specifico. Vedi Tabella SISS – Attributi Specifici Formato: <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = nome attributo • CE-2 = valore attributo

Compilazione del segmento ZRF**7.5.2.2.2 DOC^T12 – response**

La struttura del messaggio di richiesta è il seguente:

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledgement
[ERR]	Error
[QAK]	Query Acknowledgement
{	
QRD	Query Definition
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
TXA	Document Notification
[{ZBR}]	Custom Order Details
[{OBX}]	Observation
[{NTE}]	Notes and Comments (for Details)
}	

Struttura del messaggio DOC^T12**7.5.2.2.2.1 Segmento MSH**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.1.

7.5.2.2.2.2 Segmento MSA

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.3.

7.5.2.2.2.3 Segmento ERR

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.4.

7.5.2.2.2.4 Segmento QAK

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	32	ST	C			Query Tag
2	2	ID	O		0208	Query Response Status
4	10	NM	O			Hit Count

Struttura del messaggio QAK

CAMPO	CONTENUTO
QAK-1	Identificativo univoco della query; nella risposta si deve riportare il valore del campo QRD-4 della query
QAK-2	Valori ammessi: "OK" (dati trovati, no errori) "NF" (no dati trovati, no errori) "AE" (Application Error) "AR" (Application Reject)
QAK-4	Questo campo restituisce il numero di risultati trovati dalla query

Compilazione del segmento QAK

7.5.2.2.2.5 Segmento QRD

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	26	TS	R			Query Date/Time
2	1	ID	R		0106	Query Format Code
3	1	ID	R		0091	Query Priority
4	10	ST	R		0048	Query ID
9	250	CE	R			What Subject Filter
10	250	CE	R			What Department Data Code

Struttura del messaggio QRD

CAMPO	CONTENUTO
QRD-1	Data e ora di generazione query Formato AAAAMMGG[HH24MM[SS]]
QRD-2	"D" (La risposta è nel formato di visualizzazione)
QRD-3	"I"
QRD-4	Identificativo query
QRD-7	CQ-1 = 99999 CQ-2 = "L1" (lines)
QRD-8	Dati operatore che ha fatto richiesta. XCN-1 = Codice Fiscale operatore XCN-2 = cognome operatore XCN-3 = nome operatore
QRD-9	"OTH"
QRD-10	Ogni ripetizione del QRD-10 contiene uno tra i seguenti identificativi <ol style="list-style-type: none"> 1. Codice fiscale del cittadino <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Identificativo univoco dell'assistito (ammesse solo maiuscole) • CE-3 = "CF" 2. Identificativo univoco del documento, che può essere uno solo tra: <ul style="list-style-type: none"> • Link logico PDF • Link logico CDA • ID referito esterno • ID CDA esterno Il formato previsto per ognuno delle tre tipologie è il seguente: <ol style="list-style-type: none"> A. Link logico PDF

	<ul style="list-style-type: none"> CE-1 = Identificativo univoco del referto testuale generato dal RPY CE-2 = "LLPDF" <p>B. Link logico CDA</p> <ul style="list-style-type: none"> CE-1 = Identificativo univoco del referto strutturato generato dal RPY CE-2 = "LLCDA" <p>C. ID referto esterno</p> <ul style="list-style-type: none"> CE-1 = Identificativo univoco del referto testuale generato dall'applicativo che ha archiviato il documento CE-2 = "EEPDF" <p>D. ID CDA esterno</p> <ul style="list-style-type: none"> CE-1 = Identificativo univoco del referto strutturato generato dall'applicativo che ha archiviato il documento CE-2 = "EECDA"
--	---

Compilazione del segmento QRD**7.5.2.2.6 Segmento PID**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – PID
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	O	Y		Patient Name
7	26	TN	O			Birth Date
8	1	IS	O		0001	Sex
11	250	XAD	O			Address

Struttura del messaggio PID

CAMPO	CONTENUTO
PID-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
PID-3	Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi 1. identificativo univoco aziendale (idBAC) 2. tessera TEAM 3. tessera sanitaria 4. codice fiscale 5. codice STP o altro identificativo CX-1 = Identificativo CX-4 = ente che ha assegnato il codice (Tab. UD #0363) CX-5 = tipo di identificativo (Tab HL7#0203) CX-6 = Nome Applicativo che ha generato l'identificativo anagrafico univoco (idBAC). CX-9.3 = Sigla Nazione indicata sulla tessera TEAM
PID-5	Cognome e nome dell'assistito.
PID-7	Data di nascita. Formato YYYYMMDD
PID-8	Sesso
PID-11	Comune di nascita. XAD-7 = BDL XAD-9 = codice ISTAT del comune di nascita. Formato: Codice ISTAT del comune italiano Codice ISTAT dello stato estero prefissato da „999

Compilazione del segmento PID**7.5.2.2.7 Segmento PV1**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – PV1
2	1	IS	R			Patient Class
3	80	PL	O		0004	Assigned Patient Location
5	250	CX	O			Preadmit number
6	80	PL	O			Prior Patient Location
8	250	XCN	O	Y	0010	Referring Doctor
14	6	IS	O		0023	Admit Source
19	250	CX	O			Visit Number
25	8	DT	O			Contract Effective date
44	26	TS	O			Admit Date/Time
45	26	TS	O			Discharge Date/Time
50	250	CX	O	Y		Alternate Visit ID

Struttura del messaggio PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
PV1-2	Indica il tipo di paziente Valori ammessi: I = paziente interno o ricoverato O = paziente esterno
PV1-3	Dati della struttura in cui viene prodotto il referto Formato: PL-1 = codice reparto o Unità Operativa (max 6) (coincide con il reparto di dimissione per i documenti di tipo Lettera di dimissione); PL-4.1 = codice azienda ospedaliera PL-7 = codice dell'ambulatorio PL-10 = codice del presidio PL-11 = codice struttura di conservazione del documento
PV1-5	Identificativo della prescrizione di ricovero CX-1 = Identificativo CX-5 = Tipologia identificativo (da aggiungere valori in tabella) • IUP • RUR
PV1-6	Il campo contiene un codice reparto diverso a seconda del tipo di DCE archiviato: • Codice regionale reparto di accettazione per i DCE di tipo Lettera di dimissione. • Codice regionale del reparto richiedete le prestazioni per i documenti di tipo Specialistico Il reparto richiedente deve essere valorizzato per le prestazioni erogate nell'ambito della medicina del lavoro utilizzando il codice di reparto "fittizio" della medicina del lavoro censito sulla Piattaforma regionale. Formato: PL-1 = codice reparto (max 6)
PV1-8	Ogni ripetizione del campo contiene i dati di un medico: • medico referente • medico autorizzante • medico richiedente Formato: XCN-1 = Codice Fiscale (solo maiuscole) XCN-2 = Cognome (max 50) XCN-3 = Nome (max 50) XCN-6 = descrizione del ruolo (max 50) XCN-13 = "REFERTANTE" o "AUTORIZZANTE" o "RICHIEDENTE" XCN-14 = Dati sulla struttura di appartenenza del medico ⁹⁶ : • XCN-14.1 = codice azienda ospedaliera (max 16) • XCN-14.2 = codice del presidio (max 9) • XCN-14.3 = codice reparto (max 6)
PV1-9	Dati del medico destinatario della richiesta di TLC Formato: XCN-1 = Codice Fiscale XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-6 = descrizione del ruolo XCN-13 = "DESTINATARIO" XCN-14 = Dati sulla struttura di appartenenza del medico: • XCN-14.1 = codice azienda ospedaliera • XCN-14.2 = codice del presidio • XCN-14.3 = codice reparto • XCN-14.4 = codice ambulatorio
PV1-19	Identificativo dell'episodio sanitario a cui il DCE fa riferimento. Può contenere uno tra i seguenti identificativi di episodio: • Numero nosologico di ricovero (10 – formato AAAANNNNNN dove AAAA è l'anno e NNNNNNN è un progressivo numerico) • Numero di pratica di PS (max 20) • Identificativo episodio ambulatoriale (tipicamente numero di pratica assegnato dal CUP) (max 64) Formato: CX-1 = Identificativo episodio CX-4 = procedura ospedaliera di assegnazione dell'identificativo Valori ammessi: • AMB – per identificativo episodio ambulatoriale • ADT – per numero nosologico • PS – per numero di pratica di PS CX-5 = "MR" per il numero di cartella ambulatoriale e "VN" per identificativo episodio CX-10 = codice del presidio
PV1-25	Data dell'evento sanitario. Formato AAAAMMGG
PV1-44	Data e ora di accettazione per i DCE di ricovero, di PS o di evaluation note. Formato: YYYYMMDDHH24MM[SS]
PV1-45	Data e ora di dimissione per i DCE di ricovero o di PS

	Formato: YYYYMMDDHH24MM[SS]
PV1-50	Identificativo dell'evento sanitario assegnato dal dipartimentale CX-1 = Identificativo CX-5 = "IDEsterno"

Compilazione del segmento PV1**7.5.2.2.8 Segmento TXA**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-TXA
2	30	IS	R			Document Type
6	26	TS	O			Origination Date/Time
10	250	XCN	O	Y		Assigned Document Authenticator
11	250	XCN	C	Y		Transcriptionist Code/Name
12	250	EI	O			Unique Document Number
13	64	EI	C			Parent Document Number
16	64	ST	O			Unique Document File Name
17	2	ID	R			Document Completion Status
21	30	ST	R			Document Change Reason
22	250	PPN	O	Y		Authentication Person, Time Stamp
23	250	XCN	O	Y		Distributed Copies (Code and Name of Recipients)

Struttura del messaggio TXA

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
TXA-2	Il campo definisce la tipologia del documento interno Vedere tabella Tipologia documento interno
TXA-6	Data / ora di compilazione del documento
TXA-10	Medico responsabile del referto da produrre XCN-1 = Codice Fiscale XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-13 = "RESPONSABILE"
TXA-11	Dati dell'operatore che ha firmato il documento Formato: XCN-1 = Codice Fiscale XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-6 = descrizione del ruolo XCN-13 = "COMPILATORE"
TXA-12	Il campo è utilizzato per comunicare l'identificativo e il numero di versione del documento ottenuti dalla pubblicazione del documento sul SISS. Struttura: EI-1: identificativo del documento testuale assegnato dal dipartimentale EI-3: identificativo del documento strutturato assegnato dal dipartimentale EI-5: identificativo del referto esterno testuale EI-7: identificativo del referto esterno strutturato EI-9: identificativo del documento EI-10: "DOC-ID" EI-11: numero di versione del documento EI-12: "DOC-VERSION"
TXA-13	Link logico, assegnato dal Repository, del referto di riferimento (padre) Formato: EI-1: link logico del documento testuale EI-3 = link logico del documento strutturato
TXA-16	Codice identificativo dipartimentale del documento di riferimento (o padre) Formato: EI-1: identificativo del documento testuale EI-3: identificativo del documento strutturato
TXA-17	Indica lo stato del DCE archiviato Valori ammessi: • IP - documento in stato BOZZA • AU - documento in stato VALIDATO (o non firmato) • LA - documento firmato [e marcato].
TXA-21	Il campo indica la natura del DCE archiviato può assumere i seguenti valori: • 01 - STANDARD • 02 - INTEGRATIVO • 03 - SOSTITUTIVO • 04 - ANNULLATIVO
TXA-22	Data e ora di firma del documento (per documenti firmati e/o marcati). Formato: PPN.15 = Data e ora di firma. Formato AAAAMMGGHH24MM[SS]
TXA-23	Data di consegna del referto al cittadino. Formato:

XCN-19: formato AAAAMMGGHH24MM[SS]

Compilazione del segmento TXA**7.5.2.2.2.9 Segmento OBX**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O	0125		Set ID – OBX
2	2	ID	O			Value Type
3	250	CE	R			Observation Identifier
5	3641144	Varies	O			Observation Value
6	60	CE	O			Units
14	26	TS	O			Date/Time of Observation

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
OBX-2	Indica la tipologia di contenuto del campo OBX-5 (un documento o un'informazione aggiuntiva) Valori ammessi: RP = Reference Pointer (per il link ad altri documenti) CE = Coded Element (per le caratterizzazioni cliniche)
OBX-3	<p>Viene compilato diversamente a seconda dell'informazione trasportata.</p> <p>DCE testuale in bozza, validato, firmato o marcato: CE-1 = Identificativo del Referto assegnato dal dipartimentale CE-2 = Codice SISS del tipo documento. Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS – Tipo Documento CE-3 = a seconda della tipologia di referto può assumere i seguenti valori costanti: • "Referto" • "RefertoFirmato" • "RefertoMarcato" CE-5 = Tipologia interna del documento. Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS – Tipo Docume CE-6 = formato del documento. Valori ammessi: • "PDF" • "TXT" • "JPEG" • "PDF-CDA2" • "PDFA3"</p> <p>Caratterizzazioni cliniche CE-3 = "carattCliniche"</p> <p>Link allegato CE-1 = identificativo del tipo di allegato CE-3 = "linkAllegato" CE-4 = tipologia dell'allegato. Valori ammessi vedi Tabella SISS – Formato Allegato CE-5 = eventuale URL di collegamento per la visualizzazione</p> <p>Documento strutturato CE-1 = identificativo interno del documento strutturato assegnato dal dipartimentale (ripetizione del campo TXA-12.3) CE-2 = Codice SISS del tipo documento. Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS – Tipo Documento CE-3 = a seconda della tipologia di referto può assumere i seguenti valori costanti: • "CDA2" CE-5 = Tipologia interna del documento. Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS – Tipo Docume CE-6 = tipo fisico del documento; può assumere i seguenti valori costanti: • "XML": per CDA2 Bozza • "ZIP1": per CDA2 Validato o Consolidato (rif. [1])</p>
OBX-5	<p>La compilazione del campo varia in funzione del contenuto:</p> <p>Link allegato RP-1 = Identificativo univoco dell'allegato.</p> <p>Caratterizzazioni cliniche CE-1 = codice CE-3 = dizionario valori ammessi vedi tab Tabella SISS – Dizionario Codici</p>
OBX-6	<p>Numero totale delle pagine da estrarre per acquisire tutti i record del servizio Contenuto: CE-1 = numero pagine; CE-2 = "nPagine"</p>
OBX-14	Data e ora relativa all'ultima modifica del documento Formato YYYYMMDDHHMM[SS].

Compilazione del segmento OBX

7.5.2.2.2.10 Segmento ZBR

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – ZBR
2	22	EI	O			Placer Order Number
3	22	EI	O			Filler Order Number
4	250	CE	O	Y		Universal Service Identifier
5	26	TS	O			Requested Date/Time
6	26	TS	O			Observation Date/Time
7	80	CE	O	0065		Specimen Action Code
8	250	XCN	O	Y		Ordering Provider
9	60	ST	O			Placer Field #1
10	40	MOC	O			Charge to practice
10	10	ID	O	0074		Diagnostic Serv Sect ID
12	200	TQ	O	Y		Quantity/Timing
13	250	CE	O	Y	0411	Placer Supplemental Service Information

Struttura del segmento ZBR

CAMPO	CONTENUTO
ZBR-1	Quando utilizzato, il campo deve essere impiegato per indicare il numero progressivo del segmento ZBR all'interno del messaggio
ZBR-2	Numer o'ordine del richiedente. Coincide con l'id richiesta.
ZBR-3	Numer o'ordine assegnato dall'Order Filler. Coincide con l'id erogazione.
ZBR-4	Prestazione associata ad DCE specialistico. Formato: CE-1 = codice prestazione CE-2 = descrizione della prestazione. CE-3 = indica il tipo di codice prestazione. Valori ammessi: • "SISS" – indica il codice SISS della prestazione • nome dell'applicativo archivante (campo MSH-3) se viene utilizzata una codifica proprietaria delle prestazioni. Il nome deve essere lo stesso configurato sulle tabelle di transcodifica della piattaforma (SISS-Way).
ZBR-5	Data ora della richiesta, formato YYYYMMDDHHMMSS
ZBR-6	Data e ora di erogazione della prestazione specialistica. Formato AAAAMMGGHH24MM[SS]
ZBR-7	Valori ammessi (vedi Tab. HL7 #0065): A – sugli ordini relativi a prestazioni aggiuntive normate Ogni ripetizione del ZBR-7 contiene uno tra le seguenti informazioni del documento da ricercare: <ul style="list-style-type: none"> • Flag Aggiuntiva • Flag Pagata • Flag Pubblica FSE Il formato previsto per le due tipologie è il seguente: A. Flag Firmato <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Y/N (tabella 0136) • CE-2 = "flagAggiuntiva" B. Flag Marcato <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Y/N (tabella 0136) • CE-2 = "flagPagata" C. Flag invio al SISS <ul style="list-style-type: none"> • CE-1 = Y/N (tabella 0136) • CE-2 = "flagPubblicaFSE"
ZBR-8	Medico richiedente. Il campo può contenere il Codice Fiscale o Codice Regionale o codice interno per specialisti ospedalieri Contenuto: XCN-1 = Codice; XCN-2 = Cognome, XCN-3 = Nome, XCN-13 = Tipologia identificativo (Tab HL7 #0203)
ZBR-9	Identificativo univoco (generato dal Placer) che permette di raggruppare un insieme di ordini e di identificarli successivamente
ZBR-10	Codice della disciplina di erogazione della prestazione
ZBR-11	Indica la quantità erogata. Formato: TQ-1: quantità
ZBR-12	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo). Formato: CE-1 = dato da inviare CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).
ZBR-13	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Placer (numero di ripetizioni limitato solo dalla lunghezza del campo).

