FSE
Componente Locale
Specifica dei Requisiti del protocollo di interoperabilità fra la Componente Locale e i dipartimentali per l'interscambio dati in XML
(modalità XML con o senza invio dei documenti clinici)

STATO DELLE VARIAZIONI

VERSIONE	DATA EMISSIONE	PARAGRAFO O PAGINA	DESCRIZIONE DELLA VARIAZIONE
V15	n.d.	Tutto il documento	Versione iniziale del documento
V16	n.d.	3.1, 3.2, 3.3	3.1 inserita indicazione “servizio obbligatorio” 3.2, 3.3 inserita indicazione “servizio opzionale”
V17	n.d.	3.1.1, 3.5, 3.1.3	3.1.1 aggiunto parametro “privacyDocumentoFSE” in fase di invio referto dai dipartimentali: 3.5 Precisazioni sui dati da inviare (nuovo paragrafo) 3.1.3 Aggiunti codici e descrizioni di errore e warning restituiti dalla RegistraEpisodi legati a scarico referto
V18	n.d.	3.1.1	3.1.1 Aggiunta precisazione su invio dati del pagamento ticket, successivamente all’invio del referto
V19	n.d.	Tutto il documento	Eliminazione di paragrafi inseriti nel documento DMA-CL-SRS-01-V01-Specifica_modalita_interazione_ComponenteLocale_dipartimentali.pdf
V20	23/10/2015	2	Dettagliato il paragrafo 2.1.1 relativo alla struttura dati ricevuta e restituita dal servizio Registra Episodio.. Eliminati i paragrafi 2.2 e 2.3 relativi ai servizi opzionali di riallineamento asincrono tra il fascicolo e una specifica azienda sanitaria. Aggiornata la lista degli errori e dei warning riportati nel paragrafo 2.1.3.
V21	07/05/2018	Tutto il documento	Il documento è stato adeguato in modo da estendere il tracciato XML al fine di gestire i metadati richiesti per garantire l’interoperabilità nazionale con la componente INI (Infrastruttura Nazionale per l’Interoperabilità) realizzata dal Ministero dell’Economia e delle Finanze secondo quanto previsto dal comma 15-ter, articolo 12 del decreto legge 18 ottobre 2012 n.179 e successive modifiche. Per completezza di informazioni, a differenza delle altre versioni del presente documento, è stato scelto di produrre un solo documento che recepisse gli aggiornamenti del tracciato XML sia nel caso di invio senza documenti, sia nel caso di invio con documenti. A tal fine sono stati inseriti i due modelli "Modello con invio del documento" e "Modello senza invio del documento". In particolare, nel paragrafo “2.7.1 La struttura del servizio”, al fine di agevolare le ASR, durante l’analisi di dettaglio dei metadati richiesti da INI, sono state individuati alcuni dai che l'infrastruttura dell’FSE regionale alimenterà in modo autonomo a partire dai dati che pervengono dalle ASR. Obiettivo del paragrafo è elencare e descrivere tali dati.
V22	n.d.	5.1.1.2	Deprecato il tag scaricabileSenzaTicket
V23	n.d.	5.1.1.1 e 5.1.1.2	Rinominato tag prestazioni in prestazione
V24	20/07/2018	4.1	Aggiunta indicazione securizzazione servizio
V25	31/07/2018		Aggiunto campo per tipo firma del documento
V26	12/7/2019	5.1.1.2	Modificato campo **pagatoTicke**t per aggiunta stato pagamento “Rimborso per rottura provetta”
V27	24/10/2019	5.1.1.2	Aggiunta specifica per compilazione campo idDocumento nel caso di invio recupero pregresso

V29	22/01/2020	5.1.1.2	Aggiunta valorizzazioni tipologiaDocumentoAlto e tipologiaDocumentoMedio; deprecato valore ATTO_OPERATORIO Revisione specifiche per R (Rimborso – es. provetta rotta) per campo "pagatoTicket"
V30	29/01/2021	5.1.1.2	Modifica delle informazioni contenute nel campo accession number. Inserito chiarimento sul campo OscuraScaricCittadino
V31	22/07/2021	5.1.1.2	Revisione specifiche per F (Free – es. lettera dimissione) per campo "pagatoTicket"
V32	03/02/2022	5.1.1.2	Precisazioni sull'utilizzo dei tag idEpisodioOriginanteRichiesta e tipoEpisodioOriginanteRichiesta
V33	06/04/2022	5.1.3	Rimosso paragrafo sugli errori. L'elenco degli errori si trovano su un documento apposito.
V34	29/03/2023	1.2 5.1.1	Aggiornato riferimenti Adeguato tracciato XML Aggiunto i campi: regime, oscuramentoGenitore, eventCode, modalitaDimissione, applicativo, fornitore, versione, valoreOpzionale
V35	22/04/2023	5.1.1	Aggiunto descrizione sul codice J07BX03
V36	30/06/2023	5.1.1.2	Inserite precisazioni nei campi: • data fine • leggi speciali • oscuramento all'assistito • privacyDocumento • oscuramento al genitore
V37	26/10/2023	5.1.1	Aggiornata la Tabella 2.12-1 Affility Domain – Pratica Clinica
V38	02/11/2023	Intero documento	Corretto riferimento tabelle dell'Affinity Domain 2.4.1
V39	27/12/2023	Par 5.1.1	Recepite modifiche/integrazioni previste dall'Affinity Domain 2.5: • Corretto codice relativo al Vaccino Covid 19 . • Deprecato il valore di assetto organizzativo AD_PSC127 e AD_PSC082 e AD_PSC106. • Aggiornata la tabella dei codici tipo documento medio. Aggiornato il campo codiceFiscale Medico delle sezioni MediciRedattori e MediciValidatori

Indice

1. SCOPO E RIFERIMENTI DEL DOCUMENTO 5
1.1 Scopo del documento 5
1.2 Riferimenti 5
2. INTRODUZIONE 6
3. I MODELLI DI INTEGRAZIONE CON IL FASCICOLO: CON O SENZA IL DOCUMENTO 7
3.1 Modello senza invio del documento al fascicolo 7
3.2 Modello con invio del documento al fascicolo 7
4. PRINCIPALI MODIFICHE APPORTATE AL PROTOCOLLO CON L'INTRODUZIONE DI INI 8
4.1 Sicurezza del servizio 8
4.2 Gestione dei documenti "addendum" 8
4.3 Formato e firma dei documenti 8
4.4 Dati di dettaglio del Laboratorio di Analisi 8
5. PROTOCOLLO DI INTEROPERABILITÀ TRA IL SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE E IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO REGIONALE 9
5.1 La gestione dell'episodio (RegistraEpisodio – servizio obbligatorio) 9
5.1.1 La struttura dati del servizio 9
5.1.1.1 Struttura XML del messaggio di "request" 9
5.1.1.2 Descrizione Tag del messaggio di "request" 13
5.1.1.3 Struttura XML del messaggio di "response" 35
5.1.1.4 Descrizione Tag del messaggio di "response" 36
5.1.1.5 Note 38
5.1.2 Le operazioni previste dal Fascicolo 39
5.1.2.1 Invia notifica apertura episodio 39
5.1.2.2 Invia dati chiusura episodio 39
5.1.2.3 Invia dati modificati dell'episodio 40
5.1.2.4 Invia nuovo referto/documento 40
5.1.2.5 Invia addendum 41
5.1.2.6 Sostituisci referto/documento e/o modifica dati strutturati 41
5.1.2.7 Invia annullamento episodio 41
5.1.2.8 Invia annullamento documento 42
5.1.2.9 Sostituzione paziente di un episodio inviato 43

1. Scopo e riferimenti del documento

1.1 Scopo del documento

Scopo del presente documento è di descrivere le Specifiche dei Requisiti sulle modalità di interazione dei servizi logici della Componente Locale (o ILEC, indice locale degli eventi clinici) del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE, da ora in poi Fascicolo) con i sistemi informativi delle Aziende Sanitarie.
Le specifiche sono basate su Web Service e prevedono che l'integrazione del Sistema informativo dell'azienda sanitaria con il Fascicolo secondo i seguenti modelli:

- L'azienda invia i metadati al Fascicolo della Regione Piemonte senza mandare il documento che risiederà presso il repository dell'Azienda stessa (Modello senza invio del documento al fascicolo)
- L'azienda invia i metadati e il documento al Fascicolo della Regione Piemonte (Modello con invio del documento al fascicolo)

Le specifiche dei Web Service sono state estese al fine di gestire i metadati richiesti per garantire l'interoperabilità nazionale con la componente INI (Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità) realizzata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze secondo quanto previsto dal comma 15-ter, articolo 12 del decreto legge 18 ottobre 2012 n.179 e successive modifiche.

1.2 Riferimenti

[SRS_INTER_CL_DIP]

DMA-CL-SRS-01-V01-Specifica_modalita_interazione_ComponenteLocale_dipartimentali.pdf, o versioni successive

[FRAMEWORK]

Specifiche tecniche per l'interoperabilità tra i sistemi regionali di FSE Framework e dataset dei servizi base, Versione 2.4.1, 10 /02/2023

[AFFINITY DOMAIN]

Specifiche tecniche per l'interoperabilità tra i sistemi regionali di FSE Affinity Domain Italia, Versione 2.4.1, 10/02/2023

[DPCM 178]

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 - Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico

[SER_RetrievalDoc]

DMA-CL-SER-01-V01-Servizio FSERetrievalDocumentService.pdf, o versioni successive

[SRS_Elenco codici di errore]

DMA-CL-SRS-16-V33-Elenco_codici_di_errore_restituiti_dalla_RegistraEpisodio3

[CDA] Specifiche dei CDA dei documenti

http://www.hl7italia.it/hl7italia_D7/hl7it_publications

2. Introduzione

Un elemento fondamentale dell'interscambio dati è l'invio dei metadati ed eventualmente dei documenti clinici al FSE a seconda del modello utilizzato
Nell'implementare il modello descritto nel documento "FSE Componente Locale Specifica modalità di interazione fra la Componente Locale e i dipartimentali" ([SRS_INTER_CL_DIP]), la comunicazione delle informazioni deve essere il più possibile completa secondo quanto richiesto dalle specifiche previste in questo documento. E' onere del Sistema Informativo Aziendale comunicare al FSE ogni variazione relativa ai ai meta-dati ed eventualmente ai documenti al fine di mantenere allineato l'FSE.

La comunicazione dei dati e dei documenti relativi agli episodi avviene con l'ausilio di un servizio che fornisce specifici metodi per l'invio dei dati. In particolare è presente un metodo per la gestione dei dati dell'episodio: attraverso tale metodo è possibile comunicare l'apertura e la chiusura di un episodio, il documento e i dati correlati, le variazioni sui dati dell'episodio, l'annullamento dell'episodio o del documento.

Nei capitoli che seguono vengono descritti i metodi del servizio come:

- strutture dati del messaggio: le informazioni richieste dal metodo;
- le operazioni previste dal Fascicolo: le azioni che svolge l' FSE a fronte della chiamata al servizio;
- le regole di alimentazione: indicano la correlazione tra le informazioni inviate con il servizio e l'operazione effettuata dall' FSE.

3. I modelli di integrazione con il Fascicolo: con o senza il documento

3.1 Modello senza invio del documento al fascicolo

Nel modello senza invio del documento, l'azienda invia i metadati al Fascicolo della Regione Piemonte senza mandare il documento che risiederà presso il repository dell'Azienda stessa.
In tale modello l'Azienda dovrà utilizzare il servizio RegistraEpisodio per comunicare i soli metadati descritto nel capitolo seguente relativo alle specifiche del protocollo.
In particolare come descritto nella struttura del servizio non dovranno essere valorizzati i seguenti tag:

- <documento>
- <documentoNonFirmato>

Il tag <identficativoRepository> dovrà essere valorizzato per le Aziende che aderiranno al nuovo modello in conformità alle specifiche previste dall'inter-operabilità nazionale.

Inoltre l'azienda dovrà esporre il servizio di recupero del documento GetDocumento secondo le specifiche definite nel documento [SER_RetrievalDoc].

3.2 Modello con invio del documento al fascicolo

Nel modello con invio del documento, l'azienda invia i metadati e il documento al Fascicolo della Regione Piemonte.
In tale modello l'Azienda dovrà utilizzare il servizio RegistraEpisodio per comunicare i metadati e il documento descritto nel capitolo seguente relativo alle specifiche del protocollo.
In particolare come descritto nella struttura del servizio dovranno essere valorizzati anche i seguenti tag:

- <documento> oppure <documentoNonFirmato>

4. Principali modifiche apportate al protocollo con l'introduzione di INI

Scopo del capitolo è descrivere le principali modifiche apportate all'attuale versione del protocollo con l'introduzione dei metadati richiesti dall'interoperabilità del Fascicolo sanitario regionale con INI e le modalità di accesso ai servizi.
Per un'analisi di dettaglio apportata ai dati richiesto dal protocollo, fare riferimento ai capitoli successivi.

