

Numero 541	Pag.
Data 13 LUG. 2016	1

**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE
DELLA AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD**

N. 541 DEL 13 LUG. 2016

Oggetto: determina n. 214/DG/2016 concernente autorizzazione a contrarre per la fornitura di un sistema integrato per la gestione informatizzata di un centro di PMA e connessi servizi di assistenza e manutenzione. Rettifica ed adeguamento normativo.

**IL DIRETTORE GENERALE
DELLA AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTA l'attestazione del Direttore U.O.C. Servizio Informatico Sistemi Informativi e Reti in riferimento al Budget di Previsione;

VISTA l'attestazione del Direttore della U.O.C. Programmazione controllo piani e programmi strategici;

VISTA l'attestazione del Direttore della U.O.C. Contabilità, Bilancio, Patrimonio e Coordinamento Investimenti;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

- D E T E R M I N A -

1. di autorizzare, per le motivazioni riportate nel documento istruttorio ed ai sensi degli artt. 32 e 36 del D.Lgs. n. 50/2016, la contrattazione, mediante procedura sotto soglia, per la fornitura di un sistema integrato per la gestione informatizzata di un centro di PMA e connessi servizi di assistenza e manutenzione per la durata di 36 mesi post-garanzia, invitando tutti i fornitori abilitati al bando ICT2009 del Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione (MePA), per un importo complessivo a base d'asta pari ad € 155.000,00 (IVA esclusa) più opzione contrattuale di € 30.000,00 (IVA esclusa);
2. di approvare lo schema di disciplinare con i suoi relativi allegati (all. 1) e il capitolato tecnico con i suoi relativi allegati (all. 2), annessi al presente atto quali parti integranti e sostanziali;
3. di dare atto che il presente provvedimento sostituisce integralmente la determina n. 214/DG del 08 aprile 2016;
4. di dare atto che, in conformità alle disposizioni di cui all'art. 15, co. 13, lett. d) del D.L. n. 95/2012, nel testo risultante dalla legge di conversione L. 135/2012 e della DGRM 1220/2012, per l'affidamento della fornitura di che trattasi verrà utilizzata la piattaforma CONSIP S.p.A.: MePA - Bandi di gara ICT2009;

Numero 541	Pag.
Data 13 LUG. 2016	2

5. di dare atto che si provvederà all'individuazione del Direttore dell'Esecuzione del contratto con il provvedimento di aggiudicazione definitivo;
6. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
7. di dare atto che la presente deliberazione non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art.4 della Legge n. 412/91 e dell'art.1 della L.R. n.36/2013.

Dott.ssa Maria Capalbo

per i pareri infrascritti

Il Direttore Amministrativo
Dott. Antonio Draisci

Il Direttore Sanitario
Dott. Edoardo Berselli

ATTESTAZIONE U.O.C. SERVIZIO INFORMATICO SISTEMI INFORMATIVI E RETI:

Si attesta di aver proceduto ad annullare l'annotazione provvisoria di spesa della determina di indizione n. 214/DG/2016 e che la spesa complessiva derivante dal presente atto, verrà annotata come segue:

- quanto a € 5.083,33 (2/36) (IVA 22% inclusa) nel conto n.0510050101 "Manutenzioni software" del budget provvisorio 2017, con sub-autorizzazione SI.2017.2.1;
- quanto a € 30.500,00 (IVA 22% inclusa) nel conto n.0510050101 "Manutenzioni software" del budget provvisorio 2018, con successiva sub-autorizzazione che verrà emessa al momento della disponibilità del relativo budget;
- quanto a € 30.500,00 (IVA 22% inclusa) nel conto n.0510050101 "Manutenzioni software" del budget provvisorio 2019, con successiva sub-autorizzazione che verrà emessa al momento della disponibilità del relativo budget;
- quanto a € 25.416,67 (10/36) (IVA 22% inclusa) nel conto n.0510050101 "Manutenzioni software" del budget provvisorio 2020, con successiva sub-autorizzazione che verrà emessa al momento della disponibilità del relativo budget.

Il Dirigente
Ing. Carlo Reggiani

Numero 541	Pag.
Data 173 LUG. 2016	3

ATTESTAZIONE U.O.C. PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO PIANI E PROGRAMMI STRATEGICI:

Ad invarianza di assegnazione di risorse economiche da parte della Regione Marche per gli anni 2017-2018-2019-2020 il Direttore della U.O.C. Programmazione, controllo piani e programmi strategici esprime parere di compatibilità economica rispetto al Budget che verrà assegnato dalla Regione Marche.