	Formato: CE-1 = dato da inviare CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate). Può assumere i valori "99RUR" o "99IUP"
--	--

Compilazione del segmento ZBR**7.5.2.2.2.11 Segmento NTE**

Le ripetizioni del segmento NTE consentono il recupero di ulteriori informazioni

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – NTE
2	8	ID	O		0105	Source of Comment
3	56636	FT	O	Y		Comment
4	250	CE	O	Y	0364	Comment Type

Struttura del segmento NTE**7.5.2.2.2.11.1 Stato Notifica SISS**

La ripetizione consente all'applicativo archiviante di indicare la condizione di notifica del referto al SISS in base ad uno dei seguenti stati:

- DA INVIARE: il DCE archiviato verrà notificato attraverso i servizi SISS di pubblicazione integrati dal Repository aziendale (dalle GUI web).
- INVIO A CARICO DEL DIPARTIMENTALE: il DCE archiviato potrà essere notificato solo dal dipartimentale archiviante attraverso il servizio SISS-Way REF.registraReferti.
- DA NON INVIARE: il DCE non dovrà essere pubblicato sul SISS.

La valorizzazione dello stato di invio è di competenza dell'applicativo archiviante.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Il dipartimentale indica se il DCE dovrà essere notificato o meno al SISS. Valori ammessi: 01 = DA INVIARE 02 = INVIO A CARICO DELL'APPLICAZIONE DIPARTIMENTALE 03 = DA NON INVIARE
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "flagInviareAlSiss"

Compilazione del segmento NTE**7.5.2.2.2.11.2 Consultazione Elettronica**

Attributo amministrativo che indica la scelta del cittadino di consultare il referto in autonomia da casa utilizzando i servizi SISS di consultazione oppure se intende prelevare il referto presso l'AO richiedendone quindi la stampa.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Il dipartimentale indica se il DCE verrà consultato dal cittadino attraverso i servizi SISS. Valori ammessi: S = consultazione in autonomia N = Richiesta di stampa in AO
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "consultazioneElettronica"

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.2.11.3 Rete di Patologia

Codice della rete di patologia di appartenenza del referto.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Codice rete di patologia. Vedi Tabella SISS - Rete di Patologia
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "retePatologia"

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.2.11.4 Autorizzazione e Oscuramento

Le ripetizioni NTE relative ai dati di oscuramento possono restituire la struttura prevista as is oppure , per i nuovi referti archiviati con FSE 2024, le nuove informazioni di privacy (par. 7.5.1.1.11.3.12)

Ogni ripetizione del segmento ha la seguente struttura:

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Stato di oscuramento Valori ammessi: SI – documento clinico autorizzato/oscurato NO – documento clinico non autorizzato/non oscurato
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata CE-1 = "GI" CE-2 = identificativo del flag di oscuramento. I flag di oscuramento possono assumere i valori costanti: "10": tossicodipendenza "20": HIV "30": violenze subite "40": interruzione volontaria gravidanza "50": oscuramento volontario richiesto dal cittadino "autorizzazioneConsultazione": indicazione dell'autorizzazione alla consultazione in autonomia Valorizzazione FSE 2024 CE-1 = "GI" CE-2 = identificativo del flag di oscuramento. I flag di oscuramento possono assumere i valori (tutti obbligatori): "P97": Oscuramento del genitore/tutore "P98": Oscuramento da parte dell'operatore medico "P99": oscuramento volontario richiesto dal cittadino "autorizzazioneConsultazione": indicazione dell'autorizzazione alla consultazione in autonomia

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.2.11.5 Confidentiality Code

Indica il livello di riservatezza dei dati contenuti nel referto.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID-NTE
2	8	ID	O		0105	Source of Comment
3	56636	FT	O	Y		Comment
4	250	CE	O		0364	Comment Type

Struttura del segmento NTE

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo segmento
NTE-2	"O"
NTE-3	Stato di oscuramento Valori ammessi: N - Normal V - Very restricted
NTE-4	CE-1 = "GI" CE-2 = "confidentialityCode"

Compilazione del segmento NTE**7.5.2.2.2.11.6 Note Reperibilità**

Le note di reperibilità sono obbligatorie se viene archiviato un DAO e autorizzazioneConsultazione = S. Negli altri casi il Repository inserisce delle note di reperibilità di default.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	testo della nota
NTE-4	Questo campo contiene il valore che identifica il tipo di nota. CE-1 = "GI" CE-2 = "NOTEREPERIBILITA"

Compilazione del segmento NTE**7.5.2.2.2.11.7 Versione XSLT**

Attributo del DAO ottenuto dai servizi di generazione del DAO che rappresenta la versione del file di transform utilizzata per la generazione del documento di autorizzazione relativa al referto.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Contiene la versione del file di transform utilizzata per la generazione del documento di autorizzazione – obbligatorio Se il DAO viene generato dal dipartimentale esternamente alla Piattaforma con formato testuale specificato in appendice al SIAA FSE (rif. [5]) , il valore del tag deve essere 010.
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata – obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "versioneXSLT"

Compilazione del segmento NTE**7.5.2.2.2.11.8 Hash**

Nei messaggi di archiviazione di DCE con DAO deve essere archiviato sia l'hash del documento testuale che del documento strutturato ottenuti con i servizi SISS-Way 2008 (o release successive) di generazione del DAO.

Quindi ognuno dei due hash calcolati verrà archiviato con una ripetizione del segmento NTE relativa la segmento OBX che trasporta il documento (testuale o strutturato) su cui è stato calcolato il rispettivo hash.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Contiene l'output ottenuto applicando la funzione hash al referto e permette di identificare il documento attraverso una stringa
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata. CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "hashReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "hashCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato

Compilazione del segmento NTE**7.5.2.2.2.11.9 Algoritmo Hash**

Attributo del DCE ottenuto dai servizi SISS-Way 2008 (e versioni successive) di generazione del DAO che rappresenta l'algoritmo utilizzato per il calcolo dell'hash.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Contiene l'algoritmo utilizzato per il calcolo dell'hash
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "algoritmoHashReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "algoritmoHashCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.2.11.10 Size Documento

Attributo del DCE ottenuto dai servizi SISS-Way 2008 (o release successive) di generazione del DAO che indica la dimensione del documento archiviato.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Contiene la dimensione del documento – obbligatorio
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata – obbligatorio CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "sizeDocumentoReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "sizeDocumentoCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.2.11.11 Linguaggio

Attributo del DCE che indica il linguaggio del documento archiviato (2011).

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Contiene il codice del linguaggio del documento Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS - Lingua Documento
NTE-4	Questo campo contiene un valore per identificare il tipo di informazione trasportata CE-1 = GI (General Instructions) CE-2 = deve assumere il valore costante "linguaggioDocumentoReferto" nella ripetizione relativa al documento testuale e "linguaggioDocumentoCDA" nella ripetizione relativa al documento strutturato

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.2.11.12 Codifica LOINC

Attributo amministrativo che indica l'eventuale codifica LOINC attribuita al tipo di DCE pubblicato.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Codifica LOINC del documento. Valori ammessi vedi Tab. Tabella SISS - Tipi Documenti LOINC
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "idTipoDocumentoLOINC"

Compilazione del segmento NTE

7.5.2.2.11.13 Sezione Fascicolo

Attributo amministrativo che indica a quale/i sezione/i del Fascicolo Sanitario Elettronico del SISS viene registrato il link del documento.

CAMPO	CONTENUTO

NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Codice della sezione del fascicolo. Valori ammessi vedi Tabella SISS - Sezioni Fascicolo
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "sezioneFascicolo"

Compilazione del segmento NTE**7.5.2.2.11.14 SET DCE di riferimento**

Contiene l'idSetDocumento ottenuto dalla pubblicazione del documento di riferimento.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Identificativo del set di riferimento.
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "idSetDocumentoPadre "

Compilazione del segmento NTE**7.5.2.2.11.15 Versione DCE di riferimento**

Attributo amministrativo che indica il numero di versione dell'ultima scheda pubblicata.

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	versione del set di riferimento.
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = "nVersionePadre "

Compilazione del segmento NTE**7.5.2.2.11.16 Attributi Specifici**

Va ripetuto un segmento NTE per ogni attributo

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo riga all'interno del messaggio.
NTE-2	"O"
NTE-3	Valore dell'attributo (vedi Tabella SISS - Attributi Specifici)
NTE-4	Campo obbligatorio CE-1 = "GI" CE-2 = nome dell'attributo (vedi Tabella SISS - Attributi Specifici)

Compilazione del segmento NTE**7.5.3 Totem – archiviazione quietanza di pagamento****7.5.3.1 MDM^T02 - archiviazione quietanza di pagamento**

Il messaggio consente di inviare al Repository Totem la ricevuta di pagamento di una prenotazione

7.5.3.1.1 MDM^T02 2011-02

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type

PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
[{	--- COMMON_ORDER begin
ORC	Common order segment
[{	--- TIMING begin
TQ1	Timing/Quantity
}]	--- TIMING end
OBR	Observation request segment
}]	--- COMMON_ORDER end
TXA	Document Notification
OBX	Observation/Result (one or more required)

Struttura del messaggio MDM^T02**7.5.3.1.1.1 Segmento MSH**

Vedi par. 7.1.1.

Rispetto alla descrizione standard sono previste le seguenti compilazioni:

- MSH-21: 2011-02

7.5.3.1.1.2 Segmento EVN

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	26	TS	R			Recorded Date/Time
6	26	TS	O			Event Occurred

Struttura del segmento EVN

CAMPO	CONTENUTO
EVN-2	Data e ora di sistema
EVN-6	Data e ora dell'evento di pagamento. Formato AAAAMMGG[HH24MM[SS]].

Compilazione del segmento EVN**7.5.3.1.1.3 Segmento PID**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
3	250	CX	R	Y		Patient Identifier List
5	250	XPN	R	Y		Patient Name
6	250	XPN	O			Mother's Maiden name
7	26	TS	O			Birth Date
8	1	IS	O			Sex
11	250	XAD	O	Y	0001	Address
21	250	CX	O			Mother's Identifier
25	2	NM	O			Birth Order

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	<p>Ogni ripetizione del PID-3 contiene uno tra i seguenti identificativi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identificativo univoco aziendale <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = PI 2. Tessera sanitaria <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = SS 3. codice fiscale <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito (ammesse solo maiuscole) • CX-5 = NN 4. Identificativo per cittadini Non SISS o cittadini non identificabili con tessera sanitaria e codice fiscale che può essere uno solo tra: <ul style="list-style-type: none"> • Tessera TEAM • Codice STP • Altro Il formato previsto per ognuno delle tre tipologie è il seguente: A. tessera TEAM (identificativo personale (campo 6 della tessera)) <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = NPI • CX-9.3 = Sigla Nazione indicata sulla tessera TEAM B. Codice STP <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = PNT C. Altro <ul style="list-style-type: none"> • CX-1 = Identificativo univoco dell'assistito • CX-5 = U <p>Deve essere fornito almeno un identificativo del paziente</p>
PID-5	<p>Cognome e nome dell'assistito (obbligatori).</p> <p>Formato:</p> <p>XPN-1 = Cognome (max 50) XPN-2 = Nome (max 50)</p>
PID-6	<p>Dati della madre del neonato</p> <p>Formato:</p> <p>XPN-1 = Cognome (max 50) XPN-2 = Nome (max 50) XPN-11 = codice del comune di nascita.</p> <p>Formato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Codice ISTAT del comune italiano • Codice ISTAT dello stato estero prefissato da '999' <p>XPN-12 = Data di nascita. Formato YYYYMMDD</p>
PID-7	Data di nascita. Formato YYYYMMDD
PID-8	<p>Sesso (Obbligatorio)</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>M – maschio F – femmina</p>
PID-11	<p>Indirizzo di nascita.</p> <p>XAD-7 = BDL</p> <p>XAD-9 = codice ISTAT del comune di nascita.</p> <p>Formato:</p> <p>Codice ISTAT del comune italiano Codice ISTAT dello stato estero prefissato da 999</p>
PID-21	Identificativo anagrafico della madre (vedi dettagli PID-3)
PID-25	Se valorizzato (con un valore numerico ≥ 1) indica la condizione per cui i dati contenuti nel PID-3 sono i dati del neonato mentre i dati della madre vengono associati al referto come dati cittadino (vedi descrizione iniziale Gestione Dati Neonato)

Compilazione del segmento PID**7.5.3.1.1.4 Segmento PV1**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	1	IS	R		0004	Patient Class

Struttura del segmento PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Indica il tipo di paziente (obbligatorio) Valori ammessi: O = Outpatient (paziente esterno)

Compilazione del segmento PV1**7.5.3.1.1.5 Segmento ORC**

La coppia ORC-OBR deve essere obbligatoriamente presente nei messaggi MDM^T02 di archiviazione di un documento di quietanza.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	2	ID	R		0119	Order Control
2	22	EI	C			Placer Order Number
3	22	EI	C			Filler Order Number
4	22	EI	O			Placer Group Number
9	26	TS	O			Date/Time of transaction

Struttura del segmento ORC

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	"NW"
ORC-2	Identificativo dell'ordine assegnato dal richiedente delle prestazioni specialistiche
ORC-3	Identificativo dell'ordine assegnato dall'erogatore delle prestazioni specialistiche
ORC-4	Identificativo di raggruppamento delle prestazioni specialistiche assegnato dall'applicativo richiedente
ORC-9	Data e ora della richiesta delle prestazioni. Formato AAAAMMGGHH24MM[SS].

Compilazione del segmento ORC**7.5.3.1.1.6 Segmento TQ1**

Il segmento trasporta informazioni aggiuntive associate alle prestazioni specialistiche.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
2	20	CQ	O			Quantity

Struttura del segmento TQ1

CAMPO	CONTENUTO
TQ1-2	Quantità erogata della prestazione specialistica (max 3)

Compilazione del segmento TQ1**7.5.3.1.1.7 Segmento OBR**

Il segmento trasporta le codifiche relative alle prestazioni.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBR
4	250	CE	R			Universal Service Identifier
23	40	MOC	O			Charge to practice
36	26	TS	O			Scheduled Date/Time
46	250	CE	O	Y	0411	Placer Supplemental Service Information

Struttura del segmento OBR

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Numero progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio
OBR-4	Prestazione richiesta. Formato: CE-1 = codice prestazione (codice interno); CE-2 = descrizione prestazione; CE-3 = Nome del sistema di codifica (Tabella HL7#0396 – Coding System).
OBR-23	Stato di pagamento della prestazione specialistica. Formato: MOC-2 = codice di stato di pagamento Valori ammessi: • PY – prestazione pagata
OBR-36	Data ora schedulata per l'appuntamento, formato YYYYMMDDHHMMSS.
OBR-46	Il campo è utilizzato per comunicare informazioni supplementari relative all'ordine-prestazione fornite dall'Order Placer; in particolare le informazioni che se presenti dovranno essere obbligatoriamente inviate sono: RUR, IUP, codice prestazione SISS Formato: CE-1 = dato da inviare CE-2 = descrizione CE-3 = Sistema di codifica (Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate).

Compilazione del segmento OBR

Se l'applicativo utilizza codifiche proprietarie delle prestazioni dovrà essere configurata su PRI la tabella di transcodifica associando al codice SISS della prestazione la coppia codice interno e chiave di transcodifica.

7.5.3.1.1.8 Segmento TXA

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-TXA
2	30	IS	R		0270	Document Type
3	2	ID	C		0191	Document Content Presentation
6	26	TS	O			Origination Date/Time
11	250	XCN	C	Y		Transcriptionist Code/Name
12	64	EI	R			Unique Document Number
21	30	ST	C			Document Change Reason

Struttura del segmento TXA

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	"1"
TXA-2	Il campo definisce la tipologia del DCE e di conseguenza di metadati del DCE da archiviare. Sono attualmente gestiti i seguenti tipi di attributo: OP – Da utilizzare per le tipologie di documento che non sono tra le precedenti (es. Patient Summary)
TXA-3	"multipart"
TXA-6	Data / ora di creazione del documento Formato YYYYMMDDHH24MM[SS].
TXA-11	Dati dell'operatore che ha effettuato l'operazione di pagamento; il dato va comunicato solo se disponibile. Formato: XCN-1 = Codice Fiscale o matricola (obbligatorio – solo maiuscole) XCN-2 = Cognome (max 50) XCN-3 = Nome (max 50) XCN-6 = descrizione del ruolo (max 50)
TXA-12	Codice identificativo del documento di quietanza assegnato dal dipartimentale (obbligatorio). Formato: EI-1: identificativo del documento testuale EI-3: identificativo del documento strutturato
TXA-21	Il campo indica la natura del DCE da archiviare – Obbligatorio può assumere i seguenti valori: • 01 – STANDARD

Compilazione del segmento TXA

7.5.3.1.1.9 Segmento OBX

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBX
2	2	ID	R			Value Type
3	250	CE	R			Observation Identifier
5	99999	Varies	R			Observation Value

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	1
OBX-2	Indica la tipologia di contenuto del campo OBX-5 (un documento o un'informazione aggiuntiva) Valori ammessi: ED = Encapsulated Data (per i documenti)
OBX-3	CE-6 = tipo fisico del documento (obbligatorio). Valori ammessi: • "PDF"
OBX-5	Contenuto da archiviare (documento o link). La compilazione del campo varia in funzione del contenuto: Documento OBX-5.2 = multipart OBX-5.3 = Octet-stream OBX-5.4 = Base64 OBX-5.5 = documento codificato in Base64

Compilazione del segmento OBX

7.5.3.2 MDM^T06 – Annullamento quietanza di pagamento

Il messaggio consente di inviare al Repository Totem l'annullamento della ricevuta di pagamento di una prenotazione.