4.1 Sicurezza del servizio

Il servizio da richiamare è esposto in HTTPS con autenticazione WS-Security (profile: Sign and Encrypt - X509 Authentication con Timestamp).
In fase di avvio verrà fornito ad ogni Azienda Sanitaria un certificato client, che dovrà essere utilizzato a questo scopo.

4.2 Gestione dei documenti "addendum"

Il tracciato è stato esteso al fine di consentire la possibilità di inviare documenti in "Addendum" al documento principale nel caso in cui il sistema informativo dell'Azienda li preveda. Le modalità di gestione di questi documenti sono descritti nelle specifiche di dettaglio del tracciato

4.3 Formato e firma dei documenti

Il nuovo metodo registraEpisodio3 in coerenza ai requisiti di inter-operabilità nazionale richiede che i documenti interoperabili, definiti dal decreto [DPCM 178], vengano inviati nel formato pdf con CDA iniettato e firmato con firma PADES BES, secondo le scelte adottate dalla Regione Piemonte e le direttive previste dal tavolo di lavoro inter-regionale sulla firma dei documenti per il Fascicolo Sanitario Nazionale.

4.4 Dati di dettaglio del Laboratorio di Analisi

I dati di dettaglio del laboratorio di analisi non vengono più richiesti (valore, range e unità di misura della prestazione).

5. Protocollo di interoperabilità tra il Sistema Informativo Aziendale e il Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale

5.1 La gestione dell'episodio (RegistraEpisodio – servizio obbligatorio)

Il metodo è obbligatorio per l'integrazione con il Fascicolo Sanitario e si occupa di gestire tutte le informazioni di registrazione e variazione dei dati inerenti l'episodio e dei documenti correlati.
Il metodo è disponibile in due versioni: registraEpisodio2 e registraEpisodio3.
Il metodo registraEpisodio2 è mantenuto per compatibilità in attesa che i Sistemi Informativi delle Aziende realizzino ed adeguino le componenti software per richiamare il metodo registraEpisodio3. Il comportamento del metodo registraEpisodio2 non è variato e le relative specifiche sono descritte nella versione precedente del presente documento.
Il metodo registraEpisodio3 gestisce le nuove informazioni necessarie a garantire il colloquio con l'infrastruttura nazionale con INI. Tale metodo deve essere realizzato dai fornitori delle Aziende al fine di garantire l'interazione con l'infrastruttura nazionale e le relative specifiche sono riportate nel presente documento.
Il metodo registraEpisodio3 appartiene ad un nuovo servizio denominato CLFSEService3 esposto su un nuovo endpoint.

5.1.1 La struttura dati del servizio

In questo paragrafo sono descritti i messaggi inviati e restituiti al e dal metodo "registraEpisodio3". Sono riportate le strutture XML dei messaggi e le informazioni specifiche di ogni tag.

Il tracciato è stato adeguato aggiungendo le informazioni strettamente necessarie al fine di ridurre l'impatto sulle modifiche da apportare alle componenti di integrazione gestite presso le Aziende.
Alcune informazioni richieste dalle specifiche di integrazione ministeriali saranno derivate dall'infrastruttura regionale sulla base dei dati inviati dalle Aziende.
In particolare si fanno presenti le seguenti assunzioni relative ai dati non richiesti alle Aziende nel presente tracciato:

- Identificativo e descrizione dell'organizzazione dell'utente inviante: verrà valorizzato con il codice e la descrizione della Regione Piemonte
- Contesto operativo della richiesta: verrà valorizzato con il tipo di operazione secondo la codifica ministeriale
- Tipo documento (asserzione di attributo): verrà valorizzato con il tipo documento medio richiesto nel tracciato
- Presa in carico: sarà valorizzato sempre a "true" per indicare l'assunzione di responsabilità da parte dell'azienda di rendere disponibile il documento resa implicita dall'invio dei dati dell'episodio/documento al sistema del Fascicolo regionale/ministeriale
- Tipo di attività: verrà valorizzato con il tipo di attività secondo la codifica ministeriale
- Identificativo organizzazione che custodisce il documento: verrà valorizzato con il codice regionale
- Istituzione dell'autore del documento: derivato dalla matricola di chiusura dell'episodio
- Lingua del documento: valorizzato con italiano
- Data inizio e fine prestazione: derivata dalle informazioni sull'episodio
- Stato del documento: sarà valorizzato sempre a "Approved" per indicare che il documento inviato è approvato e validato dall'autore e dai validatori dell'Azienda, in accordo alle specifiche di integrazione dei Sistemi Informativi delle Aziende Sanitarie e il Fascicolo Sanitario Regionale e ribadito dalle specifiche di inter-operabilità con l'infrastruttura nazionale

Altre precisazioni sul nuovo tracciato:

- Le nuove informazioni relative all'utente che richiama il servizio esposto dal Fascicolo Sanitario Regionale saranno inoltrate al sistema di inter-operabilità nazionale poiché tali informazioni identificano l'utente che fa la richiesta al servizio esposto dal servizio nazionale. Pertanto ogni azienda deve identificare le modalità di valorizzazione delle tre informazioni richieste dal tracciato: identificativo utente, struttura utente, ruolo utente

5.1.1.1 Struttura XML del messaggio di "request"

Nella tabella sotto è riportata la struttura XML del messaggio inviato al FSE/ROL. Ogni riga mostra un tag e la relativa numerosità, ovvero il numero di volte per il quale lo stesso tag può essere ripetuto. Si precisa che la posizione dei tag nel messaggio non deve essere alterata.

Tag XML	Numerosità
<soap:Envelope xmlns:soap="http://www.w3.org/2003/05/soap-envelope" xmlns:fses="http://FSEService.WS.DMACL.csi.it" xmlns:dma="http://dma.csi.it/">	1..1
<soap:Body>	1..1
<fses:registraEpisodio3>	1..1
<fses:request>	1..1
<fses:richiesta>	1..1
<codiceApplicativo>?</codiceApplicativo>	1..1
<dataOra>?</dataOra>	1..1
<idRichiesta>?</idRichiesta>	1..1
<codiceAzienda>?</codiceAzienda>	1..1
<utente>	
<identificativo>?</identificativo>	1..1
<codiceMatricola>?</codiceMatricola>	0..1
<codiceStruttura>?</codiceStruttura>	0..1
<ruolo>?</ruolo>	1..1
</utente>	
<identificativoApplicativoRichiedente>? </identificativoApplicativoRichiedente>	0..1
<fornitoreApplicativoRichiedente>? </fornitoreApplicativoRichiedente>	0..1
<versioneApplicativoRichiedente>? </versioneApplicativoRichiedente>	0..1
</fses:richiesta>	
<fses:paziente>	1..1
<idAura>?</idAura>	1..1
<idAula>?</idAula>	0..1
<idLocale>?</idLocale>	0..1
<codiceFiscale>?</codiceFiscale>	1..1
<cognome>?</cognome>	1..1
<nome>?</nome>	1..1
<comuneDiNascita>?</comuneDiNascita>	1..1
<statoDiNascita>?</statoDiNascita>	1..1
<dataDiNascita>?</dataDiNascita>	1..1
<sesso>?</sesso>	1..1
<IdentificativoGenitoreTutore>? </IdentificativoGenitoreTutore>	0..1
</fses:paziente>	
<fses:episodio>	1..1
<tipoAzione>?</tipoAzione>	1..1
<idEpisodio>?</idEpisodio>	1..1
<tipoEpisodio>?</tipoEpisodio>	1..1

<codiceLuogoAccettazione>? </codiceLuogoAccettazione>	0..1
<codiceLuogoDimissione>? </codiceLuogoDimissione>	0..1
<dataInizio>?</dataInizio>	0..1
<dataFine>?</dataFine>	0..1
<numeroNosologico>?</numeroNosologico>	0..1
<numeroPassaggioPS>?</numeroPassaggioPS>	0..1
<idEpisodioOriginanteRichiesta>? </idEpisodioOriginanteRichiesta>	0..1
<tipoEpisodioOriginanteRichiesta>? </tipoEpisodioOriginanteRichiesta>	0..1
<codiceLuogoCP>?<CodiceLuogoCP >	0..1
<recuperoPregresso>?<recuperoPregresso>	0..1
</fses:episodio>	
<fses:documento>	0..1
<tipoAzione>?</tipoAzione>	0..1
<idDocumento>?</idDocumento>	1..1
<identificativoRepository>? </identificativoRepository>	0..1
<idDocumentoParent>? </idDocumentoParent>	0..1
<firmatoDigitalmente>?</firmatoDigitalmente>	0..1
<tipoFirma>?<tipoFirma>	0..1
<dataOraFirmaDocumento>? </dataOraFirmaDocumento>	0..1
<tipologiaDocumentoAlto>? </tipologiaDocumentoAlto>	0..1
<tipologiaDocumentoMedio>? </tipologiaDocumentoMedio>	0..1
<mimeType>?</mimeType>	0..1
<hashDoc>?</hashDoc>	0..1
<sizeDoc>?</sizeDoc>	0..1
<prestazione>	0..N
<codiceBrancaRegionale>? </codiceBrancaRegionale>	1..1
<codiceCatalogoRegionalePrestazione>? </codiceCatalogoRegionalePrestazione>	1..1
<dataOra>?</dataOra>	0..1
<quantita>?</quantita>	0..1
</prestazione>	
<mediciRedattori>	0..N
<codiceFiscale>?</codiceFiscale>	1..1
<cognome>?</cognome>	0..1
<nome>?</nome>	0..1
<ruolo>?<ruolo>	0..1

</mediciRedattori>	
<mediciValidatori>	0..N
<codiceFiscale>?</codiceFiscale>	1..1
<cognome>?</cognome>	0..1
<nome>?</nome>	0..1
<ruolo>?<ruolo>	0..1
</mediciValidatori>	
<privacyDocumento>?</privacyDocumento>	0..1
<soggettoALeggiSpeciali>? </soggettoALeggiSpeciali>	0..1
<oscuraScaricoCittadino>? </oscuraScaricoCittadino>	0..1
<scaricabileDalCittadino>? </scaricabileDalCittadino>	0..1
<codicePIN>?</codicePIN>	0..1
<codiceDocumentoScaricabile>? </codiceDocumentoScaricabile>	0..1
<dataDisponibilitaReferto>? </dataDisponibilitaReferto>	0..1
<scaricabileSenzaTicket>? </scaricabileSenzaTicket>	0..1
<pagatoTicket>?</pagatoTicket>	0..1
<importoTicketDaPagare>? </importoTicketDaPagare>	0..1
<importoTicketPagato>? </importoTicketPagato>	0..1
<accessionNumber>?</accessionNumber>	0..N
<conservazioneSostitutiva>? </conservazioneSostitutiva>	0..1
<tipologiaStrutturaProdDoc>? </tipologiaStrutturaProdDoc>	0..1
<assettoOrganizzativo>? </assettoOrganizzativo>	0..1
<tipoAttivitaClinica>?</tipoAttivitaClinica>	0..1
<NRE>?</NRE>	0..N
<documento>?</documento>	0..1
<documentoNonFirmato>?</documentoNonFirmato>	0..1
<regime>?</regime>	0..1
<oscuramentoGenitore>?</oscuramentoGenitore>	0..1
<eventCode>?</eventCode>	0..N
<modalitaDimissione>?</modalitaDimissione >	0..1
</fses:documento>	
</fses:request>	
</fses:registraEpisodio3>	
</soap:Body>	
</soap:Envelope>	

5.1.1.2 Descrizione Tag del messaggio di "request"

Di seguito sono descritti i tag che costituiscono la parte variabile del messaggio, ovvero quelli presenti all'interno del tag "request".

richiesta

Descrizione	Struttura dati contenente le informazioni di contesto relative al messaggio (ovvero alla richiesta) inviato al FSE/ROL.
Obbligatorio	SI
Note	

codiceApplicativo (richiesta)

Descrizione	Codice dell'applicativo inviante il messaggio.
Obbligatorio	SI
Note	Il codice deve identificare univocamente l'applicativo all'interno dell'Azienda inviante

dataOra (richiesta)

Descrizione	Timestamp della data e ora di invio del messaggio.
Obbligatorio	SI
Note	

idRichiesta (richiesta)

Descrizione	Identificativo univoco del messaggio.
Obbligatorio	SI
Note	Identificativo generato dall'applicativo inviante.

codiceAzienda (richiesta)

Descrizione	Codice ISTAT per le Aziende Sanitarie pubbliche Codice Azienda titolare assegnato dall'ASL Territoriale nell'appliativo ARPE per le Aziende private
Obbligatorio	SI
Note	

utente (Richiesta)

Descrizione	Struttura dati che contiene i dati dell'utente che trasmette le informazioni
Obbligatorio	SI
Note	

identificativo (Richiesta.Utente)

Descrizione	Codice fiscale dell'utente che fa richiesta del servizio di interoperabilità
Obbligatorio	SI
Note	Il codice fiscale deve essere valido

codiceMatricola (Richiesta.Utente)

Descrizione	Codice che identifica la matricola dell'Unità Produttiva o dell'unità Multi-Specialistica (secondo la codifica assegnata dal progetto ARPE) che identifica la struttura dell'utente che effettua la richiesta
Obbligatorio	Obbligatorio se non valorizzato il tag codiceStrutturaUtente
Note	Deve essere valorizzato in alternativa al tag codiceStrutturaUtente.

codiceStruttura (Richiesta.Utente)

Descrizione	Codice della struttura di appartenenza dell'utente che effettua la richiesta
Obbligatorio	Obbligatorio se non valorizzato il tag codiceMatricola
Note	Deve essere valorizzato in alternativa al tag codiceMatricola. E' determinato dalla concatenazione Codice Azienda,Codice struttura,subcodice struttura (se esiste). Ad esempio: 30101000700

ruolo (Richiesta.Utente)

Descrizione	Rappresenta il ruolo dell'utente che effettua la richiesta.
Obbligatorio	SI
Note	Deve contenere un valore tra quelli previsti nella tabella 4.1-1 dell'Affinity Domain Italia versione 2.4.1, abilitati ad effettuare la comunicazione e la cancellazione dei metadati.