Il Dirigente
Dott.ssa Silvia Generali

ATTESTAZIONE U.O.C. CONTABILITA', BILANCIO, PATRIMONIO E COORDINAMENTO INVESTIMENTI:

Si attesta che la spesa di € 97.600,00 (IVA 22% inclusa) è stata annotata nell'autorizzazione SI.2016.9.0 nel conto "Concessioni, licenze, marchi e diritti simili" e trova copertura finanziaria con quota parte dei fondi in gestione corrente assegnati dalla Regione Marche con D.G.R.M. n° 1224 del 31/12/2015.

Si attesta la corretta imputazione della spesa al Piano dei Conti e agli esercizi di competenza.

Giorgia B.

Il Dirigente
Dott.ssa Anna Gattini

Numero 541	Pag.
Data 13 LUG. 2016	4

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -
U.O.C. GESTIONE APPROVVIGIONAMENTO DI BENI E SERVIZI E LOGISTICA

Si richiama la seguente normativa di riferimento:

- **D.Lgs. n. 50/2016** recante ad oggetto: *"Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture"*.

Si richiama la seguente determinazione della Giunta della Regione Marche:

- **D.G.R.M. n. 1224 del 30/12/2015** recante ad oggetto: *"L.R. n. 13 del 20/06/2003 Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2016"*.

Si richiama la seguente propria determina:

- **Determina n. 214/DG del 08/04/2016** recante ad oggetto: *"autorizzazione a contrarre per l'affidamento della fornitura di un sistema integrato per la gestione informatizzata di un centro di PMA e connessi servizi di assistenza e manutenzione per la durata di 36 mesi post-garanzia."*

Con la richiamata determina n. 214/DG del 08/04/2016 la Direzione Generale ha autorizzato la fornitura di un sistema integrato per la gestione informatizzata di un centro di PMA e connessi servizi di assistenza e manutenzione per la durata di 36 mesi post-garanzia.

Con Richiesta di Offerta n° 1175720 del 11/04/2016 del Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione (MePA) è stato avviato il procedimento di scelta del contraente con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa. Benché la suddetta RdO sia stata aperta a tutti i fornitori abilitati al Bando ICT 2009 *"Prodotti e servizi per l'informatica e le telecomunicazioni"* al fine di garantire il rispetto del principio di imparzialità, trasparenza e più ampia partecipazione, entro il termine ultimo fissato nella RdO citata non è pervenuta alcuna offerta.

Con nota prot. n. 276781/INFO del 08/07/2016 il Direttore della U.O.C. Servizio Informatico Sistemi Informativi e Reti ha trasmesso la relazione illustrativa con relativo quadro economico di progetto e il nuovo capitolato tecnico specificando quanto segue: *"...Preso atto che non è pervenuta alcuna offerta, sono state apportate alcune modifiche al capitolato tecnico ritenute indispensabili al fine di chiarire meglio gli ambiti di intervento progettuale. Le principali rettifiche riguardano gli standard tecnologici, la manutenzione, gli step realizzativi delle integrazioni e le rispettive fasi di pagamento"*. In particolare, alcune integrazioni con altri software in uso presso questa Azienda da vincolanti sono divenute opzionali, determinando un importo a base d'asta di € 155.000,00 (IVA esclusa) più opzione contrattuale di € 30.000,00 (IVA esclusa).

In data 19 aprile 2016 è stato emanato il Decreto Legislativo n. 50/2016 recante ad oggetto *"Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2015/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure di appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture"*.

Tale norma è entrata in vigore in data 20 aprile 2016 (cfr. Comunicato ANAC del 3/5/2016).

Premesso quanto sopra si formulano le seguenti precisazioni:

- il D.Lgs. 50/2016 innova profondamente le regole generali e speciali riguardanti le procedure

Numero 541	Pag.
Data 13 LUG. 2016	5

di affidamento dei contratti pubblici e pertanto sono stati adeguati i documenti amministrativi allegati alla determina n. 214/DG del 08 aprile 2016, concernente l'autorizzazione a contrarre per la fornitura di un sistema integrato per la gestione informatizzata di un centro di PMA e connessi servizi di assistenza e manutenzione per la durata di 36 mesi post-garanzia;

- per le motivazioni espresse nella citata determina n. 214/DG72016 permangono le esigenze di procedere alla fornitura de qua.