7.5.3.2.1 MDM^T06 2011-02

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
EVN	Event Type
PID	Patient Identification
PV1	Patient Visit
[{	--- COMMON_ORDER begin
ORC	Common order segment
[{	--- TIMING begin
TQ1	Timing/Quantity
}]	--- TIMING end
OBR	Observation request segment
}]	--- COMMON_ORDER end
TXA	Document Notification
OBX	Observation/Result (one or more required)

Struttura del messaggio MDM^T06

7.5.3.2.1.1 Segmento MSH

Vedi par. 7.5.3.1.1.1

7.5.3.2.1.2 Segmento EVN

Vedi par. 7.5.3.1.1.2

7.5.3.2.1.3 Segmento PID

Vedi par. 7.5.3.1.1.3

7.5.3.2.1.4 Segmento PV1

Vedi par. 7.5.3.1.1.4

7.5.3.2.1.5 Segmento ORC

Vedi par. 7.5.3.1.1.5.

7.5.3.2.1.6 Segmento TQ1

Vedi par. 7.5.1.1.1.7

7.5.3.2.1.7 Segmento OBR

Vedi par. 7.5.1.1.1.8

7.5.3.2.1.8 Segmento TXA

1	4	SI	R		0270	Set ID-TXA
2	30	IS	R		0191	Document Type
3	2	ID	C			Document Content Presentation
6	26	TS	O			Origination Date/Time
11	250	XCN	C	Y		Transcriptionist Code/Name
12	64	EI	R			Unique Document Number
16	64	ST	O			Unique Document File Name
21	30	ST	C			Document Change Reason

Struttura del segmento TXA

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	"1"
TXA-2	Il campo definisce la tipologia del DCE e di conseguenza di metadati del DCE da archiviare. Sono attualmente gestiti i seguenti tipi di attributo: OP – Da utilizzare per le tipologie di documento che non sono tra le precedenti (es. Patient Summary)
TXA-3	"multipart"
TXA-6	Data / ora di creazione del documento Formato YYYYMMDDHH24MM[SS].
TXA-11	Dati dell'operatore che ha effettuato l'operazione di pagamento; il dato va comunicato solo se disponibile. Formato: XCN-1 = Codice Fiscale o matricola (obbligatorio – solo maiuscole) XCN-2 = Cognome (max 50) XCN-3 = Nome (max 50) XCN-6 = descrizione del ruolo (max 50)
TXA-12	Codice identificativo del documento di quietanza assegnato dal dipartimentale (obbligatorio). Formato: EI-1: identificativo del documento testuale EI-3: identificativo del documento strutturato
TXA-16	Codice identificativo dipartimentale del documento di riferimento (o padre) – obbligatorio se non valorizzato TXA-13. Formato: EI-1: identificativo del documento testuale EI-3: identificativo del documento strutturato
TXA-21	Il campo indica la natura del DCE da archiviare – Obbligatorio può assumere i seguenti valori: • 04 – ANNNULLATIVO

Compilazione del segmento TXA**7.5.3.2.1.9 Segmento OBX**

Vedi par. 7.5.3.1.1.9

7.5.4 CUP - Recupero Avviso di Pagamento**7.5.4.1 *QRY^T12 / DOC^T12 – Recupero di un avviso di pagamento***

Il messaggio consente di recuperare il recupero dell'avviso di pagamento in formato PDF dal sistema che conserva il documento.

Il messaggio può essere invocato ad es. dal PS verso il CUP nello scenario di integrazione previsto (par. 5.8)

7.5.4.1.1 *QRY^T12 – query di ricerca del documento*

La struttura del messaggio di richiesta è il seguente:

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
QRD	Query Definition
QRF	Query Filter

Struttura del messaggio QRY^T12**7.5.4.1.1.1 Segmento MSH**

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.1.

7.5.4.1.1.2 Segmento QRD

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	26	TS	R			Query Date/Time
2	1	ID	R		0106	Query Format Code
3	1	ID	R		0091	Query Priority
4	10	ST	R			Query ID
7	10	CQ	R		0126	Quantity Limited Request
8	250	XCN	O			Who Subject Filter
9	250	CE	R		0048	What Subject Filter
10	250	CE	R	Y		What Department Data Code

Struttura del segmento QRD

CAMPO	CONTENUTO
QRD-1	Data e ora di generazione query Formato AAAAMMGG[HH24MM[SS]]
QRD-2	"D" (La risposta è nel formato di visualizzazione)
QRD-3	"I"
QRD-4	Identificativo query
QRD-7	CQ-1 = 99999 CQ-2 = "L1" (lines)
QRD-8	Dati operatore che ha fatto la richiesta. Formato: XCN-1 = Codice Fiscale operatore XCN-2 = cognome operatore XCN-3 = nome operatore
QRD-9	"OTH"
QRD-10	Codice IUV CE-1 = Identificativo univoco CE-2 = "IUV"

Compilazione del segmento QRD

7.5.4.1.1.3 Segmento QRF

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	20	ST	R			Where Subject Filter

Struttura del segmento QRF

CAMPO	CONTENUTO
QRF-1	"RPY-VIS"

Compilazione del segmento QRF

7.5.4.1.2 DOC^T12 – response di ricerca del documento

La struttura del messaggio di richiesta è il seguente:

Segmento	Descrizione
MSH	Message Header
MSA	Message Acknowledgement
[ERR]	Error
[QAK]	Query Acknowledgement
{	
QRD	Query Definition
PV1	Patient Visit
TXA	Document Notification
[{OBX}]	Observation
}	

Struttura del messaggio DOC^T12

7.5.4.1.2.1 Segmento MSH

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.1.

7.5.4.1.2.2 Segmento MSA

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.3.

7.5.4.1.2.3 Segmento ERR

Per la struttura dettagliata si rimanda alla descrizione generale al paragrafo 7.1.4.

7.5.4.1.2.4 Segmento QAK

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	32	ST	C			Query Tag
2	2	ID	O		0208	Query Response Status
4	10	NM	O			Hit Count

Struttura del messaggio QAK

CAMPO	CONTENUTO
QAK-1	Identificativo univoco della query; nella risposta si deve riportare il valore del campo QRD-4 della query
QAK-2	Valori ammessi: <ul style="list-style-type: none"> • "OK" (dati trovati, no errori) • "NF" (no dati trovati, no errori) • "AE" (Application Error) • "AR" (Application Reject)
QAK-4	Questo campo restituisce il numero di risultati trovati dalla query

Compilazione del segmento QAK

7.5.4.1.2.5 Segmento QRD

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	26	TS	R			Query Date/Time
2	1	ID	R		0106	Query Format Code
3	1	ID	R		0091	Query Priority
4	10	ST	R			Query ID
9	250	CE	R		0048	What Subject Filter
10	250	CE	R			What Department Data Code

Struttura del messaggio QRD

CAMPO	CONTENUTO
QRD-1	Data e ora di generazione query Formato AAAAMMGG[HH24MM[SS]]
QRD-2	"D" (La risposta è nel formato di visualizzazione)
QRD-3	"I"
QRD-4	Identificativo query
QRD-7	CQ-1 = 99999 CQ-2 = "LI" (lines)
QRD-8	Dati operatore che ha fatto richiesta. XCN-1 = Codice Fiscale operatore XCN-2 = cognome operatore XCN-3 = nome operatore
QRD-9	"OTH"
QRD-10	

Compilazione del segmento QRD

7.5.4.1.2.6 Segmento PV1

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID - PV1

2	1	IS	R		0004	Patient Class
---	---	----	---	--	------	---------------

Struttura del messaggio PV1

CAMPO	CONTENUTO
PV1-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
PV1-2	"O"

Compilazione del segmento PV1**7.5.4.1.2.7 Segmento TXA**

SEQ	LEN	DT	OP T	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	R			Set ID-TXA
2	30	IS	R			Document Type
3	2	ID	C		0191	Document Content Presentation
17	2	ID	R		0271	Document Completion Status
21	30	ST	R			Document Change Reason

Struttura del messaggio TXA

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
TXA-2	"OP"
TXA-3	"multipart"
TXA-17	"DO"
TXA-21	"NA"

Compilazione del segmento TXA**7.5.4.1.2.8 Segmento OBX**

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	Element Name
1	4	SI	O			Set ID – OBX
2	2	ID	R			Value Type
3	250	CE	O		0125	Observation Identifier
5	99999	Varies	O			Observation Value

Struttura del segmento OBX

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo numerico delle ripetizioni del segmento
OBX-2	"ED"
OBX-3	CE-1 = Codice IUV
OBX-5	OBX-5.2 = multipart OBX-5.3 = Octed-stream OBX-5.4 = Base64 OBX-5.5 = documento codificato in Base64

Compilazione del segmento OBX

8 APPENDICE A – TABELLE DI CODIFICA

8.1 Tabella HL7 #0001 – Sex

Valore	Descrizione
F	Femmina
M	Maschio

8.2 Tabella UD #0002 – Marital Status

Valore	Descrizione
1	Non coniugato/a
2	Coniugato/a
3	Separato/a
4	Divorziato/a
5	Vedovo/a
6	Non dichiarato
N	Non coniugato/a
C	Coniugato/a
V	Vedovo/a
D	Divorziato/a
P	Presunto vedovo/a
L	Libero/a da vincoli matrimoniali

I codici N,C,V,D,P,L sono previsti solo nelle integrazioni in ASL Milano anziché la codifica ISTAT.

8.3 Tabella UD#0004 – Patient Class

I casi d'uso indicati sono indicativi. I codici indicati possono essere utilizzati in tutti i messaggi che prevedono il campo HL7 relativo alla tabella salvo indicazioni specifiche riportate nella descrizione del campo

Valore	Descrizione HL7	Significato	Casi d'uso
A	After Discharge	Prestazioni di follow-up (post ricovero)	Messaggio ADT^A04 Messaggi d'ordine ORM, OMG, OML
B	Sovraffollamento PS	Sovraffollamento PS	Da usare nei casi in cui i pazienti in pronto soccorso vengono direttamente inviati in reparto per sovraffollamento del PS
C	Paziente cronico	Paziente preso in carico dall'ente gestore	Da usare nei messaggi che il modulo di presa in carico invia in broadcast agli altri applicativi dipartimentali
D	Day Hospital	Ricovero in Day Hospital o Day Surgery	Messaggio ADT^A01 per apertura ciclo DH Messaggio ADT^A04 per registrazione accesso DH Messaggi d'ordine ORM, OMG, OML
E	Emergency	Emergenza	Messaggio ADT^A01 su ricovero attuato tramite PS Messaggio ADT^A04 su accesso in PS Messaggi d'ordine ORM, OMG, OML
H	High complexity ambulatory	Ambulatorio ad alta Complessità	Messaggi ADT e OMG per la gestione dei ricoveri in regime ambulatoriale (MAC, BIC, BOCA)
I	Inpatient	Paziente interno o Ricovero ordinario	Messaggi ADT^A01-A08 da gestione ricoveri

			Messaggi MDM Messaggi d'ordine ORM, OMG, OML
N	Not Applicable	Comunicazione di dati anagrafici non legati a una movimentazione del paziente	Messaggi ADT^A28-A31 per comunicazione soli dati anagrafici
O	Outpatient	Paziente esterno o ambulatoriale	Messaggio ADT^A04-A08 da gestione ambulatoriale Messaggi MDM Messaggi d'ordine ORM, OMG, OML
P	Preadmit	Pre-ricovero	Messaggio ADT^A05 da gestione ricoveri
R	Recurring	Ricovero con cicli di cura	Messaggio ADT^A01 da gestione ricoveri
S	Regime Subacuto	Regime Subacuto	Messaggi ADT per gestione ricoveri Messaggi d'ordine ORM, OMG, OML
V	Visita in service	Paziente che esegue esami erogati in service	Messaggi d'ordine ORM, OMG, OML
W	Waiting list	Paziente inserito in lista di attesa	Messaggio ADT^A04 per gestione inserimento in lista di attesa Ammessi anche i messaggi ADT^A01, ADT^A05, ADT^A08 Messaggi d'ordine ORM, OMG, OML
X	Protected Discharge	Dimissione protetta	Messaggio ADT^A01 da gestione ricoveri

8.4 Tabella UD #0007 – Admission Type

I casi d'uso indicati sono indicativi. I codici indicati possono essere utilizzati in tutti i messaggi che prevedono il campo HL7 relativo alla tabella salvo indicazioni specifiche riportate nella descrizione del campo

Valore	Descrizione	Casi d'uso
1	Ricovero programmato non urgente	
2	Ricovero Urgente	
3	T.S.O. (Trattamento Sanitario Obbligatorio)	
4	Ricovero Programmato con Preospedalizzazione	
I	Ricovero ordinario (Inpatient)	Messaggio ADT^A04 per l'inserimento in lista di attesa
D	Ricovero in Day Hospital o Day Surgery	Messaggio ADT^A04 per l'inserimento in lista di attesa
H	Ambulatorio ad alta Complessità (High complexity ambulatory)	Messaggio ADT^A04 per l'inserimento in lista di attesa
LC	Bassa complessità (da usarsi per indicare BIC o BOCA)	Messaggio ADT^A04 per l'inserimento in lista di attesa
HC	Alta complessità (da usarsi per indicare MAC)	Messaggio ADT^A04 per l'inserimento in lista di attesa

8.5 Tabella HL7 #0008 – Acknowledgment code

Valore	Descrizione HL7	Significato
AA	Original Mode: Application Accept Enhanced mode: Application acknowledgment: Accept	Indica la corretta gestione del messaggio
AE	Original Mode: Application Error Enhanced mode: Application acknowledgment: Error	indica un errore applicativo, per cui il messaggio HL7 è stato volutamente rifiutato e non deve essere più ritrasmesso
AR	Original Mode: Application Reject Enhanced mode: Application acknowledgment: Reject	indica un errore temporaneo di natura tecnologica e quindi il messaggio HL7 può/deve essere ritrasmesso

CA	Enhanced mode: Accept acknowledgment: Commit Accept	Indica la corretta gestione del messaggio
CE	Enhanced mode: Accept acknowledgment: Commit Error	indica un errore applicativo, per cui il messaggio HL7 è stato volutamente rifiutato e non deve essere più ritrasmesso
CR	Enhanced mode: Accept acknowledgment: Commit Reject	indica un errore temporaneo di natura tecnologica e quindi il messaggio HL7 può/deve essere ritrasmesso

8.6 Tabella UD#0009 – Ambulatory Status

Valore	Descrizione
A0	Nessuna limitazione. Paziente autonomo
B0	Paziente non autonomo o a rischio caduta

8.7 Tabella UD #0010 – Physician ID

Valore	Descrizione

I codici da inserire nella tabella verranno definiti in base alle scelte dell'azienda

8.8 Tabella UD #0017 – Transaction Type

Valore	Descrizione	Significato
CG	Charge	Pagamento da effettuarsi
PY	Payment	Pagamento effettuato
CD	Storno	Storno di un pagamento

8.9 Tabella UD #0023 – Admit Source

Valore	Descrizione
1	Provenienza senza proposta di ricovero
2	Inviato dal MMG/PLS
3	Ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura
4	Trasferito da ospedale pubblico
5	Trasferito da un istituto di cura private accreditato
6	Trasferito da un istituto di cura private non accreditato
7	Trasferito da altro regime o tipologia di ricovero
8	Provenienza da 118
9	Altro
10	Medico Specialista Ospedaliero
11	Medico Specialista Territoriale
12	Richiesta INPS,INAIL
13	Proveniente da PS
14	Ricovero coatto
15	Ricovero in base a visita specialistica

I codici da 1 a 9 corrispondono alle codifiche SISS previste per la Provenienza del Paziente.

Tabella Deprecata

Valore	Descrizione	Significato
1	Physician referral	Inviato dal MMG/PLS. Si applica agli eventi A01, A04, A05
2	Clinic referral	Ricovero in base a visita specialistica. Eventi A01, A05

3	HMO referral	Ricovero precedentemente programmato
4	Transfer from a hospital	Paziente trasferito da altro ospedale. Eventi A01, A05
5	Transfer from a skilled nursing facility	Paziente trasferito da un istituto di cura privata accreditato
6	Transfer from another health care facility	Trasferito da altro istituto. Eventi A01, A05
7	Emergency room	Proveniente da P.S. Messaggio ADT^A01
8	Court/law enforcement	Ricovero coatto
9	Information not available	Altro
10	Medico Specialista Ospedaliero	Per specialistica ambulatoriale
11	Medico Specialista Territoriale	Per specialistica ambulatoriale
12	Richiesta INPS,INAIL	Per specialistica ambulatoriale
13	Provenienza senza proposta di ricovero	
14	Trasferito da altro regime o tipologia di ricovero	

8.10 Tabella HL7 #0038 – Order Status

Valore	Descrizione HL7	Significato
SC	In process, scheduled	Ordine scheduled
IP	In process, unspecified	Ordine in esecuzione
A	some, but not all, results available	Alcuni risultati sono disponibili
CA	Order was cancelled	L'ordine è stato cancellato
CM	Order is completed	L'ordine è stato eseguito
DC	Order was discontinued	L'ordine è stato sospeso
ER	Error, order not found	Ordine non trovato

8.11 Tabella UD #0044 – Contract Code

Valore	Descrizione
A	chemioterapia con cellule staminali
B	trapianto cellule staminali
C	trapianto midollo da consanguineo
D	trapianto midollo da non consanguineo
E	revisione tipo 1 (stadio I)
F	revisione tipo 2 (stadio II)
G	revisione tipo 3 (stadio III)
H	revisione tipo 4 (stadio IIII)
I	drg 410 finanziati in modo tradizionale
J	drg 410 con finanziamento del farmaco tradizionale
K	con procedura di ricerca linfonodo
L	senza procedura di ricerca linfonodo
M	con mapping prostatico
N	senza mapping prostatico
T	tariffa non regionale

8.12 Tabella UD #0051 – Diagnosis Code

Valore	Descrizione

Se disponibili utilizzare codifiche ICD-9-CM delle diagnosi.