Tabella 5.4-1 : Ruoli

Codice	Descrizione	Mappatura con ruoli del DPCM sul FSE
AAS	Personale di assistenza ad alta specializzazione	Medico / Dirigente sanitario
APR	Medico Medicina Generale Pediatra di Libera Scelta	Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta
PSS	Professionista del sociale	Professionista del sociale
INF	Personale infermieristico	Infermiere o altro Professionista Sanitario
OAM	Operatore amministrativo	Operatore Amministrativo
DRS	Dirigente sanitario	Medico / Dirigente sanitario
RSA	Medico RSA	Medico RSA
MRP	Medico Rete di Patologia	Medico Rete di Patologia

identificativoApplicativoRichiedente (richiesta)

Descrizione	Identificativo dell'applicativo secondo le modalità previste da INI a partire dal framework 2.4.1
Obbligatorio	SI (inizialmente verrà fornito un avviso non bloccante, successivamente il dato diventerà obbligatorio in coerenza con le indicazioni nazionali)
Note	

fornitoreApplicativoRichiedente (richiesta)

Descrizione	Indica il fornitore dell'applicativo secondo le modalità previste da INI a partire dal framework 2.4.1
Obbligatorio	SI (inizialmente verrà fornito un avviso non bloccante, successivamente il dato diventerà obbligatorio in coerenza con le indicazioni nazionali)
Note	

versioneApplicativoRichiedente (richiesta)

Descrizione	Indica la versione dell'applicativo secondo le modalità previste da INI a partire dal framework 2.4.1
Obbligatorio	SI (inizialmente verrà fornito un avviso non bloccante, successivamente il dato diventerà obbligatorio in coerenza con le indicazioni nazionali)
Note	

NOTA. **L'identificativo del fornitore, dell'applicazione e la versione da inviare devono essere quelle comunicate in fase di accreditamento con il Gateway (riferimento https://github.com/ministero-salute/it-fse-accreditati).**

paziente

Descrizione	Struttura dati contenente le informazioni riguardanti il paziente trattato nel messaggio.
Obbligatorio	SI
Note	

idAura (paziente)

Descrizione	Identificativo univoco del paziente all'interno dell'Archivio Unico Regionale Assistiti (AURA) della Regione Piemonte.
Obbligatorio	SI
Note	Valorizzare con "-1" quando non disponibile o per pazienti con assistenza fuori regione.

idAula (paziente)

Descrizione	Identificativo univoco del paziente all'interno dell'anagrafica unica dell'azienda sanitaria trattata, chiamata anche "Archivio Unico Locale Assistiti" (AULA).
Obbligatorio	NO
Note	

idLocale (paziente)

Descrizione	Identificativo univoco del paziente all'interno della CL
Obbligatorio	NO
Note	Definito per l'eventuale esecuzione di test più approfonditi in merito all'integrazione tra l'azienda sanitaria e il FSE/ROL; test che in caso saranno condotti dal personale CSI.

codiceFiscale (paziente)

Descrizione	Codice fiscale del paziente.
Obbligatorio	SI
Note	

cognome (paziente)

Descrizione	Cognome del paziente.
Obbligatorio	SI
Note	

nome (paziente)

Descrizione	Nome del paziente.
Obbligatorio	SI
Note	

comuneDiNascita (paziente)

Descrizione	Codice ISTAT (6 cifre) del luogo di nascita del paziente.
Obbligatorio	SI

Note	Se il paziente è nato all'estero "comuneDiNascita" dovrà essere valorizzato con "999" + "statoDiNascita".

statoDiNascita (paziente)

Descrizione	Codice ISTAT (3 cifre) dello stato di nascita del paziente.
Obbligatorio	SI
Note	

dataDiNascita (paziente)

Descrizione	Timestamp della data di nascita del paziente.
Obbligatorio	SI
Note	

sesso (paziente)

Descrizione	Sesso del paziente.
Obbligatorio	SI
Note	Valori ammessi: • "M" → Maschile; • "F" → Femminile.

IdentificativoGenitoreTutore (paziente)

Descrizione	Contiene il codice fiscale del genitore/tutore che ha richiesto l'operazione per un paziente minorenne o tutelato
Obbligatorio	NO
Note	Nel caso in cui il richiedente coincide con l'assistito può non essere valorizzato

episodio

Descrizione	Struttura dati contenente le informazioni riguardanti l'episodio trattato nel messaggio.
Obbligatorio	SI
Note	

tipoAzione (episodio)

Descrizione	E' il tipo di azione che l'applicativo inviante richiede al Fascicolo sui dati dell'episodio trattato.
Obbligatorio	SI
Note	Valori ammessi: • "INSERIMENTO" → va utilizzato quando si vuole inserire un episodio sull' FSE; • "AGGIORNAMENTO" → va utilizzato quando si vuole aggiornare i dati di un episodio già presente sull' FSE; • "ANNULLAMENTO" → va utilizzato quando si vuole annullare un episodio già presente sull' FSE; • "REGISTRA_INFO_SCARICO_REFERTO" → va utilizzato quando si vuole aggiornare solo alcune informazioni relative al documento di un episodio già presente sull' FSE (vedi tag "documento.tipoAzione"); • "RINVIO" → va utilizzato quando si vuole aggiornare i dati di un episodio già presente sull' FSE (ha lo stesso comportamento di "AGGIORNAMENTO") e allo stesso tempo tenere traccia del fatto che si tratta di un rinvio.

idEpisodio (episodio)

Descrizione	Identificativo univoco dell'episodio.
Obbligatorio	SI

Note	E' fornito dal sistema inviante e deve essere univoco per lo stesso sistema e il paziente. In altre parole lo stesso identificativo potrebbe essere utilizzato per due pazienti differenti all'interno del dipartimentale in questione.

tipoEpisodio (episodio)

Descrizione	Indica il tipo dell'episodio: ambulatoriale, di ricovero o di pronto soccorso.
Obbligatorio	SI
Note	Valori ammessi: • "O" → episodio ambulatoriale; può essere assegnato anche per richieste di esami diagnostici effettuati durante un ricovero o un passaggio in pronto soccorso; • "I" → episodio di ricovero; comprende i ricoveri ordinari (RO), i day hospital (DH) e i day surgery (DS); • "E" → episodio di pronto soccorso.

codiceLuogoAccettazione (episodio)

Descrizione	Codice che identifica l'Unità Produttiva o la Multispecialistica nella quale il paziente è stato accettato.
Obbligatorio	SI
Note	La codifica che va adottata è quella ARPE, ovvero dell'Anagrafe Punti di Erogazione della Regione Piemonte.

codiceLuogoDimissione (episodio)

Descrizione	Codice che identifica l'Unità Produttiva o la Multispecialistica nella quale il paziente è stato dimesso.
Obbligatorio	SI se il tag "dataFine" è valorizzato. NO in tutti gli altri casi.
Note	La codifica che va adottata è quella ARPE, ovvero dell'Anagrafe Punti di Erogazione della Regione Piemonte.

dataInizio (episodio)

Descrizione	Timestamp contenente la data e ora dell'accettazione.
Obbligatorio	Deve essere valorizzato in fase di invio o variazione di un episodio. Non valorizzare in caso di annullamento.
Note	

dataFine (episodio)

Descrizione	Timestamp contenente la data e ora della dimissione.
Obbligatorio	SI se è valorizzato il tag "codiceLuogoDimissione" NO altrimenti.
Note	La 'data fine episodio' deve essere valorizzata ogni volta che l'episodio risulta concluso poiché tale valore condiziona la visibilità dei referti inviati. L'assenza della 'data fine dell'episodio' determina la manca restituzione ai cittadini e ai medici dei metadati e del documento associato all'episodio in oggetto. Al momento, per limitare i disagi nella consultazione dei documenti, il vincolo sulla restituzione dei dati privi di 'data fine episodio' è rimasto per i documenti associati ad un episodio di ricovero . I documenti associati ad un episodio di PS privi di data fine saranno visualizzati trascorsi tre giorni dalla data di inizio, mentre i documenti associati ad altri tipi di episodio che non siano episodio di ricovero o di PS sono mostrati anche se privi della 'data_fine episodio'.

numeroNosologico (episodio)

Descrizione	Numero nosologico (numero SDO) del ricovero in questione.
Obbligatorio	SI se l'episodio trattato è legato in qualche modo ad un ricovero, ovvero se uno tra i tag

	"tipoEpisodio" e "tipoEpisodioOriginanteRichiesta" è pari a"I".
Note	

numeroPassaggioPS (episodio)

Descrizione	Numero del passaggio di pronto soccorso.
Obbligatorio	SI se l'episodio trattato è legato in qualche modo ad un passaggio in PS, ovvero se uno tra i tag "tipoEpisodio" e "tipoEpisodioOriginanteRichiesta" è pari a"E".
Note	

idEpisodioOriginanteRichiesta (episodio)

Descrizione	Identificativo che permette di associare in modo univoco l'episodio in questione con quello che ha originato la richiesta che può corrispondere al Numero Nosologico del ricovero o al Numero di Passaggio PS.
Obbligatorio	SI se anche il tag "tipoEpisodioOriginanteRichiesta" è valorizzato, NO altrimenti.
Note	Può essere valorizzato se si sta inviando un episodio ambulatoriale che è avvenuto nell'ambito di un episodio di ricovero o di pronto soccorso. A seconda del tipo di episodio originante/richiedente può contenere: • il numero nosologico del ricovero; • il numero di passaggio di pronto soccorso.

tipoEpisodioOriginanteRichiesta (episodio)

Descrizione	Indica il tipo dell'episodio che ha originato/richiesto l'episodio in questione e può essere relativo ad un ricovero o ad un passaggio in pronto soccorso.
Obbligatorio	SI se anche il tag "idEpisodioOriginanteRichiesta" è valorizzato, NO altrimenti.
Note	Valori ammessi: • "I" → episodio di ricovero; comprende i ricoveri ordinari (RO), i day hospital (DH) e i day surgery (DS); • "E" → episodio di pronto soccorso.

Nota:
La valorizzazione dei campi idEpisodioOriginanteRichiesta e tipoEpisodioOriginanteRichiesta permette di far confluire nello stesso episodio di ricovero o di passaggio di PS i referti relativi a prestazioni ambulatoriali che vengono trasmessi con un valore di idEpisodio diverso da quello del ricovero/passaggio di PS e con un valore di tipo_episodio 'uguale a O'. Nel caso in cui i referti vengano inviati con lo stesso valore di episodio del ricovero o del passaggio di PS, la loro riconduzione all'episodio è automatica e quindi non devono essere valorizzati i campi idEpisodioOriginanteRichiesta e tipoEpisodioOriginanteRichiesta.

codiceLuogoCP (episodio)

Descrizione	Codice che identifica la matricola dell'Unità Produttiva o dell'unità Multi-Specialistica (secondo la codifica assegnata dal progetto ARPE) che identifica il centro prelievi.
Obbligatorio	NO
Note	Da valorizzare in caso di esami effettuati dal laboratorio di analisi

recuperoPregresso (episodio)

Descrizione	Indica se i dati dell'episodio e del documento inviati dall'Azienda fanno riferimento ad una richiesta di recupero del pregresso da parte del cittadino attraverso il Fascicolo del Piemonte.
Obbligatorio	NO
Note	"S" → I dati inviati fanno riferimento ad una richiesta di recupero del pregresso "N" → I dati inviati non fanno riferimento al recupero pregresso; sono nuove informazioni e documenti Se non valorizzato, il tag per default, viene interpretato come "N"

documento

Descrizione	Struttura dati contenente le informazioni riguardanti il documento.
Obbligatorio	NO
Note	

tipoAzione (documento)