Ciò posto, visto l'art. 15 comma 13 lett. d) della L. 135/2012 e tenuto conto che l'importo contrattuale risulta essere inferiore all'attuale soglia comunitaria di € 209.000,00, si ritiene di autorizzare l'avvio della procedura di affidamento della fornitura in parola per un importo di € 155.000,00 (IVA esclusa) più un'opzione contrattuale di € 30.000,00 (IVA esclusa), utilizzando il Mercato Elettronico della piattaforma Consip S.p.A. in particolare mediante l'invio di una RDO (richiesta di offerta) a tutti i fornitori abilitati al bando "ICT2009" con aggiudicazione all'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base dei criteri congiunti qualità (punti max 70) e prezzo (punti max 30), per lotto intero non frazionabile, alle condizioni particolari fissate nella documentazione di gara (all. 1 e 2 al presente atto quali parti integranti e sostanziali), ad integrazione e/o in deroga alle condizioni presenti nella documentazione del bando ICT2009 "Allegato 1 Capitolato Tecnico - Prodotti" ed "Allegato 3 Condizioni Generali di Contratto - Prodotti", procedendo all'aggiudicazione anche in presenza di una sola offerta valida.

Per quanto sopra esposto si propone al Direttore Generale il seguente schema di determina:

1. di autorizzare, per le motivazioni riportate nel documento istruttorio ed ai sensi degli artt. 32 e 36 del D.Lgs. n. 50/2016, la contrattazione, mediante procedura sotto soglia, per la fornitura di un sistema integrato per la gestione informatizzata di un centro di PMA e connessi servizi di assistenza e manutenzione per la durata di 36 mesi post-garanzia, invitando tutti i fornitori abilitati al bando ICT2009 del Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione (MePA), per un importo complessivo a base d'asta pari ad € 155.000,00 (IVA esclusa) più opzione contrattuale di € 30.000,00 (IVA esclusa);
2. di approvare lo schema di disciplinare con i suoi relativi allegati (all. 1) e il capitolato tecnico con i suoi relativi allegati (all. 2), annessi al presente atto quali parti integranti e sostanziali;
3. di dare atto che il presente provvedimento sostituisce integralmente la determina n. 214/DG del 08 aprile 2016;
4. di dare atto che, in conformità alle disposizioni di cui all'art. 15, co. 13, lett. d) del D.L. n. 95/2012, nel testo risultante dalla legge di conversione L. 135/2012 e della DGRM 1220/2012, per l'affidamento della fornitura di che trattasi verrà utilizzata la piattaforma CONSIP S.p.A.: MePA - Bandi di gara ICT2009;
5. di dare atto che si provvederà all'individuazione del Direttore dell'Esecuzione del contratto con il provvedimento di aggiudicazione definitivo.

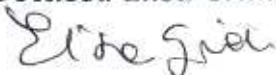
Il Responsabile Unico del Procedimento

Dott.ssa Daniela Masci



Il Responsabile della fase istruttoria

Dott.ssa Elisa Grilli



Numero 541	Pag.
Data 13 LUG. 2016	6

- ALLEGATI -

Allegato n. 1 - Schema disciplinare di gara con relativi allegati presente nella copia cartacea e disponibile agli atti

Allegato n. 2 - Capitolato tecnico con relativi allegati presente nella copia cartacea e disponibile agli atti

SCHEMA DISCIPLINARE DI GARA

(Condizioni particolari di RDO n° _____)

1. PREMessa

La partecipazione alla gara presuppone, da parte del concorrente, la perfetta conoscenza e l'accettazione delle condizioni contenute nel presente disciplinare con i relativi allegati (modulo di dichiarazione unica, dichiarazione accesso agli atti, modulo esplicitazione offerta, capitolato speciale di gara, patto d'integrità e preDUVRI) e nel Capitolato tecnico con i relativi allegati. Il presente Disciplinare di gara contiene le norme di partecipazione alla procedura di gara, le modalità di compilazione e presentazione dell'offerta, i documenti da presentare a corredo della stessa. Le condizioni contrattuali e le modalità di esecuzione dell'appalto sono meglio specificate nei documenti Capitolato tecnico e Capitolato speciale di gara, quali parti integranti e sostanziali degli atti di gara.