8.13 Tabella UD#0052 – Diagnosis Type

Valore	Descrizione
A	Diagnosi di accettazione
F	Diagnosi di dimissione
W	Diagnosi successiva
F1	Diagnosi principale di dimissione
F2	Diagnosi secondaria di dimissione
F6	Sesta diagnosi di dimissione
DE	Diagnosi stabilità all'atto dell'erogazione
P	Patologia principale
S	Patologia secondaria

8.14 Tabella UD #0055 – Diagnosis Related Group

Valore	Descrizione

I codici da inserire nella tabella verranno definiti in base alle scelte dell'azienda

8.15 Tabella UD #0062 – Event Reason Code

Valore	Descrizione
01	Codice variazione non codificato
10	Prima iscrizione
11	Riattivazione assistenza senza scadenza a termine
12	Prima iscrizione con scadenza a termine
13	Riattivazione assistenza con scadenza a termine
20	Scelta/revoca del medico con o senza variazioni anagrafiche
22	Scelta/revoca del medico con o senza variazioni anagrafiche e con scadenza a termine
30	Revoca temporanea dell'assistenza. eseguita a fronte di eventi quali: servizio di leva, detenzione, emigrazione temporanea, ecc. l'operazione consente una eventuale successiva riattivazione
33	Revoca definitiva dell'assistenza per decesso, usato in caso di decesso dell'assistito qualora l'evento venga segnalato da un suo parente o da ente pubblico
34	Revoca per emigrazione definitiva
40	Sole variazioni anagrafiche
50	Pianificazione prericovero
51	Presa in carico prericovero
60	Stampa tessera on-line
62	Aggiornamento dati tessera
80	Revoca dell'assistenza e conseguente cancellazione definitiva
99	Non codificato

8.16 Tabella UD#0063 – Relationship

Valore	Descrizione HL7	Significato
SEL	Self	Informazioni relative al paziente
SELC	SelfC	Informazioni relative ai consensi rilasciati dal paziente
FTH	Father	Informazioni relative al padre del paziente
MTH	Mother	Informazioni relative alla madre del paziente

8.17 Tabella UD #0064 –Financial Class

Valore	Descrizione
1	SSN
2	Differenza Alberghiera
3	Rimborso
4	Solvente
5	Libera Professione
6	Libera Professione + Differenza Alberghiera
7	Ricovero a carico del SSN per stranieri convenzionati o con modulistica
8	altro a carico SSN
9	altro non a carico SSN
B	Libera professione extra-azienda
N	Navigatori e personale di volo
A	Oneri umanitari
C	Detenuti
D	Ricovero a carico del SSN di cittadini extracomunitari lavoro irregolare
X	Episodio di ricovero di cui si rinuncia al finanziamento

8.18 Tabella HL7 #0065 – Specimen Action Code

Valore	Descrizione HL7
A	Add ordered tests to the existing specimen
G	Generated order; reflex order
L	Lab to obtain specimen from patient
O	Specimen obtained by service other than Lab
P	Pending specimen; Order sent prior to delivery
R	Revised order
S	Schedule the tests specified below

8.19 Tabella UD #0069 – Hospital Service

Valore	Descrizione
CAR	Cardiac Service
MED	Medical Service
PUL	Pulmonary Service
SUR	Surgical Service
URO	Urology Service

8.20 Tabella UD #0072 – Insurance Plan ID

Valore	Descrizione

8.21 Tabella HL7 #0074 – Diagnostic Service Section ID

Valore	Descrizione
AU	Audiology
BG	Blood Gases
BLB	Blood Bank
CH	Chemistry
CP	Cytopathology
CT	CAT Scan
CTH	Cardiac Catheterization

CUS	Cardiac Ultrasound
EC	Electrocardiac (e.g., EKG, EEC, Holter)
EN	Electroneuro (EEG, EMG, EP, PSG)
HM	Hematology
ICU	Bedside ICU Monitoring
IMM	Immunology
LAB	Laboratory
MB	Microbiology
MCB	Mycobacteriology
MYC	Mycology
NMR	Nuclear Magnetic Resonance
NMS	Nuclear Medicine Scan
NRS	Nursing Service Measures
OSL	Outside Lab
OT	Occupational Therapy
OTH	Other
OUS	OB Ultrasound
PF	Pulmonary Function
PHR	Pharmacy
PHY	Physician (Hx. Dx, admission note, etc.)
PT	Physical Therapy
RAD	Radiology
RC	Respiratory Care (therapy)
RT	Radiation Therapy
RUS	Radiology Ultrasound
RX	Radiograph
SP	Surgical Pathology
SR	Serology
TX	Toxicology
VR	Virology
VUS	Vascular Ultrasound
XRC	Cineradiograph

8.22 Tabella UD #0078 – Abnormal Flags

Valore	Descrizione
Risultati comuni	
L	Sotto il livello minimo di normalità
H	Sopra il livello minimo di normalità
LL	Fortemente sotto il livello minimo di normalità
HH	Fortemente sopra il livello minimo di normalità
N	Normale
A	Anormale
AA	Fortemente anormale, inaccettabile
Indagini colturali di microbiologia (antibiogrammi)	
S	Sensibile (indicato per risultati di microbiologia relativi ad antibiotici di antibiogrammi)
R	Resistente (indicato per risultati di microbiologia relativi ad antibiotici di antibiogrammi)
I	Intermedio (indicato per risultati di microbiologia relativi ad antibiotici di antibiogrammi)
MS	Moderatamente sensibile (indicato per risultati di microbiologia relativi ad antibiotici di antibiogrammi)
VS	Molto sensibile (indicato per risultati di microbiologia relativi ad antibiotici di antibiogrammi)
WT	Utilizzato per notificare che il flag di tipo "wild type" è stato alzato

8.23 Tabella HL7 #0085 - Observation result status codes interpretation

Valore	Descrizione
C	I risultati inviati in precedenza come finali devono essere sostituiti con quelli inviati in questo messaggio perché i precedenti erano errati.
F	Il risultato dell'esame risulta essere corretto (definitivo).
P	Risultati preliminari.
R	Risultati inseriti ma non ancora verificati.
S	Risultati parziali.
X	Non è possibile ottenere dei risultati.
U	Risultati preliminari diventano finali.
W	Il risultato dell'esame risulta essere errato.

8.24 Tabella UD #0087 – Preadmit Test Indicator

Valore	Descrizione
C	Completo
I	Incompleto

La tabella consente di mappare il valore dello stato, “Completo” o “Incompleto” delle indagini cliniche effettuate in fase di Pre-Ricovero.

8.25 Tabella UD #0088 – Procedure Code

Valore	Descrizione
1	Protocollo di cura

La tabella consente di mappare particolari regimi di erogazione di prestazioni. Il *protocollo di cura* è un particolare regime di erogazione con cui alcune prestazioni, rientranti in una determinata sperimentazione, vengono finanziate da sponsor della sperimentazione.

La Tabella HL7 #0340 – Procedure Code Modifier permette di definire, per ogni regime introdotto, i codici ammessi.

8.26 Tabella HL7 #0091 – Query priority

Valore	Descrizione
D	Deferred
I	Immediate

8.27 Tabella UD #0105 – Source of Comment

Valore	Significato
L	Il commento appartiene all'Order Filler.
O	Il commento appartiene ad un altro sistema.

8.28 Tabella UD #0112 – Discharge Disposition

Valore	Descrizione
01	Dimesso
02	Ricoverato
03	Allontanatosi arbitrariamente
04	Trasferito
05	Chiamato non risponde
06	Non si presenta dopo consulenza
07	Rifiuta ricovero-prestazione
08	Giunto cadavere
09	Deceduto
10	Controllo ambulatoriale
11	Inserito per errore
12	Idoneo
13	Non idoneo
14	Temporaneamente non idoneo
1	Ordinaria

2	Volontaria
3	Trasferito ad altro ospedale pubblico o privato per acuti
4	Deceduto
5	Dimissione ordinaria presso una residenza sanitaria assistenziale
6	Dimissione e ospedalizzazione domiciliare del paziente
7	Trasferito ad altro regime o tipologia ricovero (Stesso istituto)
8	Trasferito ad istituto con inizio terapia riabilitativa
9	Dimissione ordinaria con attivazione assistenza domiciliare integrata
P	Scelta del paziente di terminare il rapporto anticipatamente
F	Fine rapporto presa in carico

La tabella riporta i valori relativi a:

- Modalità di dimissione per eventi di ricovero: Valori da 1 a 9 utilizzati nei messaggi ADT di movimentazione;
- Esito chiusura del prericovero: Valori 12, 13, 14 da utilizzare nei messaggi ADT di chiusura del prericovero;
- Modalità di chiusura per eventi di PS: Valori da 01 a 11 da utilizzare nei messaggi MDM di archiviazione dei referti

8.29 Tabella UD #0116 – Bed Status

Valore	Descrizione HL7	Significato
C	Closed	Non utilizzabile
K	Kontaminated	Contaminato
I	Isolated	Isolato
O	Occupied	Occupato
U	Unoccupied	Libero

8.30 Tabella HL7 #0119 – Order Control Codes

Valore	Descrizione HL7	Significato	Sorgente
NW	New order/service	Richiesta di nuovo ordine	P
OK	Order/service accepted & OK	Ordine accettato	F
UA	Unable to accept order/service	Impossibile accettare l'ordine	F,P
CA	Cancel order/service request	Richiesta di cancellazione dell'ordine	P
CR	Cancelled as requested	Cancellato come richiesto	F
OC	Order cancelled	Ordine cancellato	F
RU	Replaced Unsolicited	Ordine modificato	F
SC	Status changed	Cambio stato	P,F
SN	Send order/service number	Nuovo ordine	F
NA	Number assigned	Assegnato numero d'ordine	P
RP	Replace Order	Richiesta di Modifica dell'ordine	P
RQ	Replaced as requested	Modificato come richiesto	F
UM	Unable to replace	Impossibile modificare	F,P
UC	Unable to cancel	Impossibile cancellare l'ordine	F,P
RR	Request received	Richiesta ricevuta	F

L'utilizzo delle diverse codifiche è legato alla provenienza, allo scopo e al tipo di messaggio. In particolare un Order Placer (P) può effettuare delle richieste con un messaggio ORM e ricevere risposta da un Order Filler (F) con un messaggio ORR. Esistono scenari in cui il messaggio ORM parte da un Order Filler per effettuare notifiche; a questo può seguire o no un messaggio ORR di risposta da un Order Placer (analogo discorso per le coppie OML-ORL e OMG-ORG). Il valore RR è da utilizzarsi nelle sole integrazioni legate al progetto delle reti di laboratorio riguardanti le richieste di prestazioni di laboratorio in service.

La tabella mostra quale codifica utilizzare applicata alle transazioni previste:

Placer Order Management (RAD-2, LAB-1, AMB-1)

Operazione	Richiesta	Risposta OK	Risposta KO
Nuovo ordine generato da Placer	NW	OK	UA
Modifica da Filler dell'ordine generato da Placer	RU	OK	UM
Cancellazione da Filler dell'ordine generato da Placer	OC	OK	UC
Cambio stato da Filler	SC	OK	-
Modifica da Placer dell'ordine generato da Placer	RP	RQ	UM
Cancellazione da Placer dell'ordine generato da Placer	CA	CR	UC

Filler Order Management (RAD-3, LAB-2, AMB-2)

Operazione	Richiesta	Risposta OK	Risposta KO
Nuovo ordine generato da Filler	SN	NA	UA
Cancellazione da Filler dell'ordine generato da Filler	OC	OK	UC
Modifica da Filler dell'ordine generato da Filler	RU	OK	UM
Modifica da Placer dell'ordine generato da Filler	RP	RQ	UM
Cancellazione da Placer dell'ordine generato da Filler	CA	CR	UC

8.31 Tabella HL7 #0122 – Charge Type

Valore	Descrizione HL7	Significato
CH	Charge	Pazienti non esenti.
NC	No Charge	Pazienti esenti ticket.

8.32 Tabella HL7 #0123 – Result Status

Valore	Descrizione HL7	Significato
O	Order received; specimen not yet received	Ordine presente ma campione diagnostico non ricevuto.
I	No results available; specimen received, procedure incomplete	Ricevuti campioni da analizzare ma stato di procedura incompleta
S	No results available; procedure scheduled, but not done	Procedura schedulata ma nessun risultato disponibile. Normalmente non utilizzato. Verrebbe emesso in risposta ad una query riguardante lo stato del risultato quando nessun risultato è ancora disponibile.
P	Preliminary: A verified early result is available, final results not yet obtained	Alcuni risultati, ma non tutti, sono stati validati
A	Some, but not all, results available	Risultati parzialmente disponibili
C	Correction to results	Dei risultati finali già validati almeno uno è stato successivamente corretto
R	Results stored; not yet verified	Risultati presenti ma non validati
F	Final results; results stored and verified. Can only be changed with a corrected result.	Risultati finali validati e disponibili
X	No results available; Order Cancelled.	Risultati non disponibili, ordine cancellato

8.33 Tabella HL7 #0124 – Transportation Mode

Valore	Descrizione HL7
--------	-----------------

CART	Paziente su barella
PORT	Paziente in reparto immobilizzato ovvero esame a letto
WALK	Paziente deambulante
WHLC	Paziente su sedia a rotelle

8.34 Tabella HL7 #0125 – Value Type

Valore	Descrizione HL7	Significato
DT	Date	Data. Formato YYYYMMDD. Da utilizzare ad esempio per comunicare la data di ultima mestruazione.
NM	Numeric	Numerico. Per comunicare qualunque valore numerico, intero o decimale.
RP	Reference Pointer	Puntatore, da usare quando nel campo OBX-5 è necessario mettere un riferimento ai risultati, ad esempio un file contenente un'immagine
TM	Time	Ora. Formato HHMMSS
TS	Time Stamp	Data e ora. Formato YYYYMMDDHHMMSS
TX	Text Data (Display)	Valore in formato testo libero ad esempio un risultato testuale.
SN	Structured Numeric	Valore numerico strutturato, ad esempio 3-10, 1:10, <300,ecc...
ST	String	Per la comunicazione di osservazioni in formato testuale.
ED	Encapsulated Data	

8.35 Tabella UD #0127 – Allergy Type

Valore	Descrizione HL7	Significato
AA	Animal Allergy	Allergia ad animali
DA	Drug Allergy	Allergia a droghe
EA	Environmental Allergy	Allergia ad ambienti
FA	Food Allergy	Allergia alimentare
MA	Pollen Allergy	Allergia a pollini
LA	Miscellaneous Allergy	Coesistenza di sintomi allergici
MC	Miscellaneous Contraindication	Coesistenza di controindicazioni
PA	Plant Allergy	Allergia a piante

8.36 Tabella UD #0128 – Allergy Severity

Valore	Descrizione HL7	Significato
MI	Mild	Minima
MO	Moderate	Media
SV	Severe	Critica
U	Unknown	Sconosciuto

8.37 Tabella UD #0131 – Contact Role

Valore	Descrizione
A	Attivo
E	Emigrato dal comune
D	Deceduto
R	AIRE
X	Cancellato
I	Irreperibile
DIP	Dipendente

8.38 Tabella UD #0132 – Transaction Code

Valore	Descrizione	Significato
CUP	CUP	Per il pagamento delle prestazioni aggiuntive o ambulatoriali nelle integrazioni con il CUP
PSB	Prestazione di Pronto Soccorso associata a codice bianco	Pagamento delle prestazioni di PS assoggettate a ticket (codice bianco)
PS	Prestazione di pronto soccorso non associate a codice bianco	Pagamento delle prestazioni di PS non assoggettate a ticket

8.39 Tabella HL7 #0136 – Yes/No Indicator

Valore	Descrizione HL7
Y	Yes
N	No

8.40 Tabella HL7 #0190 – Address Type

Valore	Descrizione HL7	Significato
L	Legal Address	Indirizzo di residenza
BDL	Birth Residence	Indirizzo di nascita (valorizzare solo il comune)
H	Home	Indirizzo di domicilio sanitario
M	Mailing Address	Indirizzo di riferimento per eventuali comunicazioni (indirizzo postale)
P	Permanent	Indirizzo di decesso
F *	Country of Origin	Indirizzo di provenienza
E *	Emigration Place	Indirizzo di emigrazione

*: Il valore è usato solo per le integrazioni ASL

8.41 Tabella HL7 #0191 – Type Of Referenced Data

Valore	Descrizione
AP	Other application data, typically uninterpreted binary data
AU	Audio data
FT	Formatted text
IM	Image data
multipart	MIME multipart package
NS	Non-scanned image
SD	Scanned document
SI	Scanned image
TEXT	Machine readable text document
TX	Machine readable text document

È deprecata la seguente tabella di definizione.