Descrizione	E' il tipo di azione che l'applicativo inviante richiede al FSE/ROL sui dati del documento trattato.
Obbligatorio	SI
Note	Valori ammessi: • "INSERIMENTO" → va utilizzato quando si vuole inserire il documento (non un addendum) e i suoi dati strutturati sul FSE/ROL; • "AGGIORNAMENTO" → va utilizzato quando si vuole sostituire un documento (sia esso principale o addendum) già presente sul FSE/ROL e/o aggiornare i dati strutturati ad esso legati; • "ANNULLAMENTO" → va utilizzato quando si vuole annullare un documento (sia esso principale o addendum) già presente sul FSE/ROL; • "REGISTRA_INFO_SCARICO_REFERTO" → va utilizzato quando si vuole aggiornare solo le seguenti informazioni strutturate legate ad un documento già presente sul FSE/ROL (tutte le altre informazioni vengono ignorate): o "pagatoTicket"; o "importoTicketPagato"; o "importoTicketDaPagare"; o "soggettoALeggiSpeciali"; o "oscuraScaricoCittadino"; • "RINVIO" → va utilizzato quando si vuole aggiornare i dati di un documento già presente sul FSE/ROL (ha lo stesso comportamento di "AGGIORNAMENTO") e allo stesso tempo tenere traccia del fatto che si tratta di un rinvio. • "ADDENDUM" → va utilizzato per inviare un addendum ad un documento già trasmesso. In questo caso IdDocumento deve essere valorizzato con l'identificativo dell'addendum e IdDocumentoParent con l'identificativo del documento al quale si riferisce l'addendum Inoltre, questo dato dovrà essere coerente con quanto specificato nell'omonimo tag relativo all'episodio ("episodio.tipoAzione"). NOTE GENERALI SULLE OPERAZIONI TRA I DOCUMENTI 1) L'invio di un documento principale deve essere effettuato specificando: • il tag tipoAzione con "INSERIMENTO", • il tag IdDocumentoParent=vuoto • il tag IdDocumento con il nuovo identificativo del documento principale • gli altri dati del documento 2) Ogni documento principale (o parent) può avere da 0 a N documenti in Addendum 3) L'invio di un documento Addendum di un documento principale deve essere effettuato specificando: • il tag tipoAzione con "ADDENDUM", • il tag IdDocumentoParent con l'identificativo del documento principale a cui si riferisce l'addendum • il tag IdDocumento con l'identificativo documento in addendum • gli altri del documento

	4) E' possibile inviare la sostituzione di un documento principale specificando: • il tag tipoAzione con "AGGIORNAMENTO", • il tag IdDocumentoParent con l'identificativo del documento principale che deve essere aggiornato • il tag IdDocumento con il nuovo identificativo documento che aggiorna il documento precedente • gli altri dati del documento 5) E' possibile inviare la sostituzione di un documento addendum specificando: • il tag tipoAzione con "AGGIORNAMENTO", • il tag IdDocumentoParent con l'identificativo del documento parent a cui si riferisce l'addendum • il tag IdDocumento con il nuovo identificativo documento addendum • gli altri dati del documento 6) E' possibile inviare la modifica dei metadati di un documento principale o di un addendum senza modificare il documento specificando: • il tag tipoAzione con "AGGIORNAMENTO", • il tag IdDocumento con identificativo documento principale o addendum • i metadati del documento 7) E' possibile annullare un documento principale che non ha addendum specificando: • il tag tipoAzione con "ANNULLAMENTO", • il tag IdDocumento con l'indentificativo del documento principale da annullare 8) E' possibile annullare un documento addendum specificando: • il tag tipoAzione con "ANNULLAMENTO", • il tag IdDocumento con l'indentificativo del documento addendum da annullare 9) Non è possibile annullare un documento principale se questo ha dei documenti addendum legati ad esso. In questo caso sarà necessario inviare l'annullamento dei documenti in addendum e poi inviare l'annullamento del documento principale. 10) Un documento che è un Addendum non può avere a sua volta dei documenti in addendum

idDocumento (documento)

Descrizione	Identificativo univoco del documento. Questo dato deve essere univoco all'interno dell'Azienda. L'identificativo rappresenta: • Un nuovo documento che viene inviato • Un nuovo documento come addendum di un documento parent esistente, che viene inviato
Obbligatorio	SI
Note	Al fine di adeguarsi al modello di interoperabilità nazionale, il dato deve essere codificato con un OID univoco all'interno Azienda secondo il formato 2.16.840.1.113883.2.9.2.10.4.4.X, dove: • 2.16.840.1.113883.2.9.2.10.4.4. è il ramo degli OID HL7 Italia per gli identificativi dei documenti della Regione Piemonte (31 caratteri compresi i punti) • X rappresenta uno specifico documento della Regione Piemonte, composto da 33 caratteri secondo il formato TTAAAN...N dove: o TT = è il codice tipo struttura, da valorizzare con:

	"10" per strutture pubbliche, "11" per strutture private equiparate "12" per le altre strutture private o AAA = identificativo azienda per le aziende pubbliche oppure il codice assegnato dalla ASL sul progetto ARPE per le aziende private o N...N = numero univoco all'interno dell'azienda, con un massimo di 28 caratteri numerici Nel caso di invio a fronte di un RECUPERO PREGRESSO (campo recuperoPregresso=S) in questo campo occorre inserire: 1. OID del documento (come su indicato) nel caso il documento che si sta inviando, a seguito del recupero pregresso, è stato generato da subito per il fascicolo con la codifica OID e non con altre codifiche (ovvero quelle utilizzate con la versione del connettore antecedente l'integrazione con INI) 2. OID del documento + $ + codice documento originario nel caso il documento che si sta inviando, a seguito del recupero del pregresso, è stato inizialmente generato per il fascicolo con un'altra codifica (ovvero quelle utilizzate con la versione del connettore antecedente l'integrazione con INI) Esempio 1: idDocumento valorizzato con 2.16.840.1.113883.2.9.2.10.4.4.103010000000012345 per un documento che è stato associato da sempre all'OID Esempio 2: idDocumento valorizzato con 2.16.840.1.113883.2.9.2.10.4.4.1030100000006789$ABC123XY per un documento che inizialmente era stato codificato per il fascicolo con il codice ABC123XY

identificativoRepository (documento)

Descrizione	Contiene l'identificativo del repository che custodisce il documento.
Obbligatorio	Deve essere valorizzato per le Aziende dotate di repository che aderiscono al nuovo modello di integrazione che prevede: • di non inviare il documento al Fascicolo della Regione Piemonte • di inviare l'identificativo del repository al Fascicolo della Regione Piemonte Non deve essere valorizzato nei seguenti casi: • l'azienda invia il documento al Fascicolo della Regione Piemonte, oppure • l'azienda non invia il documento al Fascicolo della Regione Piemonte e aderisce al vecchio modello di integrazione
Note	L'identificativo del repository del documento inviato deve avere il seguente formato: 2.16.840.1.113883.2.9.2.10.4.5.X dove • 2.16.840.1.113883.2.9.2.10.4.5 indica il ramo degli OID HL7 Italia per gli identificativi dei repository della Regione Piemonte (31 caratteri compresi i punti) • X indica uno specifico repository dell'Azienda ed è costituito da un codice nel formato TTAAARRRRRRRR, dove: o TT = codice tipo struttura, da valorizzare con "10" per strutture pubbliche "11" per strutture private equiparate "12" per le altre strutture private

	○ AAA= identificativo Azienda per le aziende pubbliche oppure il codice Azienda titolare assegnato dalla ASL di competenza sul progetto ARPE per le Aziende private ○ RRRRRRRR = identificativo del repository (al massimo 8 caratteri numerici)

idDocumentoParent (documento)

Descrizione	Identificativo univoco del documento presente nel FSE/ROL che si intende sostituire con quello presente nel messaggio e identificato dal tag "idDocumento", nel caso di sostituzione di un documento. Identificativo univoco del documento padre presente nel FSE/ROL a cui si intende aggiungere un documento in addendum identificato dal tag "idDocumento", nel caso di addendum di un documento. Tale tag sostituisce ed estende il tag idDocumentoPrecedente presente nel metodo registraEpisodio2.
Obbligatorio	NO
Note	Questo dato deve essere codificato, secondo la codifica OID, come descritto per il tag idDocumento, se il documento che si intende sostituire o modificare è stato comunicato mediante il nuovo connettore, altrimenti sarà codificato nel formato previsto dalle specifiche del presente documento versione precedente per il metodo registraEpisodio2. Nel caso in cui il documento da sostituire o modificare è codificato nel formato OID, non è possibile effettuare la comunicazione di un documento in modifica, annullamento o addendum con identificativo nel vecchio formato.

firmatoDigitalmente (documento)

Descrizione	Indica se il documento è o meno firmato digitalmente.
Obbligatorio	Deve essere valorizzato in fase di invio o variazione di un documento. Non valorizzare in caso di annullamento.
Note	Valori ammessi: • "true" → documento firmato digitalmente; • "false" → documento non firmato digitalmente.

tipoFirma (documento)

Descrizione	Indica come è stato firmato il documento
Obbligatorio	Deve essere valorizzato in fase di invio o variazione di un documento, se il documento è firmato digitalmente. Non valorizzare in caso di annullamento.
Note	Valori ammessi: • <non valorizzato> → documento non firmato digitalmente • C → firma CADES • PB → firma PADES-BES Il tipo di firma concorre a determinare se il documento è inter-operabile ovvero può essere reso disponibile sull'infrastruttura nazionale. E' quindi necessario indicare il tipo di firma corretto.

dataOraFirmaDocumento (documento)

Descrizione	Timestamp contenente la data e ora della firma nel caso di documento firmato o la data e ora della validazione nel caso di documento non firmato.
Obbligatorio	Deve essere valorizzato in fase di invio o variazione di un documento. Non valorizzare in caso di annullamento.
Note	

tipologiaDocumentoAlto (Documento)

Descrizione	Insieme alla TipologiaDocumentoMedio individua la tipologia del documento trasmesso, e deve rispettare le codifiche previste nel documento dell'Affinity Domain Italia.

Obbligatorio	Deve essere valorizzato in fase di invio o variazione di un documento. In fase di annullamento può essere non valorizzato.
Note	In fase di alimentazione del fascicolo ai fini dell'interoperabilità INI, sono consentiti solo i valori - REF: Referto - LDO: Lettera di Dimissione Ospedaliera - SUM: Summary - TAC: Taccuino - PRS: Prescrizione - ESE: Esenzione - RIC: Richiesta -PDC: Piano di cura -VAC: Vaccino -CER: Certificati per DGB -VRB:Verbale Questo tag dovrà essere valorizzato in coerenza con i valori riportati nel tag TipologiaDocumentoMedio.
Note	Sono ammessi alcuni valori riportati nella tabella 2.3-1 del documento di Affinity Domain Italia estesa per la codifica di alcune tipologie di documenti ad uso regionale e non rientranti nell'inter-operabilità nazionale.

tipologiaDocumentoMedio (Documento)

Descrizione	Insieme alla TipologiaDocumentoAlto individua la tipologia del documento trasmesso, e deve rispettare le codifiche previste nel documento dell'Affinity Domain Italia. Tale tag sostituisce ed estende il tag tipoDocumentoFSE presente nel metodo registraEpisodio2.
Obbligatorio	Deve essere valorizzato in fase di invio o variazione di un documento. In fase di annullamento può essere non valorizzato.
Note	Sono ammessi alcuni valori riportati nella tabella 2.19-1 del documento di Affinity Domain Italia estesa per la codifica di alcune tipologie di documenti ad uso regionale e non rientranti nell'inter-operabilità nazionale.

Tab 2.19-1: tipologia di documento

Nel tag va indicato il valore del campo codice

Codice	**Descrizione**	**Valore utilizzato per alimentare il tag tipoDocumentoFSE (deprecato)**
11502-2	Referto di Laboratorio	REFERTO_LIS: Referto di laboratorio di analisi
34105-7	Lettera di dimissione ospedaliera	LET_DIMISSIONE: Lettera di dimissione
59258-4	Verbale di pronto soccorso	DEA_VERBALE: Verbale di pronto soccorso
68604-8	Referto radiologico	REFERTO_RIS: Referto di radiologia
11526-1	Referto di anatomia patologica	REFERTO_AP: Referto di anatomia patologica
11488-4	Referto specialistico	REFERTO: Referto
REG-80755-2	PT delle malattie renali croniche e insufficienza renale	
REG-80774-3	PT delle malattie reumatiche croniche	
REG-80744-6	PT delle malattie intestinali croniche	
REG-77442-2	PT delle malattie cardiovascolari croniche	
REG-80761-0	PT delle malattie neurodegenerative	
REG-80796-6	PT delle malattie respiratorie croniche	
REG-80772-7	PT dell'insufficienza respiratoria in età evolutiva	
REG-68782-2	PT dell'asma in età evolutiva	

REG-68894-5	PT delle malattie endocrine in età evolutiva	
REG-68867-1	PT delle malattie renali croniche in età evolutiva	
REG-18776-5	PT (altro)	
REG-87273-9	Scheda Vaccinale	
REG-82593-5	Certificato Vaccinale	
60591-5	Patient Summary	
REG-81334-5	Piano di cura personalizzato	
68814-3	BILANCIO DI SALUTE	
97499-8	CERTIFICATO DI GUARIGIONE DA Covid-19	
55750-4	RESOCONTO SICUREZZA DEL PAZIENTE	
103140-0	DOCUMENTO INSERITO DAL CITTADINO	
102033-8	DOCUMENTO PROVENIENTE DA RETI DI PATOLOGIA	
103144-2	MEDICAL EQUIPMENT DISPENSED	
103146-7	SPECIALIST CARE DISPENSED BRIEF	
103147-5	SPECIALIST CARE DISPENSED EXTENDED	
101136-0	LETTERA DI FINE TRATTAMENTO	
101134-5	PROMEMORIA DI APPUNTAMENTO	
101133-7	CONSENSO ALLA DONAZIONE	
100971-1	CARTELLA CLINICA	