Valore	Descrizione HL7	Significato
Multipart-pdf	MIME Multipart Package	Documento in formato pdf
Multipart-txt	MIME Multipart Package	Documento in formato txt

8.42 Tabella HL7 #0201 – Telecommunication Use Code

Valore	Descrizione HL7
PRN	Primary Residence Number
ORN	Other Residence Number
NET	Network (email) Address
WPN	Work Number
ASN	Answering Service Number
EMR	Emergency Number

8.43 Tabella HL7 #0202 – Telecommunication Equipment Type

Valore	Descrizione HL7
CP	Cellular Phone
FX	Fax
Internet	Internet Address: Use Only If Telecommunication Use Code Is NET
PH	Telephone

8.44 Tabella HL7 #0203 – Identifier Type

Valore	Descrizione HL7	Significato
ASLA		Asl di assistenza
ASLD		Asl di appartenenza
ASLR		Asl di residenza
ATSA		ATS di assistenza
ATSD		ATS di appartenenza
ATSR		ATS di residenza
ASSTA		ASST di Assistenza
ASSTD		ASST di appartenenza
ASSTR		ASST di residenza
DASLA *		Distretto Asl di assistenza
DASLD *		Distretto Asl di appartenenza
DASLR *		Distretto Asl di residenza
DATSA *		Distretto ATS di assistenza
DATSD *		Distretto ATS di appartenenza
DATSR *		Distretto ATS di residenza
CR		Casa di riposo
MR	Medical Record Number	Numero di cartella
MRT	Temporary Medical Record Number	Identificativo di lista d'attesa
VN	Visit Number	Numero di ricovero per pazienti ricoverati oppure Numero di episodio per pazienti esterni o ambulatoriali
NH	National Health Plan Identifier	Numero di protocollo per la presa in carico
NN		Identificativo paziente - Codice Fiscale
PI	Patient Internal Identifier	ID anagrafico aziendale - Identificativo anagrafico univoco dell'assistito
PNT	Temporary Living Subject Number	Identificativo paziente - Codici per cittadini privi di codice fiscale o tessera sanitaria o TEAM (es. codice STP o codice per emigrante Nord Africa, etc...)
SS	Social Security Number	Identificativo paziente - Tessera Sanitaria
NPI	National Provider Identifier	Identificativo paziente - Tessera TEAM
HC	Health Card Number	Tipo di documento - tessera TEAM, CSCS, ALL1, ALL2, HIC
RP		Rete di Patologia
RRI	Regional Registry ID	Codice Regionale
LR	Local Registry ID	Identificativo interno (es. matricola del medico)
U	Unspecified identifier	Identificativo generico (Deprecato)
CP		Consensi Paziente
PS		Identificativo della pratica di pronto soccorso
DL	Driver's license number	Tipo di documento - Patente
SR	State National identifier	Tipo di documento - Carta di identità
PPN	Passport number	Tipo di documento - Passaporto

*: Il valore è utilizzato solo nelle integrazioni ASL

I codici da ASLA a DASLR sono utilizzati solo nel campo PD1-3.

Le ripetizioni “ASL” sono da considerarsi deprecate su NPRI. Le codifiche delle aziende sanitarie regionali lombarde e extra lombarde sono inviate come “ATS”

8.45 Tabella UD #0204 – Organizational Name Type

Valore	Descrizione
000	NON CODIFICATA
001	INAM
002	ENPAS
003	ENPDEDP
....

NOTA: La tabella contiene i codici e le descrizioni attualmente ricevuti in MPI dall'integrazione con la NAR nelle ASL. I codici e le descrizioni riportate sono soggetti a modifiche e aggiornamenti da parte della NAR.

Per semplicità di documentazione si riportano alcuni codici della tabella. Ad ogni codice è associata la relativa descrizione nel messaggio HL7.

8.46 Tabella HL7 #0206 – Segment Action Code

Valore	Descrizione HL7
A	Add/Insert
U	Delete
D	Update

8.47 Tabella HL7 #0208 – Query Response Status

Valore	Descrizione HL7
OK	Data found, no errors (this is the default)
NF	No data found, no errors
AE	Application error
AR	Application reject

8.48 Tabella UD #0216 – Patient Status Code

Valore	Descrizione
A	Attivo
A1	Abilitato con medico persona fisica
A2	Abilitato con medico persona giuridica
A3	Abilitato in attesa di generico
A4	Abilitato in attesa di pediatra
A5	Abilitato in servizio di leva
A6	Abilitato ricusato
A7	Abilitato detenuto
A8	Abilitato trasferito

A9	Abilitato temporaneamente fuori regione
C	Non Attivo
C1	Non abilitato deceduto
C2	Non abilitato emigrato
C3	Non abilitato cancellato logicamente
C4	Non abilitato per termine iscrizione
C5	Non abilitato cessato (dato di legacy)
L0	Non codificato

8.49 Tabella UD #0217 – Visit Priority Code

Valore	Descrizione	Caso d'uso
1	Codice Rosso	Per le integrazioni con PS
2	Codice Giallo	Per le integrazioni con PS
3	Codice Verde	Per le integrazioni con PS
4	Codice Bianco	Per le integrazioni con PS
5	Codice Rosso Argento	Per le integrazioni con PS
6	Codice Giallo Argento	Per le integrazioni con PS
7	Codice Verde Argento	Per le integrazioni con PS
8	Codice Bianco Argento	Per le integrazioni con PS
A	Ricovero entro 30 giorni: per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o da determinare grave pregiudizio alla prognosi	Messaggio ADT^A01 su accesso in ricovero
B	Ricovero entro 60 giorni: per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi	Messaggio ADT^A01 su accesso in ricovero
C	Ricovero entro 180 giorni: per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi	Messaggio ADT^A01 su accesso in ricovero
D	Ricovero senza attesa massima definita: per i casi clinici che non causano alcun dolore disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro i 12 mesi.	Messaggio ADT^A01 su accesso in ricovero

8.50 Tabella UD #0218 – Charge Adjustment

Valore	Descrizione
01	Codice variazione non codificato
10	Prima iscrizione
11	Riattivazione assistenza senza scadenza a termine
12	Prima iscrizione con scadenza a termine
13	Riattivazione assistenza con scadenza a termine
20	Scelta/revoca del medico con o senza variazioni anagrafiche
21	Descrizione non disponibile
22	Scelta/revoca del medico con o senza variazioni anagrafiche e con scadenza a termine
23	Descrizione non disponibile
30	Revoca temporanea dell'assistenza. Eseguita a fronte di eventi quali: servizio di leva, detenzione, emigrazione temporanea, ecc. L'operazione consente una eventuale successiva riattivazione
33	Revoca definitiva dell'assistenza per decesso. Usato in caso di decesso dell'assistito qualora l'evento venga segnalato da un suo parente o da Ente Pubblico
34	Revoca per emigrazione definitiva
40	Sole variazioni anagrafiche
41	Descrizione non disponibile
60	Stampa tessera on-line
61	Descrizione non disponibile
62	Aggiornamento dati Tessera
70	Descrizione non disponibile
72	Descrizione non disponibile
80	Revoca dell'assistenza e cancellazione definitiva
90	Descrizione non disponibile
96	Descrizione non disponibile
97	Descrizione non disponibile
99	NON CODIFICATO

8.51 Tabella UD #0230 – Procedure Functional Type

Valore	Descrizione
01	Principale.
02	Secondario.

8.52 Tabella UD #0270 – Document Type

Valore	Descrizione
DS	Lettera di dimissione
CN	DCE specialistico
ED	Verbale di PS
PN	Evaluation note
TC	Richiesta di teleconsulto
RC	Risposta di teleconsulto
OP	Altre tipologie di documento che non prevedono attributi specifici (es. Patient Summary)

8.53 Tabella HL7 #0271 – Document completion status

Valore	Descrizione HL7
DI	Dictated.
DO	Documented.
AU	In progress.
IN	Incomplete.
IP	Pre-authenticated.
LA	Authenticated.
PA	Legally Authenticated.

8.54 Tabella UD #0276 – Appointment Reason Codes

Valore	Descrizione HL7
ROUTINE	Appuntamento di routine – Valore di default
WALKIN	Visita di accesso non schedulata
CHECKUP	Check-up di routine, ad es. Una visita annuale
FOLLOWUP	Visita di follow up su appuntamento
EMERGENCY	Appuntamento di emergenza

8.55 Tabella UD #0277 – Appointment Type Codes

Valore	Descrizione HL7
NORMAL	Richiesta di appuntamento confermato
TENTATIVE	Richiesta di appuntamento da confermare

8.56 Tabella UD #0278 – Filler Status Codes

Valore	Descrizione HL7
Pending	Appuntamento non confermato
Waitlist	Appuntamento in attesa di una determinata schedulazione temporale
Booked	Appuntamento schedulato
Started	Appuntamento in corso
Complete	Appuntamento terminato regolarmente (senza interruzioni, cancellazioni)
Cancelled	Appuntamento cancellato prima di iniziare
Dc	Appuntamento interrotto
Deleted	Appuntamento cancellato dall'erogatore
Blocked	Slot temporale bloccato
Overbook	Appuntamento confermato in overbooking
Noshow	Paziente non arrivato all'appuntamento

8.57 Tabella HL7 #0287 – Problem/goal Action Code

Valore	Descrizione
AD	ADD

8.58 Tabella HL7 #0291 – SubType of referenced data

Valore	Descrizione
BASIC	ISDN PCM audio data
DICOM	Digital Imaging and Communications in Medicine
FAX	Facsimile data
GIF	Graphics Interchange Format
HTML	Hypertext Markup Language
JOT	Electronic ink data (Jot 1.0 standard)
JPEG	Joint Photographic Experts Group
MPEG	Moving Picture Experts Group
Octet-stream	Uninterpreted binary data
PICT	PICT format image data
PostScript	PostScript program
RTF	Rich Text Format
SGML	Standard Generalized Markup Language
TIFF	TIFF image data
x-hl7-cda-level-one	HL7 Clinical Document Architecture Level One document
XML	Extensible Markup Language

8.59 Tabella UD #0297 – CN ID Source

Valore	Descrizione
1	Medico di Base
2	Specialista
3	Accesso Diretto
4	Altro
8	118

8.60 Tabella UD #0305 – Person Location Type

Valore	Descrizione
C	Clinic - deprecato
D	Department - deprecato
H	Home - deprecato
N	Nursing Unit - deprecato
O	Provider's Office - deprecato
P	Phone - deprecato
S	SNF - deprecato
E	Erogatore
R	Reparto
S	Sala operatoria

8.61 Tabella UD #0306 – Location Status

Valore	Descrizione
C	Non utilizzabile
K	Contaminato
I	Isolato
O	Occupato
U	Libero

La tabella contiene per retro compatibilità i valori previsti dalla tabella UD #0116 - Bed Status

8.62 Tabella UD #0326 – Visit Indicator

Valore	Descrizione
A	Account Level (default)
V	Visit Level

8.63 Tabella HL7 #0335 – Repeat pattern

Valore	Descrizione
D	Pranzare
M	Fare colazione
C	Prestazione erogata ininterrottamente
BID	Due volte al giorno
TID	Tre volte al giorno
QID	Quattro volte al giorno
xID	Più volte al giorno; x è un num >= 5
Q<integer>L	Ogni tot mesi
Q<integer>W	Ogni tot settimane
Q<integer>D	Ogni tot giorni
Q<integer>H	Ogni tot ore
Q<integer>M	Ogni tot minuti

8.64 Tabella HL7 #0339 – Advanced Beneficiary Notice Code

Valore	Descrizione
AD	Pazienti in assistenza domiciliare integrata

EE	Assicurati extra-europei in temporaneo soggiorno
NA	Assistiti SASN con visita ambulatoriale
ND	Assistiti SASN con visita domiciliare
NE	Assistiti SASN da istituzioni estere europee
NX	Assistiti SASN extraeuropei
ST	Straniero in temporaneo soggiorno
UE	Assicurati europei in temporaneo soggiorno

8.65 Tabella HL7 #0340 – Procedure Code Modifier

Valore	Descrizione

La tabella contiene i regimi di erogazione delle prestazioni previsti (es. protocolli di cura) in termini di codice e descrizione. È una tabella dinamica condivisa tra gli applicativi coinvolti nell'integrazione.

8.66 Tabella HL7 #0357 – HL7 Error Code

Valore	Descrizione
0	Nessun errore
100	Errore generico di parsing – viene generato anche nei casi: required field missing (codice HL7 #101), data type error (codice HL7 #102)
101	Non gestito
102	Non gestito
103	Non gestito
200	Tipo messaggio non gestito
201	Codice di evento non gestito
202	Processing ID (valore contenuto in MSH-11) non gestito
203	Versione non gestita
204	ID non trovato (ID paziente, ordine, etc.)
205	ID duplicato (ID paziente, ordine, etc.)
206	Non gestito
207	Errore interno dell'applicazione

8.67 Tabella UD #0359 – Diagnosis Priority

Valore	Descrizione
1	Diagnosi principale.
2	Diagnosi secondarie.

8.68 Tabella UD #0361 – Application

Valore	Descrizione

I codici da inserire nella tabella verranno definiti in base alle scelte dell'azienda

8.69 Tabella UD #0362 – Facility

Valore	Descrizione

I codici da inserire nella tabella verranno definiti in base alle scelte dell'azienda

8.70 Tabella UD #0363 – Assigning Authority

Valore	Descrizione
MEF	Ministero Economia e Finanza
NAR	Nuova Anagrafe Regionale
ALL1	Valore da utilizzare per dettagliare la tipologia di identificativo PNT
ALL2	Valore da utilizzare per dettagliare la tipologia di identificativo PNT
CSCS	Valore da utilizzare per dettagliare la tipologia di identificativo PNT
HIC	Valore da utilizzare per dettagliare la tipologia di identificativo PNT
STP	Valore da utilizzare per dettagliare la tipologia di identificativo PNT

8.71 Tabella UD #0364 – Comment Type

Valore	Descrizione
PI	Note per il paziente.
AI	Note per i dipendenti.
GI	Note di carattere generale.

8.72 Tabella HL7 #0369 – Specimen Role

Valore	Descrizione HL7
B	Blind Sample
C	Calibrator
E	Electronic QC, used with manufactured reference providing signals that simulate QC results
F	Specimen used for testing proficiency of the organization performing the testing (Filler)
G	Group (where a specimen consists of multiple individual elements that are not individually identified)
L	Pool (aliquots of individual specimens combined to form a single specimen representing all of the components.)
O	Specimen used for testing Operator Proficiency
P	Patient (default if blank component value)
Q	Control specimen
R	Replicate (of patient sample as a control)
V	Verifying Calibrator, used for periodic calibration checks

8.73 Tabella UD #0376 – Specimen Handling Code

Valore	Descrizione HL7
FRZ	Conservare in congelatore

8.74 Tabella HL7 #0394 – Response Modality

Valore	Descrizione HL7
R	Real Time
T	Bolus (a series of responses sent at the same time without use of batch formatting)
B	Batch

8.75 Tabella HL7 #0396 – Coding System

Valore	Descrizione HL7	Significato
99zzz o L	Local General Code	Sistema Locale di codifica ('zzz' - stringa alfanumerica)
CST	Costart	Sistema Internazionale di codifica per reazioni alle droghe
LN	LOINC	Per codifiche di misure di laboratorio e cliniche
AS4	ASTM E1467	Codifica dei test neurologici
I9C	ICD-9-CM	Codifica diagnosi o quesito diagnostico
ISO+	ISO 2955-83	Codifiche unità di misura
SNT	SNOMED topology codes (anatomic sites)	Sedi anatomiche
CDE		Criteri di erogabilità
.....		

Per i sistemi di codifica previsti dallo standard HL7 rif. [1].

Tutte le codifiche non appartenenti a sistemi standard di codifica (es. LOINC, ISO, etc.) devono essere riferite ad uno dei seguenti sistemi di codifica:

- L o 99zzz: sistema di codifica utilizzato localmente alla struttura sanitaria nei messaggi di integrazione. Appartengono a questi sistemi tutti i codici creati ed utilizzati ad hoc nelle integrazioni interne presso una struttura sanitaria regionale. Si consiglia di utilizzare codifiche definite e riconosciute a livello aziendale.
- 99SISS: sistema di codifica definito dal progetto SISS. Appartengono a questo sistema tutti i codici documentati nelle tabelle di codifica non appartenenti a codifiche standard o locali.

8.76 Tabella UD #0411 – Supplemental Service Information Values

Valore	Descrizione	Sistema di codifica
0	Altra tipologia	99TDA
1	Primo Accesso	99TDA
TRP	Prestazione di cicli di terapie	99TPV

I codici da inserire nella tabella verranno definiti in base alle scelte dell'azienda, salvo quelli già specificati in tabella.

8.77 Tabella UD #0430 – Mode of Arrival Code

Valore	Descrizione
A	Ambulance
C	Car
F	On foot
H	Helicopter
P	Public Transport
O	Other
U	Unknown

8.78 Tabella UD #0435 – Advance Directive Code

Valore	Descrizione
OVP	Oscuramento Volontario Paziente su Fascicolo Sanitario Elettronico
OVPA	Oscuramento Volontario Paziente su Dossier Sanitario Aziendale
DNP	Do Not Print. Il DCE verrà consultato elettronicamente dal cittadino
PRNT	Il referto verrà prelevato dal cittadino presso l'Azienda quindi se ne richiede la stampa.
TD	Tossicodipendenza.
GI	Gravidanza interrotta.
VS	Violenze subite.
HIV	HIV.
P99	Oscuramento volontario del cittadino (FSE 2024)
V	Documento Very Restricted (FSE 2024)

NOTA: i valori DNP e PRNT sono alternativi nella stessa ripetizione del campo PV2-45.

8.79 Tabella UD #0443 – Provider ROL

Valore	Descrizione
SU1	Surgeon 1 nel caso di chirurgo 1
SU2	Surgeon 2 nel caso di chirurgo 2
SU3	Surgeon 3 nel caso di chirurgo 3
AN1	Anesthesiologist 1

8.80 Tabella UD #0445 – Identity Reliability Code

Valore	Descrizione
MEF	Certificazione MEF (dati anagrafici)
NAR	Certificazione NAR (dati amministrativi)
COM	Certificazione Comunale (dati demografici)
AZI	Certificazione Aziendale (dati di titolarità aziendale)
BAC	Allineamento del record in BAC con l'Anagrafe Regionale

8.81 Tabella UD #0448 – Name Context

Valore	Descrizione
--------	-------------

1	Generico
2	Pediatra
5	Associato
6	Guardista
7	Casa di Riposo
8	Medico di località turistica
9	Sostituto
A	Incaricato Generico
B	Incaricato Pediatra
C	Studio Associato
D	Gruppo
Z	Altro *

* Il codice può essere inviato in sostituzione dei codici 5,6,7,8,9,A,C,D

8.82 Tabella UD #0475 – Charge Type Reason

Valore	Descrizione

I codici da inserire nella tabella verranno definiti in base alle scelte dell'azienda.
Ogni codice rappresenterà una combinazione dei codici separati da @ → Posizione ticket@Regime di erogazione.

I codici da utilizzare sono quelli che il CUP utilizza per rendicontare la 28SAN.

Valore	Descrizione
1	SSN
2	Differenza Alberghiera
3	Rimborsò
4	Solvente
5	Libera Professione
6	Libera Professione + Differenza Alberghiera
7	Ricovero a carico del SSN per stranieri convenzionati o con modulistica
8	altro a carico SSN
9	altro non a carico SSN
B	Libera professione extra-azienda
N	Naviganti e personale di volo
A	Oneri umanitari
C	Detenuti
D	Ricovero a carico del SSN di cittadini extracomunitari lavoro irregolare
X	Episodio di ricovero di cui si rinuncia al finanziamento

Valore	Descrizione
10	Esente Totale
20	Esente per Età
40	Non Esente
50	Esente per forme morbose
60	Esente per categoria (gravide, donatori, m. sport)
61	Titolari pensioni sociali e familiari a carico
62	Disoccupati e familiari a carico
63	Titolari pensioni minime ultrasessantenni e familiari
90	Altro (compreso screening-diagnosi precoce tumori)

8.83 Tabella UD #0485 - Extended Priority Codes

La tabella contiene le codifiche da utilizzare per:

1. Priorità di una richiesta

2. Priorità di un'impegnativa proveniente dal CUP

Valore	Descrizione	Gruppo
S	Emergenza (Pronto Soccorso)	1
A	Urgente	1
R	Routine (valore di default)	1
U	Prescrizione Urgente da eseguire nel più breve tempo possibile	2
D	prescrizione Differibile da eseguire entro 30per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali	2
P	prescrizione Programmata	2
B	prescrizione Breve da eseguire entro 10 giorni. Tale valore è attualmente obsoleto all'interno della Regione Lombardia	2

8.84 Tabella HL7 #0487 - Specimen Type

Valore	Descrizione

Questa tabella nella nuova versione dello standard sostituisce la precedente Tab HL7 #0070. – Specimen Source Codes.

I codici da inserire nella tabella verranno definiti in base alle scelte dell'azienda; oltre questi valori è possibile riferirsi alle codifiche SNOMED o codifiche private.

E' previsto un codice "ALTRO" per veicolare una descrizione del campione non prevista da codifiche standard ma eventualmente inserita dal medico.

8.85 Tabella HL7 #0488 - Specimen Collection Method

Valore	Descrizione
FNA	Aspiration, Fine needle
PNA	Aterial puncture
BIO	Biopsy
....

In alternativa alla tabella HL7 è possibile utilizzare altri sistemi di codifica inclusa la codifica SNOMED

8.86 Tabella HL7 #0490 – Specimen Reject Reason

Valore	Descrizione
EX	Campione scaduto
QS	Quantità insufficiente
RA	Non trovato Pat ID Number
RB	Contenitore rotto
RC	Coagulazione
RD	Data di acquisizione non trovata
RE	Nome paziente non trovato
RH	Emolisi
RI	Problema d'identificazione
RM	Da identificare
RN	Contaminazione del campione
RP	Phlebotomist ID non trovato

RR	Impropria conservazione del campione
RS	Errore d'ortografia nome

8.87 Tabella UD #0507 – Observation Result Handling

Valore	Descrizione

8.88 Tabella HL7 #0516 – Error Severity

Valore	Descrizione HL7
E	Error
I	Information
W	Warning

8.89 Tabella SISS - Attributi Specifici

Codice DCE	Nome	Valore	Obbligatorio
-	numeroPrericovero	Identificativo del prericovero associato ai referti specialistici	NO – Necessario per la riconciliazione su EPR degli episodi di prericovero. Obbligatorio per la notifica al SISS dei DCE specialistici se non presenti IUP, N Nosologico e N di Pratica.
-	idListaAttesa	identificativo della “Lista d’attesa”	NO – Necessario per la riconciliazione su EPR degli episodi in lista di attesa
-	regimeErogazione	Identificativo del regime di erogazione. Valori ammessi: vedi Tab 8.102	NO
-	idRefertoRpyAziendale	Link univoco del referto del RPY aziendale da migrare in NPRI	NO – da utilizzare solo per le archiviazioni da un RPY aziendale proprietario verso il RPY NPRI
-	confidenziale	S/N	NO – da utilizzare per rendere il referto non consultabile da dossier e

			webservices (REF.infoReferti e REF.consultaReferti) e per non far inviare il broadcast del link logico agli altri dipartimentali (diversi da quello che archivia)
-	tipologiaStruttura	Codifica della specialità o del tipo di struttura	SI se MSH-21=2024-01 Vedi Tabella SISS - Tipologia Struttura
-	tipoAttivitaClinica	Tipo attività clinica che ha portato alla creazione del documento	SI se MSH-21=2024-01 Vedi Tabella SISS - Tipo Attività Clinica
16	idSchedaDiagnosi	Identificativo della scheda diagnostica	SI
17	idSchedaDiagnosi	Identificativo della scheda diagnostica	SI se non presente l'attributo tipoPT NO in presenza del tipoPT
	dataInizioTerapia	Data di inizio della terapia	SI – formato AAAAMMGG
	dataFineTerapia	Data di fine della terapia	SI – formato AAAAMMGG
	tipoPT	OrmoneGH	SI nel caso di somministrazione di ormone GH. tipoPT non va usato negli altri casi
18	idSchedaDiagnosi	Identificativo della scheda diagnostica	SI
	dataInizioTerapia	Data di inizio della terapia	SI – formato AAAAMMGG
	dataFineTerapia	Data di fine della terapia	SI – formato AAAAMMGG
19	idSchedaDiagnosi	Identificativo della scheda diagnostica	SI
	idEsenzione	codice dell'esenzione per patologia di Malattia Rara	SI
	dataCertificazioneDiagnosi	data di certificazione della diagnosi	SI Formato AAAAMMGH
26	dataOraInizioValidita	Data e ora di inizio validità del documento	NO Formato AAAAMMGGHHMM
	dataOraFineValidita	Data e ora di fine validità del documento	SI Formato AAAAMMGGHHMM
	dataOraInterruzione	Data e ora di interruzione del documento	NO Formato AAAAMMGGHHMM

	causaleInterruzione	Causale di interruzione del documento	NO Vedi Tab. 8.91
	uriPadre	Uri del documento padre	NO
27	idPresidio	Codice SISS presidio	SI
	numeroNosologico	Numero nosologico	SI
31	dataInizioPianificazione	Data di inizio pianificazione assistenziale	SI Formato AAAAMMGG
	dataFinePianificazione	Data di fine pianificazione assistenziale	SI Formato AAAAMMGG
	uriPadre	Uri del documento PAI padre sul quale si sta effettuando una determinata operazione	SI Se tipoOperazione=02,03,06
	contatorePAI	Identificativo univoco del PAI	SI Stringa (nel formato [codiceStruttura].[codicePresidio].[annoCorrente].[sequence]) dove codiceStruttura di 6 cifre codicePresidio (presidio di ricovero) di 8 cifre o 9 (per esempio per la cooperativa o presidio ambulatoriale) anno di 4 cifre sequence di un numero progressivo all'interno dell'anno per lo specifico presidio, e senza leading-zero Tra i valori è presente il ":" (punto) come carattere divisorio
	dataAggiornamentoPAI	Data di inizio pianificazione impostata al momento dell'arruolamento	SI se tipoOperazione=02 Formato AAAAMMGG
	dataChiusuraPAI	Contiene il valore della data di chiusura del PAI	SI se tipoOperazione=06 Formato AAAAMMGG

NOTA: per gli attributi del DCE di anatomia patologia occorre considerare le seguenti obbligatorietà ai fini della corretta notifica del DCE al SISS:

In funzione del regime ospedaliero in cui viene emesso il documento risultano obbligatori ai fini della notifica al SISS diversi attributi:

Referto Specialistico

1. Nell'ambito di un ricovero ospedaliero: risultano obbligatori idPresidio e numeroNosologico
2. Nell'ambito di un accesso di PS: risultano obbligatori idPresidio e numeroPraticaPS
3. Nell'ambito di un prericovero: risultano obbligatori idPresidio e numeroPrericovero
4. Nel contesto ambulatoriale: risulta deprecato lo IUP. NRE o RUR risultano opzionali ma si

richiede la compilazione se i dati sono disponibili

Referto anatomia patologica

1. Nell'ambito di un ricovero ospedaliero: risultano obbligatori idPresidio e numeroNosologico
2. Nel contesto ambulatoriale: risulta obbligatorio l'NRE o RUR

8.90 Tabella SISS - Attributi Specifici Interni

Attributi specifici interni che un Ente deve associare al referto che produce in service:

Codice DCE	Nome	Valore	Obbligatorio
-	dceInService	SERVICE	SI
	prodottoDa	Codice SISS dell'ente Service	SI
	prodottoPer	Codice SISS dell'ente Richiedente	SI

Attributi specifici interni che un Ente deve associare sui referti che genera con i risultati ottenuti in service:

Codice DCE	Nome	Valore	Obbligatorio
-	dceSuppService	S	SI
	modRef	ORIG – se il DCE archiviato è quello ottenuto dal service. RIGEN – se il DCE viene rigenerato a partire dai risultati	SI
	idRefertoService	<i>codiceEnte_idRefertoService</i> dove ‘codiceEnte’ è il codice SISS dell'ente service e ‘_idRefertoService’ è l’identificativo generato dal Service e associato al dce prodotto in service	SI – Devono essere archiviati gli identificativi di tutti i referti ricevuti dai service con cui il LIS ER ha prodotto il dce finale del paziente.

8.91 Tabella SISS - Causale Interruzione

Codice	Descrizione
Ritorno allo specialista	Ritorno allo specialista
Altre cause	Altre cause

8.92 Tabella SISS - Disciplina

Nel corso di un episodio di Ricovero, i DCE prodotti possono afferire a discipline differenti; la Lettera di Dimissione assume comunque il codice disciplina coincidente con quella del reparto di dimissione.

Nel caso di verbale di Pronto Soccorso va inserito un codice disciplina solo laddove applicabile, e dunque se le cause di ricovero in Pronto Soccorso ed i trattamenti effettuati siano imputabili ad una specifica disciplina. Diversamente si può inserire il codice “PS”.

Codice	Descrizione
01	ALLERGOLOGIA
02	DAY HOSPITAL (b)
03	ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA
05	ANGIOLOGIA
06	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA
07	CARDIOCHIRURGIA
08	CARDIOLOGIA (a)
09	CHIRURGIA GENERALE
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
11	CHIRURGIA PEDIATRICA
12	CHIRURGIA PLASTICA
13	CHIRURGIA TORACICA
14	CHIRURGIA VASCOLARE
15	MEDICINA SPORTIVA
18	EMATOLOGIA
19	MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE
20	IMMUNOLOGIA
21	GERIATRIA
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
25	MEDICINA DEL LAVORO
26	MEDICINA GENERALE
27	MEDICINA LEGALE
28	UNITA' SPINALE
29	NEFROLOGIA
30	NEUROCHIRURGIA
31	NIDO
32	NEUROLOGIA
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
34	OCULISTICA
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
38	OTORINOLARINGOIATRIA
39	PEDIATRIA
40	PSICHIATRIA
41	MEDICINA TERMALE
42	TOSSICOLOGIA
43	UROLOGIA
44	PSICOLOGIA
46	GRANDI USTIONI PEDIATRICHE
47	GRANDI USTIONATI
48	NEFROLOGIA (ABILITATA AL TRAPIANTO DI RENE)
49	TERAPIA INTENSIVA
50	UNITA' CORONARICA
51	ASTANTERIA
52	DERMATOLOGIA
54	EMODIALISI
55	FARMACOLOGIA CLINICA
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
57	FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA
58	GASTROENTEROLOGIA
60	LUNGODEGENTI
61	MEDICINA NUCLEARE
62	NEONATOLOGIA
64	ONCOLOGIA
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
66	ONCOEMATOLOGIA
67	PENSIONANTI
68	PNEUMOLOGIA
69	RADIOLOGIA
70	RADIOTERAPIA
71	REUMATOLOGIA
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
74	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
75	NEURO-RIABILITAZIONE
76	NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA
77	NEFROLOGIA PEDIATRICA
78	UROLOGIA PEDIATRICA
82	ANESTESIA
97	DETENUTI
98	DAY SURGERY
99	CURE PALLIATIVE
00	LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE
PS	PRONTO SOCCORSO
RM	RIABILITAZIONE DI MANTENIMENTO
SA	SUBACUTI

(a) utilizzare il codice 08 per il reparto o specialità di cardiologia, esclusi eventuali letti di unità coronarica; per quest'ultima, anche se inclusa nel reparto di cardiologia, utilizzare il codice 50.

(b) da utilizzare per i reparti esclusivamente dedicati ad attività di day hospital multispecialistico.

8.93 Tabella SISS - Dizionario Codici

Codice OID	Codice Interno	Descrizione
2.16.840.1.113883.6.103	ICD9CM	Identificativo dizionario codifica ICD9CM
2.16.840.1.113883.6.3	ICD10	Identificativo dizionario codifica ICD10
2.16.840.1.113883.6.96	SNOMED-CT	Identificativo dizionario codifica SNOMED CT
2.16.840.1.113883.6.1	LOINC	Identificativo dizionario codifica LOINC
2.16.840.1.113883.2.9.2.30.3.1.6.11	PDT	Identificativo dizionario codifiche PDT

8.94 Tabella SISS - Formato Allegato

Codice	Descrizione
01	Immagine DICOM consultabile via WEBSISS
02	Altro allegato archiviato nello stesso Repository del DCE
03	Immagini ZIP consultabili da MMG/PLS e da cittadino. Il link allegato è il path relativo di archiviazione sul filesystem

8.95 Tabella SISS - Gestione Fasi Arruolamento

Il codice della fase di arruolamento non è un dato da archiviare sul RPY ma va utilizzato in relazione agli attributi specifici indicati nella tabella 8.89 associati al documento PAI (cod 31) prodotto in base alla fase di arruolamento gestita

Per i dettagli sulle fasi di gestione della presa in carico e della natura di PAI da generare consultare gli scenari SISS (rif. [17]).