NOTA sulle tipologie dei documenti
Rispetto ai valori pregressi utilizzati nel tag tipoDocumentoFSE non è più previsto l'invio delle tipologie e dei rispettivi documenti relativi a:

- SDO: SDO
- ANAMNESI: Anamnesi
- DEA_TRIAGE: Triage del pronto soccorso
- REFERTO_CICLO
- ATTO_OPERATORIO

La tabella che segue indica la relazione tra i valori da riportare nei tag tipologiaDocumentoAlto e tipologiaDocumentoMedio:

Codice tipologiaDocumentoAlto	**Descrizione tipo documento alto**	**Codice tipologiaDocumentoMedio**	**Descrizione tipo documento medio**
REF	Referto	11502-2	Referto di Laboratorio
LDO	Lettera di dimissione ospedaliera	34105-7	Lettera di dimissione ospedaliera
VRB	Verbale di pronto soccorso	59258-4	Verbale di pronto soccorso
REF	Referto	68604-8	Referto di radiologia
REF	Referto	11526-1	Referto di anatomia patologica

REF	Referto	11488-4	Referto specialistico
RIC	Richiesta	REG-80755-2	PT delle malattie renali croniche e insufficienza renale
RIC	Richiesta	REG-80774-3	PT delle malattie reumatiche croniche
RIC	Richiesta	REG-80744-6	PT delle malattie intestinali croniche
RIC	Richiesta	REG-77442-2	PT delle malattie cardiovascolari croniche
RIC	Richiesta	REG-80761-0	PT delle malattie neurodegenerative
RIC	Richiesta	REG-80796-6	PT delle malattie respiratorie croniche
RIC	Richiesta	REG-80772-7	PT dell'insufficienza respiratoria in età evolutiva
RIC	Richiesta	REG-68782-2	PT dell'asma in età evolutiva
RIC	Richiesta	REG-68894-5	PT delle malattie endocrine in età evolutiva
RIC	Richiesta	REG-68867-1	PT delle malattie renali croniche in età evolutiva
RIC	Richiesta	REG-18776-5	PT (altro)
REF	Referto	REG-87273-9	Scheda Vaccinale
SUM	Summary	REG-82593-5	Certificato Vaccinale
SUM	Summary	60591-5	Patient Summary
SUM	Summary	REG-59283-2	Bilancio di salute
SUM	Summary	REG-81334-5	Piano di cura personalizzato

mimeType (documento)

Descrizione	Indica il formato del documento secondo una codifica della Regione Piemonte.
Obbligatorio	Deve essere valorizzato in fase di invio o variazione di un documento. Non valorizzare in caso di annullamento
Note	La Regione Piemonte ha stabilito che i documenti prodotti dalle aziende sanitarie saranno solo del tipo PDF con CDA iniettato, per cui deve essere possibile identificare se il documento è nel formato PDF con CDA iniettato oppure solo PDF (per i documenti che non sono interoperabili). Pertanto sono ammesse le seguenti ulteriori codifiche: • application_pdf_cda: se il documento è un pdf con CDA iniettato • application_pdf: se il documento è un pdf

hashDoc (Documento)

Descrizione	Deve essere valorizzato con l'hash del contenuto del documento.
Obbligatorio	Deve essere valorizzato in fase di invio o variazione di un documento. Non valorizzare in caso di annullamento
Note	Le regole di produzione dell'hash sono descritte nelle specifiche ministeriali del Framework [FRAMWORK]. Il tag HashDoc può essere valorizzato con una stringa di lunghezza massima di 256 caratteri.

sizeDoc (Documento)

Descrizione	Deve essere valorizzato con la dimensione del documento espressa in byte.
Obbligatorio	Deve essere valorizzato in fase di invio o variazione di un documento. Non valorizzare in caso di annullamento

Note	Il tag SizeDoc può essere valorizzato con una stringa di lunghezza massima di 256 caratteri.

prestazione (documento)

Descrizione	Struttura dati contenente le informazioni relative ad una prestazione specialistica
Obbligatorio	NO
Note	Qualora si stia inviando un aggiornamento dati del documento, bisogna tenere presente che le prestazioni inviate sostituiscono in toto quelle presenti nel FSE/ROL (sempre legate al documento in questione). Quindi, ad ogni aggiornamento del documento le prestazioni rimaste invariate dovranno essere comunque inviate, in caso contrario verranno eliminate dal FSE/ROL.

codiceBrancaRegionale (documento.prestazioni)

Descrizione	Codice che identifica la branca regionale alla quale la prestazione fa riferimento.
Obbligatorio	SI se è presente la sezione Prestazioni.
Note	La codifica che va adottata è quella regionale.

codiceCatalogoRegionalePrestazione (documento.prestazioni)

Descrizione	Codice che identifica la prestazione nella Regione Piemonte secondo il sistema di codifica del catalogo regionale delle prestazioni della Regione Piemonte
Obbligatorio	SI se è presente la sezione Prestazioni.
Note	

dataOra (documento.prestazioni)

Descrizione	Timestamp contenente la data e ora in cui la prestazione è stata erogata.
Obbligatorio	NO
Note	Qualora la dataOra di erogazione della prestazione non sia valorizzata il Sistema FSE associerà come descrizione della prestazione l'ultima disponibile nel catalogo regionale sulla base del codice della prestazione indicata

quantita (documento.prestazioni) informazione

Descrizione	Indica quante volte è stata erogata la prestazione.
Obbligatorio	NO
Note	

mediciRedattori (documento)

Descrizione	Struttura dati contenente il nominativo di uno degli N medici redattori del documento.
Obbligatorio	Deve essere valorizzato almeno un medico redattore in fase di invio o variazione di un documento.
Note	Qualora vengano indicati più medici validatori, indicare come primo medico quello principale. Nel caso in cui il documento sia firmato e rientra nelle tipologie di documenti soggetti all'interoperabilità con il l'infrastruttura nazionale, il primo medico redattore della lista sarà comunicato all'infrastruttura stessa in qualità di autore del documento.

CodiceFiscale (documento.mediciRedattori)

Descrizione	Identifica il Codice Fiscale del redattore del documento o il numero di Partita IVA della persona giuridica al quale si riferisce l'autore del documento.
Obbligatorio	SI
Note	Il codice fiscale inviato deve essere valido

cognome (documento.mediciRedattori)

Descrizione	Cognome del medico redattore.
Obbligatorio	NO
Note	

nome (documento.mediciRedattori)

Descrizione	Nome del medico redattore.
Obbligatorio	NO
Note	

Ruolo (documento.mediciRedattori)

Descrizione	Contiene la codifica associata al ruolo dell'autore del documento.
Obbligatorio	NO
Note	Sono ammessi i valori previsti dalla tabella 4.1-1 dell'Affinity Domain Italia versione 2.4.1 come riportato per il tag del ruolo utente.

mediciValidatori (documento)

Descrizione	Struttura dati contenente il nominativo di uno degli N medici che hanno: • validato il documento nel caso di documenti non firmati • o firmato il documento nel caso di documenti firmati.
Obbligatorio	NO
Note	Qualora vengano indicati più medici validatori, indicare come primo medico quello principale. Nel caso in cui il documento sia firmato e rientra nelle tipologie di documenti soggetti all'interoperabilità con il l'infrastruttura nazionale, il primo medico validatore della lista sarà comunicato all'infrastruttura stessa in qualità di "legal authenticator".

CodiceFiscale (documento.mediciValidatori)

Descrizione	Identifica il Codice Fiscale del medico validatore del documento o il numero di Partita IVA della persona giuridica al quale si riferisce l'autore del documento.
Obbligatorio	SI
Note	Il codice fiscale inviato deve essere valido

cognome (documento.mediciValidatori)

Descrizione	Cognome del medico validatore/firmatario.
Obbligatorio	NO
Note	

nome (documento.mediciValidatori)

Descrizione	Nome del medico validatore/firmatario.
Obbligatorio	NO
Note	

Ruolo (documento.mediciValidatori)

Descrizione	Contiene la codifica associata al ruolo del medico validatore.
Obbligatorio	NO
Note	Sono ammessi i valori previsti dalla tabella 4.1-1 dell'Affinity Domain Italia versione 2.4.1 come riportato per il tag del ruolo utente.

privacyDocumento (documento)

Descrizione	Il tag privacyDocumento indica se il documento deve essere oscurato ai professionisti sanitari e ai delegati deboli. Tale valore viene impostato su richiesta dell'assistito (o se il documento

	contiene prescrizioni soggette a leggi speciali)
Obbligatorio	NO
Note	Valori ammessi: • "0" → documento non oscurato su indicazione dell'assistito • "1" → documento oscurato su indicazione dell'assistito Per default questa informazione viene valorizzata a "1" quando nulla.
Precisazioni	Il campo privacyDocumento consente all'assistito di oscurare un documento a tutti i professionisti sanitari (escluso i medici che hanno redatto o validato il referto) e ai delegati deboli(*). In questo caso non verranno restituiti neppure i metadati del documento. (*) L'assistito può delegate soggetti terzi alla consultazione del proprio fascicolo. I delegati, contrariamente ai professionisti sanitari, possono accedere al fascicolo sanitario del delegante anche se il consenso alla consultazione è negato. Il delegante può attribuire due tipologie di deleghe indicate come 'delega debole' o 'delega forte'. Se la delega è di grado 'debole', il delegato non vedrà i documenti puntualmente oscurati. Se la delega è di grado 'forte' il delegato vedrà anche i documenti puntualmente oscurati. La delega genitore-minore è sempre di grado 'forte'. I genitori pertanto vedranno anche i documenti oscurati puntualmente (ma non quelli oscurati al genitore).

soggettoALeggiSpeciali (documento)

Descrizione	Indica se il documento contiene dei dati soggetti a Leggi Speciali, ovvero relativi a: • atti di violenza sessuale o di pedofilia; • sieropositività; • uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool; • aborti , interruzioni volontarie di gravidanza, parti richiesti in forma di anonimato; • servizi offerti dai consultori familiari.
Obbligatorio	Deve essere valorizzato in fase di invio o variazione di un documento. Non valorizzare in caso di annullamento
Note	Valori ammessi: • "true" → i dati sono soggetti a Leggi Speciali; • "false" → i dati non sono soggetti a Leggi Speciali.
Precisazioni	Se il tag viene valorizzato con 'true' allora il campo privacy deve essere valorizzato con 1 (ovvero il documento che contiene prestazioni 'soggette a leggi speciali' deve essere inviato come 'oscurato ai professionisti sanitari')

oscuraScaricoCittadino (documento)

Descrizione	Indica se il documento è oscurato all'assistito su richiesta del medico, in quanto le informazioni devono essere comunicate direttamente dal medico al paziente. Quando pari a "S" il documento non può essere scaricato on-line dal paziente nè visualizzato dallo stesso sulla web application del Fascicolo della Regione Piemonte.
Obbligatorio	NO
Note	Valori ammessi: • "S" → documento oscurato al paziente sul FSE. Il documento non sarà disponibile per il Ritiro referti online • "N" → documento non oscurato al paziente. • "M" → documento visibile al paziente a seguito di mediazione, ossia dopo la spiegazione da parte del medico, sul FSE ma non su Ritiro Referti online Per default questa informazione viene valorizzata a "S" quando nulla.
Precisazioni	Il documento oscurato al cittadino diventerà 'visibile' dallo stesso quando un professionista sanitario effettua la 'mediazione' di tale documento (inoltrando così al FSEr l'aggiornamento di tale valore). Se il documento oscurato al cittadino è stato inviato anche come oscurato ai professionisti sanitari (valore privacy documento =1) questo documento non potrà essere visualizzato né dal cittadino né dal professionista sanitario (che dunque non potrà procedere

	con la mediazione dello stesso).

scaricabileDalCittadino (documento)

Descrizione	Indica se il documento può essere scaricato on-line dal paziente.
Obbligatorio	Deve essere valorizzato in fase di invio o variazione di un documento. Non valorizzare in caso di annullamento
Note	Valori ammessi: • "true" → il documento può essere scaricato; • "false" → il documento non può essere scaricato.

codicePIN (documento)

Descrizione	E' il PIN che il paziente dovrà utilizzare per scaricare il proprio documento.
Obbligatorio	SI se "scaricabileDalCittadino" vale "true", entrambi i tag "tipoAzione" (relativi a episodio e documento) sono diversi da "REGISTRA_INFO_SCARICO_REFERTO".
Note	

codiceDocumentoScaricabile (documento)

Descrizione	E' il codice attraverso il quale il documento viene reso disponibile on-line al paziente.
Obbligatorio	NO
Note	Attraverso questo codice il paziente potrà facilmente individuare il PIN da utilizzare per scaricare il documento.