Codice	Descrizione	Documenti associati	Natura Documento
01	Primo Invio del Pai / Arruolamento	PDF + CDA	01 – Standard
02	Aggiornamento Pai	PDF+CDA	03 – Sostitutivo
03	Sostituzione Pai	PDF+CDA	03 – Sostitutivo
04	Annulloamento Pai	PDF	04 – Annulloativo
05	Annulla arruolamento	PDF	04 – Annulloativo
06	Disarruola	PDF+CDA	03 – Sostitutivo

8.96 Tabella SISS – Info aggiuntive prestazioni erogate

Codice	Descrizione
99CSP	Nel caso la ripetizione faccia riferimento al codice di prestazione SISS
99PRE	Nel caso la ripetizione faccia riferimento al presidio (2° livello)
99SED	Indica la sede di erogazione . Può coincidere con il presidio o indicare una ulteriore sede di erogazione sul territorio
99REP	Nel caso la ripetizione faccia riferimento al reparto (3° livello)
99UER	Nel caso la ripetizione faccia riferimento all' unità erogante o ambulatorio (4° livello)
99SER	Nel caso la ripetizione faccia riferimento alla sala erogatrice in ambulatorio
99AGE	Nel caso la ripetizione faccia riferimento all' agenda ambulatoriale gestita dal CUP
99CDC	Nel caso la ripetizione faccia riferimento al centro di costo
99SCH	Nel caso la ripetizione faccia riferimento allo schedulatore
99CBP	Nel caso la ripetizione faccia riferimento al codice branca della prestazione
99NRE	Nel caso la ripetizione faccia riferimento al codice ricetta elettronica
99RUR	Nel caso la ripetizione faccia riferimento al codice ricetta cartacea
99IUP	Nel caso la ripetizione faccia riferimento al codice IUP
99CDR	Nel caso la ripetizione faccia riferimento al centro di responsabilità
99ETT	Nel caso la ripetizione faccia riferimento ad attività di erogazione eseguita in regime extra time (straordinario)
99PRS	Nel caso la ripetizione faccia riferimento al codice SISS del presidio di erogazione della prestazione
99TDA	Nel caso la ripetizione faccia riferimento al tipo accesso
99TPV	Nel caso la ripetizione faccia riferimento al tipo di visita
99IUV	Nel caso la ripetizione faccia riferimento all' Identificativo Univoco di Versamento IUV (avviso pagamento pagoPA)
99OSP	Nel caso la ripetizione faccia riferimento all' azienda ospedaliera (1° livello)

8.97 Tabella SISS - Linguaggio Documento

Codice	Descrizione
01	ITALIANO
02	INGLESE

8.98 Tabella SISS - Motivo Ricovero DH

Codice	Descrizione
1	DH diagnostico e follow up
2	DH chirurgico
3	DH terapeutico

9	DH riabilitativo
---	------------------

8.99 Tabella SISS - Modalità Erogazione

Codice	Descrizione
I	Commissione Invalidi
K	Accertamenti patologie neoplastiche
M	Prestazioni Convenzionate
O	Ordinario
P	Pronto Soccorso
S	Screening
T	Prevenzione spontanea
U	Urgente differibile
W	Profilassi post-esposizione accidentale HIV
Z	Controllo programmati
Q	Profilassi in convenzione ASL

8.100 Tabella SISS - Modalità Trauma

Codice	Descrizione
1	Sul lavoro
2	In ambiente domestico
3	Da traffico
4	Violenza altrui
5	Autolesione o tentato suicidio
9	Altro

8.101 Tabella SISS – Motivo del rifiuto del campione

Si riportano i codici e le descrizioni da utilizzare nell'ambito del progetto OMr-Gestione digitale Rete di laboratori per dettagliare il motivo del rifiuto di un campione dal laboratorio che riceve il campione per effettuare delle prestazioni in service.

Codice	Descrizione
C	Cancelled. Campione rifiutato con motivazione generica
F	Failed. Campione rifiutato per inutilizzo del campione (es. provetta rottta)

8.102 Tabella SISS – Regime di Erogazione

Codice	Descrizione
1	SSN
2	Regime Libero professionale
3	Rimborso
4	Solvente
9	Altro

8.103 Tabella SISS - Rete di Patologia

Codice	Descrizione
01	Rete Oncologica (ROL)
02	Rete di Epilessia (EPN)
03	Rete di Ematologia (REL)
04	Rete di Nefrologia e Dialisi (NFR)
05	Rete IMA
06	Rete Udito (UDT)
07	Rete SIDS (SIDS)
08	Rete di Malattie Rare (RMR)
09	Rete di Neonatologia (NTG)
10	Rete Parkinson (PKS)
11	Rete Stroke (STR)

8.104 Tabella SISS - Sezioni Fascicolo

Codice	Descrizione
01	GENERALISTA
02	RETE PATOLOGIA
03	GENERALISTA E RETE PATOLOGIA

8.105 Tabella SISS – Stadiazione Condensata

Codice	Descrizione
1	Tumore localizzato, confinato all'organo di origine
2	Infiltrazione locale extraorgano
3	Metastasi ai linfonodi regionali
4	Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali
5	Metastasi a distanza
6	Metastasi ai linfonodi non regionali
7	Non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6
8	Nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4
9	Ignoto

8.106 Tabella SISS - Stati Referto

Valore
MARCATO
INVIATO
ERRORE MARCATURA
FIRMA SOSPESA
FIRMA SCADUTA
FIRMA REVOCATA
VERIFICA FIRMA FALLITA
ERRORE GENERICO
ERR. PERM. INVIO

8.107 Tabella SISS – Stato Presa in carico

Valore
ARRUOLATO
NON ARRUOLATO
DATO NON PERVENUTO [Codice Errore]

dove codice errore potrà avere uno dei seguenti valori:

- EAGPC0003
- EMSGPC0003
- EDBGPC0001
- EAGPC0006

- ES0001 nel caso di indisponibilità del servizio GPC

Per il significato dei codici 1,2,3,4 fare riferimento al documento DC-SEBC_GPC_SIAC#01 – Specifiche di Interfaccia Servizi GPC.

La valorizzazione del campo può subire adeguamenti da parte del SISS non riportati nel presente documento.

8.108 Tabella SISS - Tipi Documenti LOINC

I valori per la compilazione del campo relativo verranno forniti non appena verranno definiti i contenuti dei documenti delle codifiche LOINC dei tipi di DCE.

8.109 Tabella SISS - Tipo Attività Clinica

Codice	Descrizione
PHR	Documenti trasmessi direttamente dal paziente mediante il taccuino personale (Personal Health Record Update)
CON	Documenti trasmessi per richiedere un consulto (Consulta)
DIS	Documenti trasmessi a seguito di un ricovero (Discharge)
SistemaTS	Indica che il documento è gestito e condiviso dal Sistema TS
ERP	Documenti trasmessi a seguito di una prestazione programmata/prenotata (Erogazione Prestazione Prenotata)

8.110 Tabella SISS - Tipo Documento

Vedi tabella Tipo Documento in AS-PS_R-SIPR#51

8.111 Tabella SISS - Tipo Documento Interno

Vedi tabella Tipo Documento 2008-01 in AS-PS_R-SIPR#51

8.112 Tabella SISS - Tipologie Osservazione

Si riportano i codici e le descrizioni da utilizzare nel segmento OBX.

Codice	Descrizione	Valore
ModTr	ModalitaTrauma	Tabella SISS - Modalità Trauma
IUP	IdPrescrizione	
IndRiab	DataEventoIndiceRiabilitazione	
EvnOsc	EventoOscurato	Tabella HL7 #0136 – Yes/No Indicator

Codice LOINC	Descrizione Codice LOINC	
--------------	--------------------------	--

8.113 Tabella SISS - Tipologia Struttura

Codice	Descrizione
Ospedale	indica che il documento è stato prodotto in regime di ricovero ospedaliero del paziente
Prevenzione	Indica che il documento è stato prodotto a seguito di uno screening o di medicina preventiva
Territorio	Indica che il documento è stato prodotto a seguito di un incontro con uno specialista territoriale (ad es. MMG, PLS, ecc.)
SistemaTS	Indica che il documento è gestito e condiviso dal Sistema TS
Cittadino	Indica che il dato/documento è stato inserito dal cittadino

8.114 Tabella SISS - Validazione Schema

I valori per la compilazione del tag relativo verranno forniti non appena verranno definiti i contenuti dei documenti strutturati CDA2 che vengono pubblicati. Nel caso in cui non è disponibile lo schema specifico del DCE allora si inserisce il codice dello schema generico, ovvero il codice *CDA2*.

Codice	Descrizione
CDA2	Schema di validazione CDA2 generico
XSD_CDA2_PS_2008-01	Schema di validazione associato al Patient Summary v. 2008-01
2.16.840.1.113883.2.9.2.30.3.1.3.9.10.1	Schema di validazione Certificazione di Malattia per Reti di Malattie Rare
2.16.840.1.113883.2.9.2.30.3.1.3.9.10.2	Schema di validazione Piano Terapeutico per Reti di Malattie Rare
2.16.840.1.113883.2.9.2.30.3.1.3.9.10.3	Schema di validazione Piano Riabilitativo per Reti di Malattie Rare
2.16.840.1.113883.2.9.2.30.3.1.3.9.10.4	Schema di validazione Scheda Diagnosi Individuale per Reti di Malattie Rare
2.16.840.1.113883.2.9.2.30.3.1.4.20.26	Schema di validazione Documento di Programmazione Clinico Assistenziale
2.16.840.1.113883.2.9.2.30.3.1.4.20.24	Schema di validazione Referto di Anatomia Patologica
2.16.840.1.113883.2.9.2.30.3.1.3.9.11.27	Schema di validazione Sintesi Clinica di Terapia Intensiva
2.16.840.1.113883.2.9.2.30.3.1.4.20.14	Schema di validazione Verbale di Raccolta Dati Specialistici
2.16.840.1.113883.2.9.2.30.10.7	Schema di validazione Piano Assistenziale Individuale

9 APPENDICE B – CODICI ERRORE

Si riportano di seguito i codici di errore previsti dalla Piattaforma Regionale in fase di archiviazione di un documento.

Attenzione: la tabella potrebbe non riportare i codici di errore nuovi o non ancora documentati.

Errori refertazione

Codice	Descrizione	Probabile causa
-100 oppure -400	<i>Descrizione errore</i>	
RP000000	Errore nella chiamata al metodo.	È stata inviata una richiesta errata, come una chiamata via SOAP ad un metodo inesistente.
RP000001	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche - codiceRete	Il dato indicato nel messaggio è formalmente errato oppure il suo valore non è ammissibile o è incoerente con altri valori del documento. Valori ammissibili: 01 per ROL, 02 per EPI
RP000002	Verificare l'obbligatorietà dei campi - datiRicovero	Campo obbligatorio per documenti tipo Lettera di Dimissione se sono in stato 03 (REFERTO)
RP000003	Verificare l'obbligatorietà dei campi - numeroNosologico	Campo obbligatorio se statoDocumento = 03 (REFERTO)
RP000006	Verificare l'obbligatorietà dei campi - datiPrestazioni	Campo obbligatorio per i documenti di tipo prestazione ambulatoriale in stato 03 (REFERTO)
RP000007	Verificare l'obbligatorietà dei campi - codicePrestazione	
RP000008	Verificare che il formato della stringa alfanumerica sia AAAAMMGGHHMMSS - dataErogazionePrestazione	
RP000009	Verificare l'obbligatorietà dei campi - dataErogazionePrestazione	Campo obbligatorio se statoDocumento = 03 (REFERTO)
RP000010	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche. - flagInvioSISS	Valori ammessi: 01 = DA INVIARE (DA GUI REPOSITORY), 02 = INVIO A CARICO DELL'APPLICAZIONE DIPARTIMENTALE, 03 = DA NON INVIARE, 05 = PRESTAZIONI ASSOCIATE NON SISS, 06 = REFERTO STANDARD ASSOCIATO NON REGISTRATO, 12 = INVIATO
RP000011	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche. - statoDocumento	Valori ammessi: 01 = BOZZA, 02 = BOZZA CONSOLIDATA, 03 = REFERTO
RP000012	Verificare l'obbligatorietà dei campi - naturaDocumento	
RP000013	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche - naturaDocumento	Valori ammessi: 01 = STANDARD, 03 = SOSTITUTIVO, 04 = ANNULLATIVO

RP000014	Verificare il valore inserito nel tag naturaDocumento-linkLogicoDocumentoPadre	Il Tag linkLogicoDocumentoPadre è da valorizzare se e solo se naturaDocumento è diverso da STANDARD
RP000015	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche - tipoDocumento	
RP000016	Verificare il valore inserito nel tag tipoDocumento - richiestaTLC	Da valorizzare se e solo se tipoDocumento = 94
RP000017	Verificare l'obbligatorietà dei campi - medicoDestinatario	
RP000018	Verificare l'obbligatorietà dei campi - nome (datiDocumento.richiestaTLC.medicoDestinatario)	
RP000019	Verificare l'obbligatorietà dei campi - cognome (datiDocumento.richiestaTLC.medicoDestinatario)	
RP000020	Verificare l'obbligatorietà dei campi - codiceFiscale (datiDocumento.richiestaTLC.medicoDestinatario)	
RP000021	Verificare l'obbligatorietà dei campi - strutturaMedicoDestinatario	
RP000022	Verificare l'obbligatorietà dei campi - idSubStruttura (datiDocumento.richiestaTLC.strutturaMedicoDestinatario)	Campo obbligatorio solo per i documenti di tipo oncologico
RP000023	Verificare l'obbligatorietà dei campi - idUnitaOperativa (datiDocumento.richiestaTLC.strutturaMedicoDestinatario)	Campo obbligatorio solo per i documenti di tipo oncologico
RP000024	Verificare l'obbligatorietà dei campi - idRichiesta	
RP000025	Verificare l'obbligatorietà dei campi - strutturaErogatrice	
RP000027	Verificare l'obbligatorietà dei campi - idStruttura (datiDocumento.strutturaErogatrice)	
RP000028	Verificare l'obbligatorietà dei campi - idSubStruttura (datiDocumento.strutturaErogatrice)	Campo obbligatorio solo per i documenti di tipo oncologico
RP000029	Verificare l'obbligatorietà dei campi - idUnitaOperativa (datiDocumento.strutturaErogatrice)	Campo obbligatorio solo per i documenti di tipo oncologico
RP000030	Verificare che il formato della stringa alfanumerica sia AAAAMMGG - dataCompilazione	
RP000031	Verificare l'obbligatorietà dei campi - dataCompilazione	
RP000032	Verificare che il formato della stringa sia hh:mm:ss - oraCompilazione	

RP000033	Verificare l'obbligatorietà dei campi - oraCompilazione	
RP000034	Verificare l'obbligatorietà dei campi - datiCompilatore	
RP000035	Verificare l'obbligatorietà dei campi - nome (datiDocumento.datiCompilatore)	
RP000036	Verificare l'obbligatorietà dei campi - cognome (datiDocumento.datiCompilatore)	
RP000037	Verificare l'obbligatorietà dei campi - codiceFiscale (datiDocumento.datiCompilatore)	
RP000038	Verificare l'obbligatorietà dei campi - datiPaziente	
RP000039	Verificare l'obbligatorietà dei campi - nome (datiDocumento.datiPaziente)	
RP000040	Verificare l'obbligatorietà dei campi - cognome (datiDocumento.datiPaziente)	
RP000041	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche.	Stringa di 1 carattere: valori ammessi: M F
RP000042	Verificare l'obbligatorietà dei campi - sesso	
RP000043	Verificare che il formato della stringa alfanumerica sia AAAAMMGG - dataNascita	
RP000044	Verificare l'obbligatorietà dei campi - dataNascita	
RP000045	Verificare l'obbligatorietà dei campi - codiceFiscale (datiDocumento.datiPaziente)	
RP000046	Verificare l'obbligatorietà dei campi – datiMedicoResponsabile	
RP000047	Verificare l'obbligatorietà dei campi – nome (datiDocumento.datiMedicoResponsabile)	
RP000048	Verificare l'obbligatorietà dei campi – (datiDocumento.datiMedicoResponsabile)	
RP000049	Verificare l'obbligatorietà dei campi – codiceFiscale (datiDocumento.datiMedicoResponsabile)	
RP000050	Verificare l'obbligatorietà dei campi – strutturaMedicoResponsabile	
RP000052	Verificare l'obbligatorietà dei campi – idStruttura (datiDocumento.datiMedicoResponsabile.strutturaMedicoResponsabile)	
RP000053	Verificare l'obbligatorietà dei campi – idSubStruttura (datiDocumento.datiMedicoResponsabile.strutturaMedicoResponsabile)	Campo obbligatorio solo per i documenti di tipo oncologico
RP000054	Verificare l'obbligatorietà dei campi – idUnitaOperativa (datiDocumento.datiMedicoResponsabile.strutturaMedicoResponsabile)	Campo obbligatorio solo per i documenti di tipo oncologico

RP000055	Verificare che il formato della stringa alfanumerica sia AAAAMMGGHHMMSS - dataOraFirma	
RP000056	Verificare l'obbligatorietà dei campi - dataOraFirma	Campo obbligatorio se statoDocumento = 03 (REFERTO)
RP000057	Verificare l'obbligatorietà dei campi - noteReperibilita	Campo obbligatorio solo se presente il documento DAO
RP000058	Verificare l'obbligatorietà dei campi - versioneXSLT	Campo obbligatorio solo se presente documentoDAO. (Nota: recuperare da predisponiPubblicazioneDCEResponse)
RP000059	Verificare l'obbligatorietà dei campi - hash	Campo obbligatorio solo se presente documentoDAO. (Nota: recuperare da predisponiPubblicazioneDCEResponse)
RP000060	Verificare l'obbligatorietà dei campi - oscuramento	Campo obbligatorio solo se presente il documento DAO
RP000061	Verificare l'obbligatorietà dei campi - tipoOscuramento	Campo obbligatorio solo se presente il documento DAO
RP000062	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche. - codiceCausaleOscuramento (datiDocumento)	Valori ammessi: 10 (Tossicodipendenza) 20 (HIV) 30 (Violenze subite) 40 (Interruzione volontaria di gravidanza) 50 (Oscuramento volontario del cittadino)
RP000063	Verificare l'obbligatorietà dei campi - codiceCausaleOscuramento	Campo obbligatorio solo se presente il documento DAO
RP000064	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche - valoreCausaleOscuramento	Sono ammessi i seguenti valori: SI (documento clinico oscurato) NO (documento clinico non oscurato)
RP000065	Verificare l'obbligatorietà dei campi - valoreCausaleOscuramento	Campo obbligatorio solo se presente il documento DAO
RP000066	Verificare l'obbligatorietà dei campi - datiMedicoAutorizzante	Campo obbligatorio solo se presente il documento DAO
RP000067	Verificare l'obbligatorietà dei campi - medico	Campo obbligatorio (Nota: recuperare da predisponiPubblicazioneDCEResponse)
RP000068	Verificare l'obbligatorietà dei campi - nome (datiDocumento.datiMedicoAutorizzante)	Campo obbligatorio (Nota: recuperare da predisponiPubblicazioneDCEResponse)
RP000069	Verificare l'obbligatorietà dei campi - cognome (datiDocumento.datiMedicoAutorizzante)	Campo obbligatorio (Nota: recuperare da predisponiPubblicazioneDCEResponse)
RP000070	Verificare l'obbligatorietà dei campi - codiceFiscale (datiDocumento.datiMedicoAutorizzante)	Campo obbligatorio (Nota: recuperare da predisponiPubblicazioneDCEResponse)
RP000072	Verificare l'obbligatorietà dei campi – idStruttura (datiDocumento.datiMedicoAutorizzante.strutturaMedico)	
RP000073	Verificare l'obbligatorietà dei campi – idSubStruttura (datiDocumento.datiMedicoAutorizzante.strutturaMedico)	Campo obbligatorio solo per i documenti di tipo oncologico