dataDisponibilitaReferto (documento)

Descrizione	E' la data in cui sarà disponibile il referto per lo scarico on-line, in formato Timestamp
Obbligatorio	NO
Note	Se non valorizzato, il sistema si comporterà come se il referto sia immediatamente disponibile

scaricabileSenzaTicket (documento)

Descrizione	DEPRECATO : non valorizzare Indica se il documento può essere scaricato via web dal paziente anche se il ticket non è ancora stato pagato.
Obbligatorio	Deve essere valorizzato in fase di invio o variazione di un documento. Non valorizzare in caso di annullamento
Note	Valori ammessi: • "true" → il documento può essere scaricato; • "false" → il documento non può essere scaricato. Questo dato ha o meno senso a seconda di come è stata concordata la configurazione del parametro "SCARICO_NOTICKET" della CL. Infatti, il tag ha senso se e solo se il parametro della CL vale "N", al contrario, quando pari a "S", lo scarico del referto sarebbe sempre concesso al paziente, a prescindere dal fatto che il ticket fosse o meno pagato (quindi indipendentemente dal valore dei flag "ticketPagato" e "importoTicketDaPagare").

pagatoTicket (documento)

Descrizione	Indica lo stato di pagamento del ticket.
Obbligatorio	NO **ATTENZIONE: l'informazione del pagamento deve essere comunque inviata per tutte le tipologie di documento per rendere possibile lo scarico/visualizzazione del documento sia su ROL che su FSE.**
Note	Valori ammessi: • "S" → ticket pagato; • "N" → ticket non pagato;

	• "E" → ticket non pagato in quanto esente; • "P" → ticket pagamento parziale; • "U" → sconosciuto. • "R" → Rimborso (es. per rottura provetta) • "F" → Free (es. Lettera di dimissione) Per default questa informazione viene valorizzata a "U" quando nulla. Il valore "R" NON DEVE essere inviato - in caso di aggiornamento dei metadati – se in un procedente invio era stato inviato "E" Il valore "F" va indicato per tutti quei documenti che NON sono soggetti a pagamento da parte del cittadino (es Lettera di dimissione) Il tag pagatoTicket2 della precedente versione è stato rinominato in pagatoTicket.

importoTicketDaPagare (documento)

Descrizione	Indica l'importo inteso in euro che deve essere ancora pagato dal paziente. Tale importo può essere nullo, pari a una parte o all'intero costo del ticket, rispettivamente a seconda che il paziente abbia già pagato tutto (o sia esente), abbia pagato parte del ticket o non abbia pagato nulla. In altre parole, vale l'equazione: "importoTicketDaPagare" = <Importo tot. ticket> - "importoTicketPagato" Nel caso di invio del valore pagatoTicket=R il valore specificato nel campo importoTicketDaPagare deve essere un valore NEGATIVO (es -5.00) oppure nullo
Obbligatorio	NO
Note	Formato: numero decimale avente il carattere "." come divisore e NON la "," Esempio: "21.50".

importoTicketPagato (documento)

Descrizione	Indica l'importo inteso in euro che è già stato pagato dal paziente.
Obbligatorio	NO
Note	Formato: numero decimale avente il carattere "." come divisore. Esempio: "21.50".

accessionNumber (documento)

Descrizione	Contiene le informazioni per individuare le immagini associate al documento di radiologia. In particolare, il campo contiene le seguenti informazioni: • accession number: permette di individuare uno studio di immagini all'interno di un PACS • aetitle: permette di individuare il PACS che detiene le immagini associate all'accession number • patientID: contiene l'identificativo del paziente dell'anagrafica del PACS • issuer: permette di individuare l'organizzazione dell'azienda che ha emesso l'ID del paziente *Se il campo è valorizzato, deve essere obbligatoriamente esplicitato almeno l'accession number*

Obbligatorio	NO
Note	Formato: le informazioni devono essere strutturare come segue: <AccessionNumber>$< aetitle>$<patientID>$<issuer> Es: • caso in cui si invia solo accession number e aetitle: access1$PACSTO$$ • caso in cui si inviano tutte le informazioni previste: access1$PACSTO$PID1001$123 • caso in cui si inviano tutte le informazioni previste al netto dell'issuer: access1$PACSTO$PID1001$ • caso in cui si invia SOLO accession number: access1$$$ • caso in cui si invia SOLO accession number: access1

conservazioneSostitutiva (Documento)

Descrizione	Indica se il documento trasmesso è memorizzato anche negli archivi di conservazione sostitutiva.
Obbligatorio	NO
Note	Nel caso di conservazione sostitutiva del documento, si dovrà valorizzare il tag con il valore "CONS".

tipologiaStrutturaProdDoc (Documento)

Descrizione	Indica la struttura che ha prodotto il documento.
Obbligatorio	NO
Note	Tra i valori della Tab. 2.8-1 Affinity Domain 2.4.1 sono ammessi: - Ospedale, - Prevenzione, - Territorio.

Tab. 2.8-1

Code	**DisplayName**	**Descrizione**
Ospedale	Ospedale	Indica che il documento è stato prodotto a seguito di un ingresso ospedaliero del paziente
Prevenzione	Prevenzione	Indica che il documento è stato prodotto a seguito di uno screening o di medicina preventiva
Territorio	Territorio	Indica che il documento è stato prodotto a seguito di un incontro con uno specialista territoriale (MMG / PLS / Medico RSA, ecc.)

assettoOrganizzativo (documento)

Descrizione	Codifica della classificazione della pratica clinica o specialistica che ha portato alla creazione del documento
Obbligatorio	Deve essere valorizzato in fase di invio o variazione di un documento. Non valorizzare in caso di annullamento.
Note	Sono ammessi i codici riportati nella tabella 2.13-1 Affinity Domain Italia versione 2.4.1

Tabella 2.13-1 Affility Domain – Pratica Clinica

Codice	**Descrizione**
AD_PSC001	Allergologia
AD_PSC002	Day Hospital
AD_PSC003	Anatomia e Istologia Patologica
AD_PSC005	Angiologia
AD_PSC006	Cardiochirurgia Pediatrica
AD_PSC007	Cardiochirurgia
AD_PSC008	Cardiologia

Codice	Descrizione
AD_PSC009	Chirurgia Generale
AD_PSC010	Chirurgia Maxillo-facciale
AD_PSC011	Chirurgia Pediatrica
AD_PSC012	Chirurgia Plastica
AD_PSC013	Chirurgia Toracica
AD_PSC014	Chirurgia Vascolare
AD_PSC015	Medicina Sportiva
AD_PSC018	Ematologia e Immunoematologia
AD_PSC019	Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione
AD_PSC020	Immunologia
AD_PSC021	Geriatria
AD_PSC024	Malattie Infettive e Tropicali
AD_PSC025	Medicina del Lavoro
AD_PSC026	Medicina Generale
AD_PSC027	Medicina Legale
AD_PSC028	Unita Spinale
AD_PSC029	Nefrologia
AD_PSC030	Neurochirurgia
AD_PSC031	Nido
AD_PSC032	Neurologia
AD_PSC033	Neuropsichiatria Infantile
AD_PSC034	Oculistica
AD_PSC035	Odontoiatria e Stomatologia
AD_PSC036	Ortopedia e Traumatologia
AD_PSC037	Ostetricia e Ginecologia
AD_PSC038	Otorinolaringoiatria
AD_PSC039	Pediatria
AD_PSC040	Psichiatria
AD_PSC042	Tossicologia
AD_PSC043	Urologia
AD_PSC046	Grandi Ustioni Pediatriche
AD_PSC047	Grandi Ustionati
AD_PSC048	Nefrologia (Abilitazione Trapianto Rene)
AD_PSC049	Terapia Intensiva
AD_PSC050	Unita Coronarica
AD_PSC051	Astanteria
AD_PSC052	Dermatologia
AD_PSC054	Emodialisi
AD_PSC055	Farmacologia Clinica
AD_PSC056	Recupero e Riabilitazione Funzionale
AD_PSC057	Fisiopatologia della Riabilitazione Umana
AD_PSC058	Gastroenterologia
AD_PSC060	Lungodegenti
AD_PSC061	Medicina Nucleare
AD_PSC062	Neonatologia
AD_PSC064	Oncologia
AD_PSC065	Oncoematologia Pediatrica
AD_PSC066	Oncoematologia
AD_PSC068	Pneumologia, Fisiopatologia Respiratoria, Tisiologia
AD_PSC069	Radiologia
AD_PSC070	Radioterapia
AD_PSC071	Reumatologia

Codice	Descrizione
AD_PSC073	Terapia Intensiva Neonatale
AD_PSC074	Radioterapia Oncologica
AD_PSC075	Neuro-Riabilitazione
AD_PSC076	Neurochirurgia Pediatrica
AD_PSC077	Nefrologia Pediatrica
AD_PSC078	Urologia Pediatrica
~~AD_PSC082~~	~~Anestesia e Rianimazione~~
AD_PSC097	Detenuti
AD_PSC098	Day Surgery Plurispecialistica
AD_PSC100	Laboratorio Analisi Chimico Cliniche
AD_PSC101	Microbiologia e Virologia
AD_PSC102	Centro Trasfusionale e Immunoematologico
AD_PSC103	Radiodiagnostica
AD_PSC104	Neuroradiologia
~~AD_PSC106~~	~~Pronto Soccorso e OBI~~
AD_PSC107	Poliambulatorio
AD_PSC109	Centrale Operativa 118
AD_PSC121	Comparti Operatori - Degenza Ordinaria
AD_PSC122	Comparti Operatori - Day Surgery
AD_PSC126	Libera Professione Degenza
~~AD_PSC127~~	~~Hospice Ospedaliero~~
AD_PSC129	Trapianto Organi e Tessuti
AD_PSC130	Medicina di Base
AD_PSC131	Assistenza Territoriale
AD_PSC199	Raccolta Consenso
AD_PSC999	Altro

I Valori barrati saranno deprecati nell'A.D. 2.5

tipoAttivitaClinica (Documento)

Descrizione	Codice della tipologia di attività clinica/organizzativa che ha portato alla condivisione del documento.
Obbligatorio	Deve essere valorizzato in fase di invio o variazione di un documento. Non valorizzare in caso di annullamento.
Note	Sono ammessi i codici riportati nella tabella 3.1-1 dell'Affinity Domain Italia.

Tabella 3.2-1: Tipologia di attività clinica/organizzativa

Code	DisplayName	Descrizione
CON	Consulto	Documenti condivisi per richiedere un consulto
DIS	Discharge	Documenti condivisi a seguito di un ricovero
ERP	Erogazione Prestazione Prenotata	Documenti condivisi a seguito di una prestazione programmata/prenotata

NRE (Documento)

Descrizione	Contiene l'elenco dei numeri di ricetta elettronica (NRE) delle ricette dematerializzate prescritte che hanno portato alla generazione del documento/referto
Obbligatorio	NO Tuttavia, qualora il referto sia stato generato a fronte di una ricetta dematerializzata il campo deve essere valorizzato affinché si ottemperi all'articolo 17 del DPCM 179 il quale richiede che a fronte dell'oscuramento di un documento da parte dell'assistito vengano oscurati i relativi documenti correlati attraverso il numero di NRE.
Note	I numeri di ricetta devono essere validi

documento (documento)

Descrizione	Base64 del documento firmato.
Obbligatorio	SI se il tag firmatoDigitalmente vale “true”, NO altrimenti.
Note	

documentoNonFirmato (documento)

Descrizione	Base64 del documento non firmato.
Obbligatorio	SI se il tag firmatoDigitalmente vale “false”, NO altrimenti.
Note	

Regime (documento)

Descrizione	Indica il regime nel quale è stato prodotto il documento.
Obbligatorio	SI (inizialmente verrà fornito un avviso non bloccante, successivamente il dato diventerà obbligatorio in coerenza con le indicazioni nazionali)
Note	In coerenza con le specifiche del framework 2.4.1, sono ammessi i seguenti valori: SSN: Documento prodotto in regime di SSN (in seguito a impegnativa SSN o screening) INPATIENT: Documenti prodotti in regime di ricovero ad eccezione di ricoveri in libera professione completamente a carico del cittadino. NOSSN: Documento prodotto in regime privato per cui il cittadino paga tutte le spese sanitarie. SSR: Documento prodotto in regime SSR (all’interno di progettualità regionali) DONOR: Documento prodotto per i donatori.

Oscuramento al genitore (documento)

Descrizione	Indica se il documento è oscurato al genitore. Questo campo condiziona la visibilità del documento inerente un minorenne nei confronti dei genitori. NOTA. Questo oscuramento è diverso e distinto da quello gestito nel campo privacyDocumento che regolamenta la visibilità del documento ai professionisti sanitari.
Obbligatorio	No opzionale.
Note	Sono ammessi solamente i seguenti valori: S: indica che il documento è oscurato al genitore N o non valorizzato: indica che il documento NON è oscurato al genitore
Precisazioni	Nel caso in cui il documento si riferisca ad un assistito minorenne e il campo ‘Oscuramento al genitore’ non sia valorizzato verrà restituito un warning non bloccante.