RP000074	Verificare l'obbligatorietà dei campi – idUnitaOperativa (datiDocumento.datiMedicoAutorizzante.strutturaMedico)	Campo obbligatorio solo per i documenti di tipo oncologico
RP000075	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche – autorizzazioneConsultazione	Sono ammessi i seguenti valori: SI (cittadino autorizzato alla consultazione del documento clinico) NO (cittadino non autorizzato alla consultazione del documento clinico)
RP000076	Verificare l'obbligatorietà dei campi – autorizzazioneConsultazione	Campo obbligatorio solo se presente il documento DAO
RP000118	Verificare l'obbligatorietà dei campi - noteReperibilita (datiDocumento)	
RP000119	Verificare l'obbligatorietà dei campi - versioneXSLT (datiDocumento)	Campo obbligatorio recuperabile da generaAutorizzazioneRefertiResponse
RP000120	Verificare l'obbligatorietà dei campi - hash (datiDocumento)	Campo obbligatorio recuperabile da generaAutorizzazioneRefertiResponse
RP000121	Verificare l'obbligatorietà dei campi - oscuramento (datiDocumento)	
RP000122	Verificare l'obbligatorietà dei campi - tipoOscuramento (datiDocumento)	
RP000123	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche - codiceCausaleOscuramento (datiDocumento)	Valori ammessi: 10 (Tossicodipendenza) 20 (HIV) 30 (Violenze subite) 40 (Interruzione volontaria di gravidanza) 50 (Oscuramento volontario del cittadino)
RP000124	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche valoreCausaleOscuramento (datiDocumento)	Sono ammessi i seguenti valori: SI (documento clinico oscurato), NO (documento clinico non oscurato)
RP000125	Verificare l'obbligatorietà dei campi - datiMedicoAutorizzante (datiDocumento)	
RP000126	Verificare l'obbligatorietà dei campi - medico (datiDocumento.datiMedicoAutorizzante)	
RP000127	Verificare l'obbligatorietà dei campi - nome (datiDocumento.datiMedicoAutorizzante)	Campo obbligatorio recuperabile da generaAutorizzazioneRefertiResponse
RP000128	Verificare l'obbligatorietà dei campi - cognome (datiDocumento.datiMedicoAutorizzante)	Campo obbligatorio recuperabile da generaAutorizzazioneRefertiResponse
RP000129	Verificare l'obbligatorietà dei campi - codiceFiscale (datiDocumento.datiMedicoAutorizzante)	Campo obbligatorio recuperabile da generaAutorizzazioneRefertiResponse
RP000131	Verificare l'obbligatorietà dei campi - idStruttura (datiDocumento.datiMedicoAutorizzante.strutturaMedico)	
RP000132	Verificare l'obbligatorietà dei campi - idSubStruttura (datiDocumento.datiMedicoAutorizzante.strutturaMedico)	Campo obbligatorio per i documenti di tipo oncologico

RP000133	Verificare l'obbligatorietà dei campi - idUnitaOperativa (datiDocumento.datiMedicoAutorizzante.strutturaMedico)	Campo obbligatorio per i documenti di tipo oncologico
RP000134	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche. - autorizzazioneConsultazione (datiDocumento)	Sono ammessi i seguenti valori: SI (cittadino autorizzato alla consultazione del documento clinico), NO (cittadino non autorizzato alla consultazione del documento clinico)
RP000135	Verificare l'obbligatorietà dei campi - linkLogicoReferto (datiDocumento)	
RP000137	Verificare l'obbligatorietà dei campi - linkLogicoDocumento (datiDocumento)	Campo obbligatorio se statoDocumento = 03 (REFERTO)
RP000138	Verificare l'obbligatorietà dei campi - uri (datiDocumento)	
RP000142	CDA non archiviato (secondo le regole di validazione/archiviazione)	CDA non archiviato (secondo le regole di validazione/archiviazione)
RP000144	Errore nelle credenziali presenti nell'header soap.	La lettura delle credenziali presenti nel messaggio è fallita
RP000145	Errore nello stato referto.	Lo stato deve essere VALIDATO o REFERTO.
RP000146	Dati mancanti nell'aggiornamento prestazioni	Sono necessari idEvento oppure (idRichiesta,idErogazione,idGruppo) oppure codPrestazioneSISS oppure (codPrestazione,disciplina).
RP000147	Dati mancanti nell'aggiornamento DCE.	E' necessario l'idEvento.

Errori refertazione

Codice	Descrizione	Dettaglio
RP000077	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche. - statoDocumento (datiRichiesta.datidDocumento)	Stringa alfanumerica di 2 caratteri. Valori ammessi: 01 = BOZZA 02 = BOZZA CONSOLIDATA 03 = REFERTO
RP000078	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche - naturaDocumento (datiRichiesta.datidDocumento)	Stringa alfanumerica di 2 caratteri. Valori ammessi: 01 = STANDARD 03 = SOSTITUTIVO 04 = ANNULLATIVO
RP000079	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche - ricercaDocumentoPDF (datiRichiesta.datidDocumento)	Valori ammessi: SI =se il documento PDF è oggetto della ricerca, NO= se il documento PDF non è oggetto della ricerca. Se non specificato vale SI di default.

RP000080	Verificare l'obbligatorietà dei campi – ricercaDocumentoPDF (datiRichiesta.datiDocumento)	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000081	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche - ricercaDocumentoCDA (datiRichiesta.datiDocumento)	Valori ammessi: SI se il documento CDA è oggetto della ricerca, NO se il documento CDA non è oggetto della ricerca. Se non specificato, vale di default SI per gli operatori Medici (per gli utenti Amministrativi deve valere sempre NO)
RP000082	Verificare l'obbligatorietà dei campi – ricercaDocumentoCDA (datiRichiesta.datiDocumento)	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000083	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche - tipoDocumento (datiRichiesta.datiDocumento)	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000085	Verificare la lunghezza della stringa e che sia valorizzato il tag idStruttura - idSubStruttura (datiRichiesta.datiDocumento.strutturaErogatrice)	Stringa alfanumerica di 8 caratteri. Se valorizzato, deve essere valorizzato anche il tag idStruttura
RP000086	Verificare la lunghezza della stringa e che sia valorizzato il tag idStruttura e idSubStruttura - idUnitaOperativa (datiRichiesta.datiDocumento.strutturaErogatrice)	Stringa alfanumerica di 4 caratteri. Se valorizzato devono essere valorizzati anche i tag idStruttura e idSubStruttura
RP000087	Verificare l'obbligatorietà dei campi – nome (datiRichiesta.datiDocumento.medicoResponsabileDocumento)	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000088	Verificare l'obbligatorietà dei campi – cognome (datiRichiesta.medicoResponsabileDocumento)	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000089	Verificare l'obbligatorietà dei campi – codiceFiscale (datiRichiesta.medicoResponsabileDocumento)	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000090	Verificare che il formato della stringa alfanumerica sia AAAAMMGG - dataInizio (datiRichiesta.intervalloRicerca)	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000091	Verificare l'obbligatorietà dei campi – dataInizio (datiRichiesta.intervalloRicerca)	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000092	Verificare che il formato della stringa alfanumerica sia AAAAMMGG - dataFine (datiRichiesta.intervalloRicerca)	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000093	Verificare l'obbligatorietà dei campi – dataFine (datiRichiesta.intervalloRicerca)	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000094	Verificare l'obbligatorietà dei campi – retePatologia (datiRichiesta)	Il messaggio è autoesplicativo.

RP000095	Verificare l'obbligatorietà dei campi – codiceRete (datiRichiesta.retePatologia)	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000096	Verificare l'obbligatorietà dei campi – retePatologia (datiRichiesta)	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000097	Verificare che i valori inseriti siano fra quelli ammessi nelle specifiche. - codiceRete (datiRichiesta.retePatologia)	Stringa alfanumerica di due caratteri. Valori ammessi: 01 per ROL, 02 per EPInetwork
RP000098	Verificare l'obbligatorietà dei campi – codiceRete (datiRichiesta.retePatologia)	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000099	Il DCE con link logico {LinkLogicoRicercato} non è abilitato alla consultazione	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000140	Nessun dato soddisfa i criteri di ricerca.	Il messaggio è autoesplicativo.
RP000141	Verificare l'obbligatorietà di uno degli identificativo del paziente - codiceFiscale, tesseraSanitaria, idHIS, datiTEAM e idCittadinoNonSiss (datiRichiesta.datipaziente)	Il messaggio è autoesplicativo.

10 APPENDICE C – ESEMPI MESSAGGI

Di seguito si riportano alcuni esempi di messaggi prodotti in fase di integrazione con applicativi dipartimentali

ATTENZIONE: I messaggi sottoriportati sono meri esempi prodotti in funzione della singola esigenza. Non devono essere assolutamente utilizzati in sostituzione delle specifiche di dettaglio per la produzione di messaggi di integrazione ma solo come traccia delle strutture dei messaggi da generare

10.1 MDM^T02

Lettera di dimissione strutturata (PDF + CDA2) firmata– DCE standard

**MSH|^~\&|REP|NIGUARDA|FSE|SANTER|201207091716||MDM^T02|2011_2011000069_LETD
IM_003|P|2.5||||8859/1|||2011-01**

EVN||201207091716|||201111110000

**PID||800000181|800000181^^^^PI~""^^^SS~PRVNRC00S51F269E^^^^NN~^^^^PNT||PROVA^
NUTRICE1||20001111|F|||^VENEZIA^VENEZIA^VENEZIA^^L^^027042~^MOGLIANO
VENETO^MOGLIANO VENETO^TREVISO^^BDL^^026043||^PH^^^^^^^^^213213**

**PV1||I|2699^^^030967^^^^^03091300^030967|||2699||VNGRPE60A01F205X^NDC^NDC^^^^^
^^^^REFERTANTE^030967&03091300&2699~VNGRPE60A01F205X^NDC^NDC^^^^^A
UTORIZZANTE^030967&03091300&2699^VNGRPE60A01F205X|||||||2011000069^^^ADT^V
N|||||||01|||||201111110000|201207100000**

**ORC|NW|2011Rich000069|2011EROG000069|2011GroupRich000069|CM|||67UYT87|201207091
71617**

TQ1||1||||201111241731

OBR|1||RICOVERO^LETTERA DI DIMISSIONE^SISS

**TXA|1|DS|multipart|||20120709171617|||||VNGRPE60A01F205X^NDC^NDC^^^^^COMPILE
ATORE|2011_2011000069_LETDIM_003^^2011_2011000069_LETDIM_003|||58925||LA|||01|^
^^^^^20120709171640**

**OBX|1|ED|2011_2011000069_LETDIM_003^05^RefertoFirmato^^93.0^PDF||^multipart^Octed-
stream^Base64^MIAGCSqGS.....p1mcdl5PCRURdikw4dk2oAAAAAAA=**

NTE|1|O|9vR8dJjbDfSq2HZeHsK9ka8UHS8=|GI^hashReferto

NTE|2|O|01|GI^algoritmoHashReferto

NTE|3|O|220708|GI^sizeDocumentoReferto

NTE|4|O|02|GI^marcaTemporale

NTE|5|O| CDA2|GI^validazioneSchema

NTE|6|O|01|GI^linguaggioDocumentoReferto

**OBX|2|ED|58925^05^CDA2 ^^93.0^ZIP1||^multipart^Octed-stream^Base64^UEsDBBQACAAIASK6AAAAAAAAAAAAAVAA....GhWX9xwAA
AAAAAA==**

NTE|1|O|9vR8dIjbDfSq2HZeHsK9ka8UHS8=|GI^hashCDA

NTE|2|O|01|GI^algoritmoHashCDA

NTE|3|O|220708|GI^sizeDocumentoCDA

NTE|4|O| CDA2|GI^validazioneSchema

NTE|5|O|01|GI^linguaggioDocumentoCDA

NTE|1|O|02|GI^sezioneFascicolo

NTE|2|O|01|GI^flagInviareAlSiss

NTE|3|O|03|GI^retePatologia

NTE|1|O|NO|GI^autorizzazioneConsultazione

NTE|2|O|SI|GI^10

NTE|3|O|NO|GI^20

NTE|4|O|NO|GI^30

NTE|5|O|NO|GI^40

NTE|6|O|NO|GI^50

NTE|7|O|Le informazioni sanitarie riportate su questo referto devono essere lette e valutate dal medico curante che, nel caso di dubbi o necessita' di approfondimenti, puo' rivolgersi allo specialista che ha redatto il referto.|GI^NOTEREPERIBILITA

10.2 MDM^T06

Lettera di dimissione strutturata (PDF + CDA2) firmata – DCE addendum

**MSH|^~\&|REP|NIGUARD|FSE|SANTER|201207171537||MDM^T06|2009_2009014688_LETD
IM_009|P|2.5|||||8859/1|||2011-01**

EVN||201207171537|||200911100000

**PID||800000012|800000012^^^^PI~999AV502^^^^SS~CTTCTC94T01H282Q^^^^NN~^^^^PNT||
CITTASIIS^CENTOCINQUANTOTTO||19941201|M||V. VARIATO ALADINO,
55^MERATE^MERATE^LECCO^^H^097048~V. VARIATO ALADINO,
55^LECCO^LECCO^LECCO^^L^097042~^RIETI^RIETI^RIETI^^^BDL^057059||^^PH^^^^
^^^^000000**

PV1|||2699^^^030967^^^^^03091300^030967|||2699||VNGRPE60A01F205X^NDC^NDC^^^^^
^^^^REFERTANTE^030967&03091300&2699~VNGRPE60A01F205X^NDC^NDC^^^^^A
UTORIZZANTE^030967&03091300&2699^VNGRPE60A01F205X|||||||2009014688^^^ADT^V
N|||||||01|||||200911100000|201207160000

ORC|NW|2009014688|2009014688||CM|||20120717153656

TQ1||1||||201007231145

OBR|1||RICOVERO^LETTERA DI DIMISSIONE^SISS

TXA|1|DS|multipart|||20120717153656|||03||VNGRPE60A01F205X^NDC^NDC^^^^^COMP
ILATORE|2009_2009014688_LETDIM_009^^2009_2009014688_LETDIM_009|REF0309670309
13002699P2387306||45287|2009_2009014688_LETDIM_008|LA|||03|^|||||2012071715
3732

OBX|1|ED|2009_2009014688_LETDIM_009^05^RefertoFirmato^^93.0^PDF||^multipart^Octed-
stream^Base64^MIAGCSMBgGCSqGSIB.....s0LKLFN8xYAAAAAAAAAA==

NTE|1|O|gGzIQPx/NiJx/3hy9QgQaSyQV6k=|GI^hashReferto
NTE|2|O|01|GI^algoritmoHashReferto
NTE|3|O|220920|GI^sizeDocumentoReferto
NTE|4|O|02|GI^marcaTemporale
NTE|5|O||GI^validazioneSchema
NTE|6|O|01|GI^linguaggioDocumentoReferto

OBX|2|ED|45287^05^CDA2^^93.0^ZIP1||^multipart^Octed-
stream^Base64^UEsDBBQACAAIALB88UAAAAAAAAAA.....wZVUAAAAAAAAA

NTE|1|O|gGzIQPx/NiJx/3hy9QgQaSyQV6k=|GI^hashCDA
NTE|2|O|01|GI^algoritmoHashCDA
NTE|3|O|220920|GI^sizeDocumentoCDA
NTE|4|O|02|GI^marcaTemporale
NTE|5|O||GI^validazioneSchema
NTE|6|O|01|GI^linguaggioDocumentoCDA

NTE|1|O|02|GI^sezioneFascicolo
NTE|2|O|01|GI^flagInviareAlSiss
NTE|3|O|03|GI^retePatologia

NTE|1|O|NO|GI^autorizzazioneConsultazione
NTE|2|O|SI|GI^10
NTE|3|O|NO|GI^20
NTE|4|O|NO|GI^30
NTE|5|O|NO|GI^40
NTE|6|O|NO|GI^50

NTE|71|O|Le informazioni sanitarie riportate su questo referto devono essere lette e valutate dal
medico curante che, nel caso di dubbi o necessità di approfondimenti, può rivolgersi allo specialista
che ha redatto il referto.|GI^NOTEREPERIBILITA