EventCode(Documento)

Descrizione	Questo metadato contiene una lista di informazioni che permette di descrivere ulteriormente il documento, permettendo ad esempio di specificare il tipo di vaccino o di indicare la tipologia di tampone nel referto di laboratorio analisi o altre informazioni
Obbligatorio	No
Note	- Valore associato ai referti di vaccinazione: o J07BN -Vaccino per Covid-19 - Valore associato ai referti di laboratorio analisi: o LP418019-8 Tampone antigenico per Covid-19

	○ LP417541-2 Tampone molecolare per Covid-19 ○ 96118-5 Test Sierologico qualitativo ○ 94503-0 Test Sierologico quantitativo ○ 90768-3 Analisi sangue donatore - Valore associato ai documenti di esenzione (57827-8): ○ LP267463-0 Reddito ○ LP199190-2 Patologia

Modalità dimissione (documento)

Descrizione	Indicare la modalità di dimissione.
Obbligatorio	No
Note	0 : ricoverato nella stessa struttura 1 : deceduto 2 : dimissione a domicilio 5: rifiuta il ricovero 6 : trasferito ad altra struttura di ricovero 7 : trasferito in altra struttura (RSA - RAF - Ospedale di comunità, ecc.) 8 : trasferito in altro Pronto Soccorso della stessa Azienda A: solo accesso, senza erogazione di prestazioni M: solo accesso, senza erogazione di prestazioni, seguito da parte del MMG presente in pronto soccorso

ValoreOpzionale (Documento)

Descrizione	Lista di valori opzionali composto da chiave, valore e tipo.
Obbligatorio	No
Note	Non valorizzare.

5.1.1.3 Struttura XML del messaggio di “response”

Nella tabella sotto è riportata la struttura XML del messaggio restituito dal FSE/ROL. Come già scritto per il messaggio di “request”, ogni riga mostra un tag e la relativa numerosità, ovvero il numero di volte per il quale lo stesso tag può essere ripetuto. Infine, anche per questo messaggio la posizione dei tag non deve essere alterata.

Tag XML	Numerosità
<soap:Envelope xmlns:soap="http://www.w3.org/2003/05/soap-envelope" xmlns:fses="http://FSEService.WS.DMACL.csi.it">	1..1
<soap:Body>	1..1
<soap-env:Fault xmlns:soap-env="http://www.w3.org/2003/05/soap-envelope">	0..1
<soap-env:Code>	1..1
<soap-env:Value>?<soap-env:Value>	1..1
</soap-env:Code>	1..1
<soap-env:Reason>	1..1
<soap-env:Text xml:lang="it">?</soap-env:Text>	1..1
</soap-env:Reason>	1..1

<soap-env:Detail>	0..1
<s01:FSEServiceException xmlns:s01="http://dmaclbl.csi.it/">	0..1
<errori>	1..N
<codice>?</codice>	1..1
<descrizione>?</descrizione>	1..1
</errori>	
</s01:FSEServiceException>	
<s01:FSEServiceWarning xmlns:s01="http://dmaclbl.csi.it/">>	0..1
<errori>	1..N
<codice>?</codice>	1..1
<descrizione>?</descrizione>	1..1
</errori>	
</s01:FSEServiceWarning>	
</soap-env:Detail>	
</soap-env:Fault>	
<fses:registraEpisodio3Response xmlns:fses="http://FSEService.WS.DMACL.csi.it" xmlns:dmac="http://dmaclbl.csi.it/" xmlns:soap-env="http://www.w3.org/2003/05/soap-envelope" xmlns:dma="http://dma.csi.it/">	0..1
<fses:registraEpisodio3Result/>	1..1
</fses:registraEpisodio3Response>	
</soap:Body>	
</soap:Envelope>	

5.1.1.4 Descrizione Tag del messaggio di “response”

Di seguito sono descritti i tag che costituiscono la parte variabile del messaggio, ovvero quelli presenti all’interno del tag “Body”.

Fault

Descrizione	Struttura dati contenente gli errori e/o i warning sollevati durante l’esecuzione del servizio “Registra Episodio”.
Note	Il tag viene presentato solo in presenza di almeno un errore e/o warning.

Code (Fault)

Descrizione	Struttura dati contenente il codice del fault in questione.
Note	

Value (Fault.Code)

Descrizione	Codice del fault.
Note	

Reason (Fault)

Descrizione	Struttura dati contenente la descrizione del fault.
Note	

Text (Fault.Reason)

Descrizione	Descrizione del fault.
Note	

Detail (Fault)

Descrizione	Struttura dati contenente i dettagli del fault, ovvero la lista degli errori e/o dei warning sollevati dal servizio.
Note	

FSEServiceException (Fault.Detail)

Descrizione	Struttura dati contenente gli errori di dettaglio.
Note	

errori (Fault.Detail.FSEServiceException)

Descrizione	Struttura dati contenente le informazioni di un singolo errore.
Note	Il paragrafo 2.1.3 “I codici di errore restituiti dalla RegistraEpisodi” riporta l’elenco completo dei possibili e warning sollevati dal servizio.

codice (Fault.Detail.FSEServiceException.errori)

Descrizione	Il codice dell’errore.
Note	

descrizione (Fault.Detail.FSEServiceException.errori)

Descrizione	La descrizione dell’errore.
Note	

FSEServiceWarning (Fault.Detail)

Descrizione	Struttura dati contenente i warning di dettaglio.
Note	

errori (Fault.Detail.FSEServiceWarning)

Descrizione	Struttura dati contenente le informazioni di un singolo warning.
Note	Il paragrafo 2.1.3 “I codici di errore restituiti dalla RegistraEpisodi” riporta l’elenco completo dei possibili errori e warning sollevati dal servizio.

codice (Fault.Detail.FSEServiceWarning.errori)

Descrizione	Il codice del warning.
Note	

descrizione (Fault.Detail.FSEServiceException.errori)

Descrizione	La descrizione del warning.
Note	

registraEpisodio3Response

Descrizione	Struttura dati restituita quando l’esecuzione del servizio termina con successo.
Note	Questo tag può presentarsi assieme a dei warning ma non a degli errori.

registraEpisodio3Result (registraEpisodio3Response)

Descrizione	Tag quando l’esecuzione del servizio termina con successo
Note	

5.1.1.5 Note

Per quanto riguarda l'invio da parte del dipartimentale a FSE, occorre tenere conto che la disponibilità del referto validato non coincide con l'evidenza del pagamento del ticket. Si devono, pertanto, inviare i referti appena disponibili (firmati/validati, con ticket pagato o meno) e successivamente – quando avviene segnalazione del pagamento – inviare nuovamente il documento comprensivo del metadato che dichiara l'avvenuto pagamento parziale o totale, fino al completamento del pagamento.

L'identificativo del documento può essere il medesimo per lo stesso sistema inviante e identificativo dell'episodio, purché il paziente sia diverso, questo può capitare quando si annulla un episodio e si rinvia lo stesso episodio per un paziente diverso (vedi diagrammi dei paragrafi successivi).
Non è possibile mandare dei dati su un episodio di un paziente che è stato chiuso, in questo caso il sistema dell'FSE restituirà errore.

Altri aspetti da tener presente per l'invio dei dati:

- Per ciascun episodio, anche se in momenti diversi, devono essere valorizzate i dati di accettazione/apertura e dimissione/chiusura dell'episodio e le relative matricole. Nel caso dell'episodio ambulatoriale i dati di chiusura possono essere valorizzati uguali a quelli di apertura.
- Se l'episodio ambulatoriale è collegato ad un ricovero e si conosce il numero nosologico devono essere valorizzate le informazioni:
  - Numero nosologico
  - Identificativo dell'episodio che ha originato la richiesta
  - Tipo episodio che ha originato la richiesta
- Se l'episodio ambulatoriale è collegato ad un passaggio di pronto soccorso e si conosce il numero di passaggio di ps devono essere valorizzate le informazioni:
  - Numero di passaggio di pronto soccorso
  - Identificativo dell'episodio che ha originato la richiesta
  - Tipo episodio che ha originato la richiesta
- Se l'episodio è generato da una radiologia devono essere inviate le informazioni:
  - accession number
- L'annullamento dell'episodio annulla anche tutti i documenti ad esso correlati.
- E' opportuno valorizzare l'identificativo AULA al fine di agevolare le operazioni di controllo al verificarsi di un'anomalia.
- Non devono essere inviati episodi relativi a pazienti STP/ENI.
- Il "codicePIN" va gestito se il parametro "ABILITA_REG_DOC_SR" della CL vale "S". Quest'ultimo parametro va concordato con il personale CSI e, quando pari a "S", indica che la CL permette ai cittadini di scaricare il referto dalla componente ROL.

5.1.2 Le operazioni previste dal Fascicolo

Nei paragrafi sotto sono riportati tutti i casi d'uso previsti dal Fascicolo per il servizio Registra Episodio, casi che l'azienda sanitaria aderente è tenuta a implementare per ottenere la gestione completa degli episodi e dei relativi documenti. Al contrario, qualora l'integrazione concordata sia per il SOLO scarico referti, l'azienda sanitaria dovrà attuare solo i casi relativi alla gestione dei documenti.

5.1.2.1 Invia notifica apertura episodio

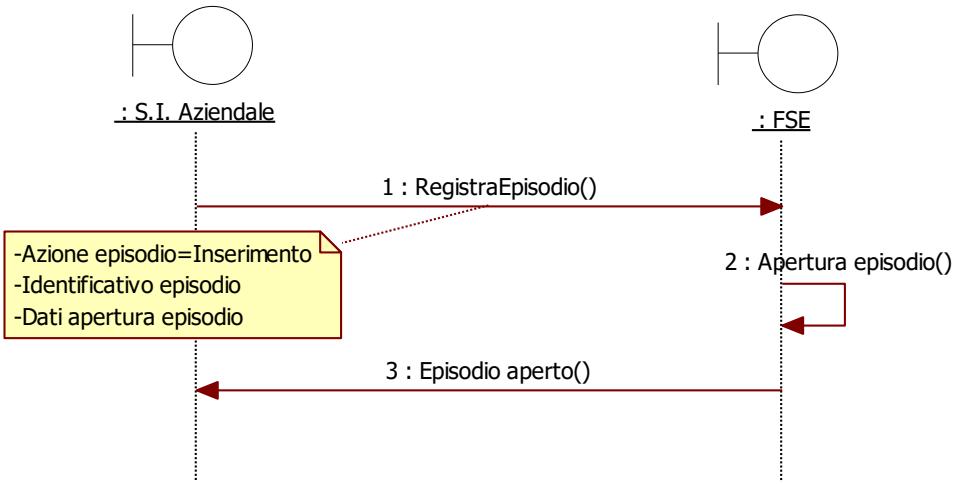

Figura 1-Invia notifica apertura episodio

5.1.2.2 Invia dati chiusura episodio

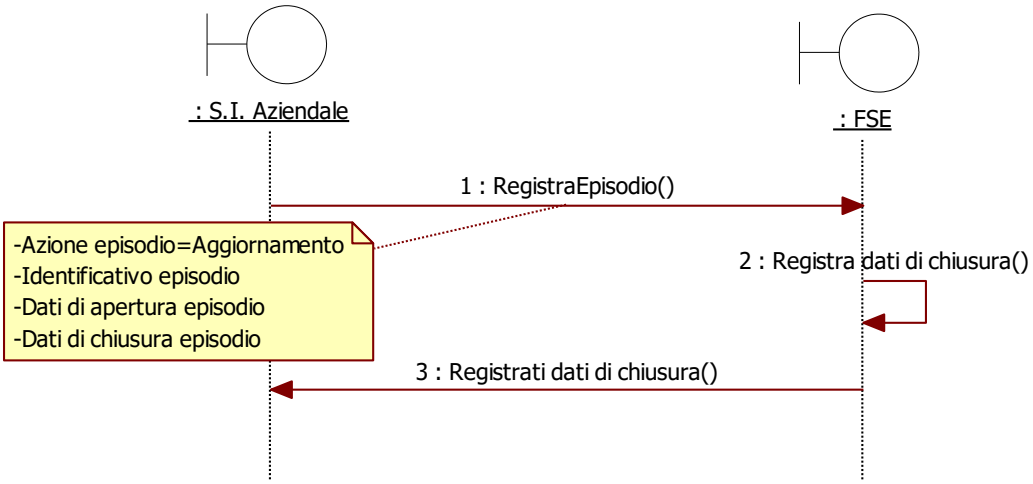

Figura 2-Invia dati chiusura episodio

5.1.2.3 Invia dati modificati dell'episodio

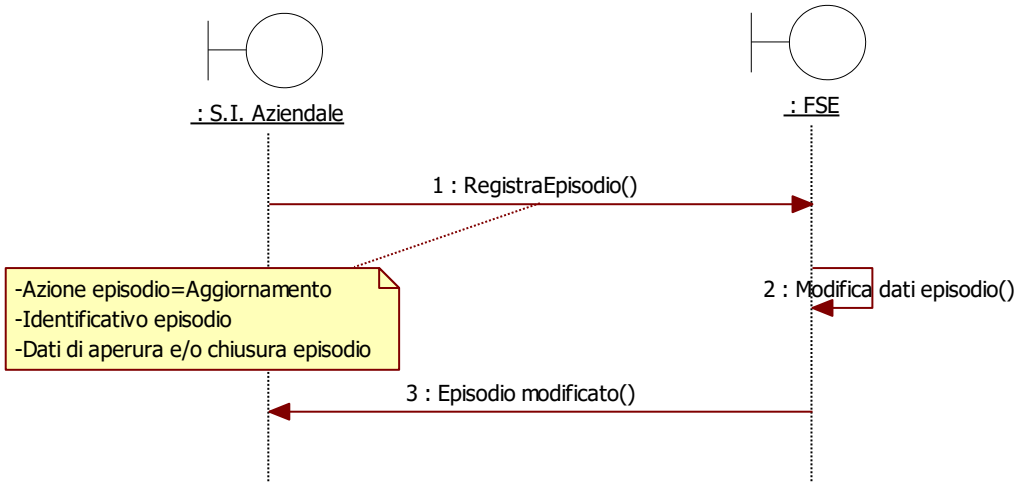

Figura 3-Invia dati modifica episodio

5.1.2.4 Invia nuovo referto/documento

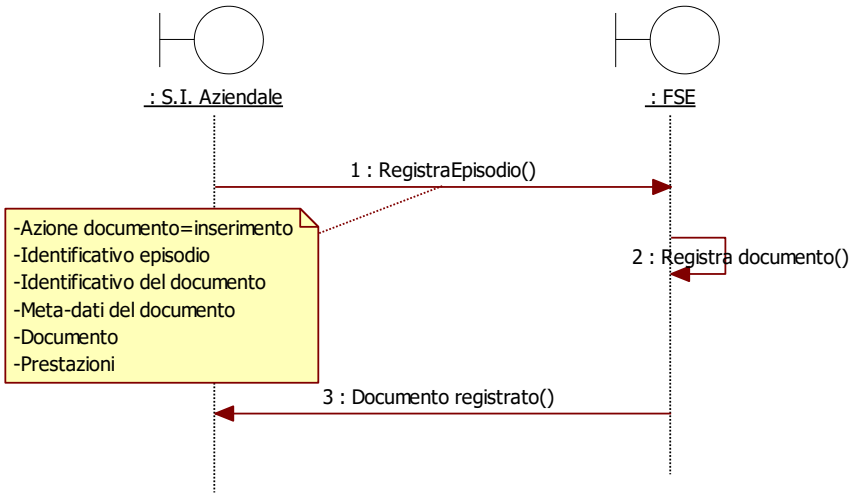

Figura 4-Invia nuovo referto/documento

Qualora occorra comunicare più di un documento, l'operazione di invio dovrà essere ripetuta per ogni documento. Specificando nel tag tipoAzione del documento il valore Inserimento, si potrà aggiungere un documento.

Per ogni prestazione potranno essere indicate le informazioni sul codice della prestazione nel catalogo regionale, la data e l'ora in cui la prestazione è stata erogata e la quantità.

5.1.2.5 Invia addendum

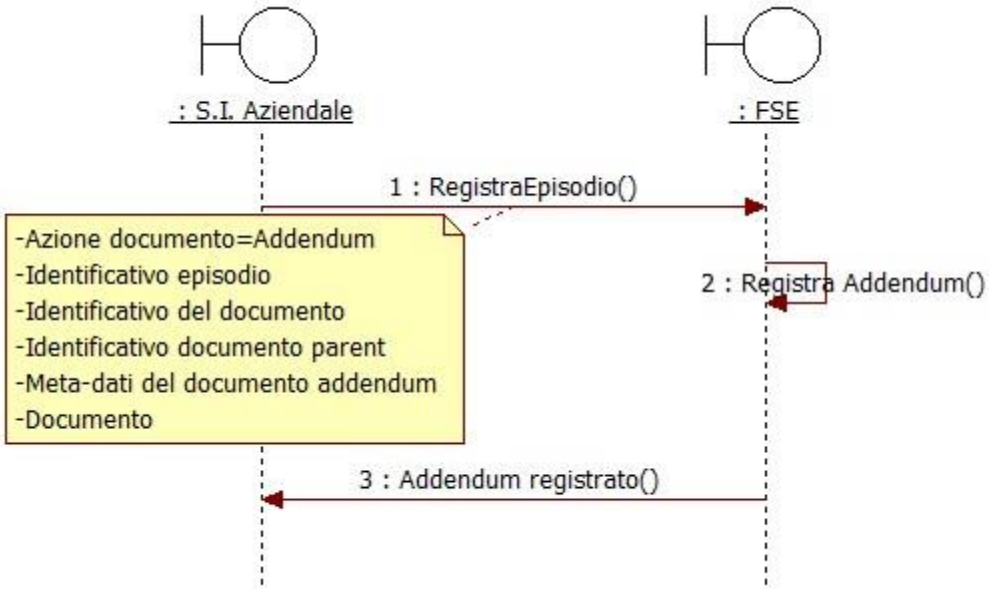

Figura 5-Invia addendum

Specificando nel tag tipoAzione del documento il valore Addendum, si potrà aggiungere un documento (in addendum) ad uno già presente (parent).

5.1.2.6 Sostituisci referto/documento e/o modifica dati strutturati

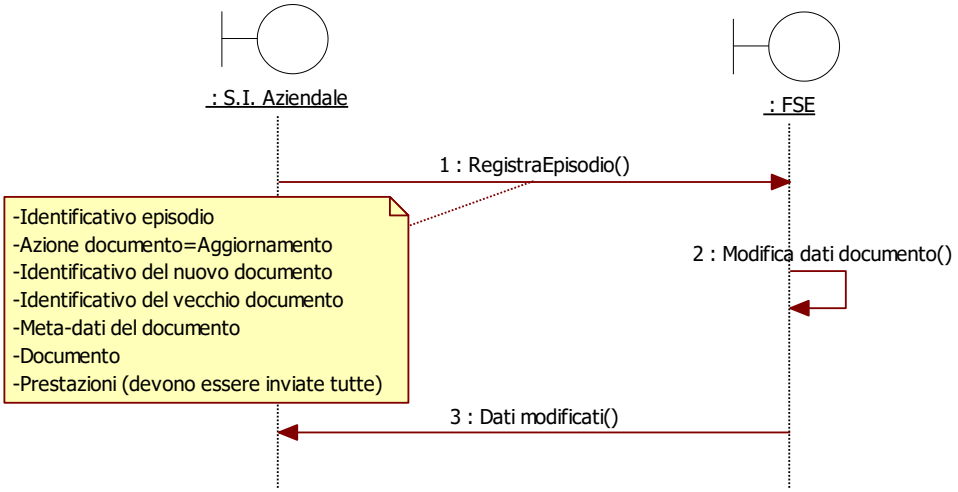

Figura 6-Sostituisci referto/documento e/o modifica dati strutturati

Se occorre modificare le prestazioni o cancellarne una, occorre rinviare sempre tutto l'elenco delle prestazioni.
Non è possibile cancellare tutte le prestazioni associate ad un documento.
E' possibile aggiornare un qualsiasi documento parent oppure addendum, purchè non annullato.

5.1.2.7 Invia annullamento episodio

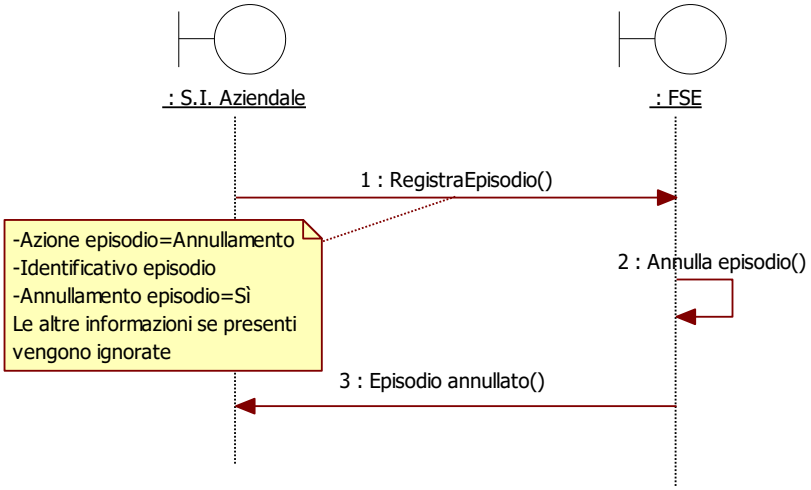

Figura 7-Invia annullamento episodio

5.1.2.8 Invia annullamento documento

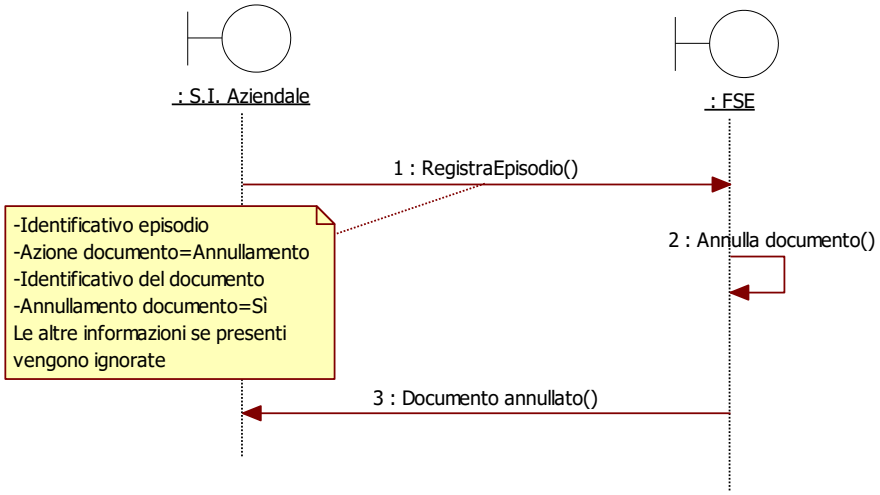

Figura 8-Invia annullamento del documento

5.1.2.9 Sostituzione paziente di un episodio inviato

Qualora sia necessario cambiare il paziente di un episodio in precedenza comunicato al FSE, occorre annullare l'episodio inviato e mandare un nuovo episodio con il nuovo paziente.

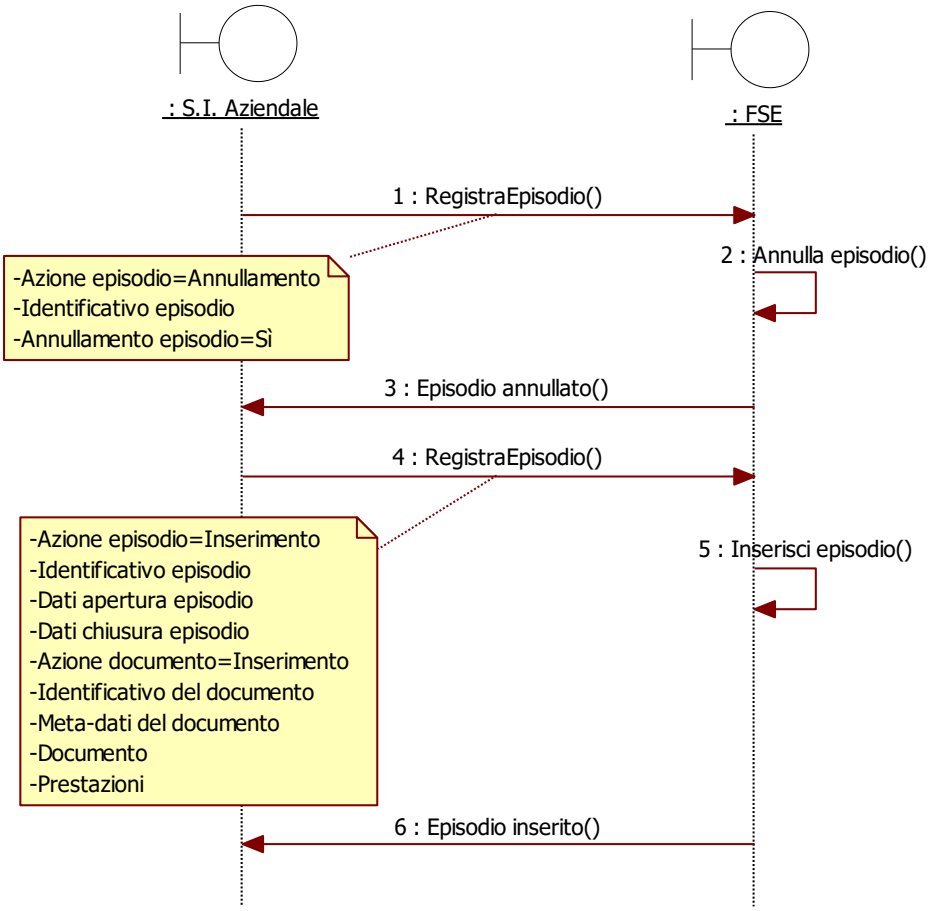

Figura 9-Sostituzione del paziente di un episodio