2. OGGETTO

La presente procedura ha per oggetto la fornitura di n. 1 sistema integrato per la gestione informatizzata di un Centro di procreazione medicalmente assistita (PMA) e connessi servizi di assistenza e manutenzione per la durata di 36 mesi post-garanzia come dettagliato nel capitolato tecnico. N° CIG _____.

3. REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Sono ammessi a partecipare i soggetti di cui all'art.45 del D.Lgs.50/16, con le modalità di cui agli artt. 47 e 48 del D.Lgs.50/16.

I concorrenti, ovvero tutte le imprese facenti parte del R.T.I., ovvero il consorzio e tutte le consorziate che espletano parte della fornitura, non devono trovarsi in una delle condizioni di cui all'art.80 D.Lgs. 50/16 e devono essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (L.68/99).

Il mancato possesso dei requisiti citati comporterà L'ESCLUSIONE DALLA PROCEDURA DI GARA.

I concorrenti, ovvero tutte le imprese facenti parte del R.T.I., ovvero il consorzio e tutte le consorziate che espletano parte del servizio devono essere iscritti, per attività analoghe a quelle oggetto del presente disciplinare, alla C.C.I.A.A. o analogo registro commerciale dello stato di appartenenza, ai sensi dell'art. 83 del D.Lgs. 50/2016.

4. REQUISITI DI CAPACITA' ECONOMICA-FINANZIARIA

I concorrenti dovranno dimostrare la propria capacità economica e finanziaria mediante la presentazione di dichiarazione di almeno due istituti bancari o intermediari autorizzati ai sensi del decreto legislativo 1 settembre 1993, n. 385 che attestano la solidità economica e finanziaria della ditta in data non anteriore a 180 gg dalla scadenza dell'offerta. Se il concorrente non è in grado, per giustificati motivi, di presentare le dichiarazioni bancarie richieste, può provare la propria capacità economica e finanziaria mediante la presentazione di copia conforme di Modello Unico Dichiarazione IVA degli ultimi due anni. Nel caso di offerta presentata da un GEIE, RTI o da un Consorzio, la succitata referenze bancarie devono essere presentate da ciascuna impresa che compone il costituendo raggruppamento, consorzio ordinario o aggregazione di imprese di rete.

E' ammesso l'avvalimento della capacità economico finanziaria con le forme di cui all'art.89 del D.Lgs.50/2016.

5. SUB-APPALTO

Il concorrente deve indicare all'atto dell'offerta le parti della fornitura che intende subappaltare in conformità a quanto previsto dall'art. 105 del D.Lgs.50/2016; in mancanza di tali indicazioni il successivo subappalto è vietato.

Si precisa che la quota percentuale subappaltabile deve essere contenuta entro il limite massimo del 30% dell'importo contrattuale. La stazione appaltante non provvederà al pagamento diretto del subappaltatore/i e i pagamenti verranno effettuati all'appaltatore che dovrà trasmettere alla stazione appaltante, entro venti giorni dal relativo pagamento, copia delle fatture quietanzate, emesse dal subappaltatore

6. DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

richiesta per la partecipazione alla procedura di gara

- A. **dichiarazione sostitutiva**, che attesti quanto dettagliatamente indicato nel “modulo dichiarazione unica” allegato (all. A1). Le dichiarazioni contenute nello schema allegato sono obbligatorie ai fini dell'ammissione. La suddetta dichiarazione deve essere **firmata digitalmente** dal legale rappresentante in caso di impresa singola; nel caso di concorrenti costituiti da imprese associate o da associarsi, la medesima dichiarazione deve essere prodotta e **sottoscritta digitalmente da ciascun concorrente** che costituisce o che costituirà l'associazione o il consorzio o il GEIE. Le dichiarazioni possono essere sottoscritte anche da procuratori dei legali rappresentanti e in tal caso va trasmessa la relativa procura in originale o copia autentica resa ai sensi dell'art. 18, commi 2 e 3, del D.P.R. 445/2000.

L'impresa ha facoltà di compilare il “modulo dichiarazione unica” predisposto da questa Azienda o di predisporne, per eventuali carenze di spazio o altre esigenze, uno proprio contenente comunque tutte le dichiarazioni richieste con le forme di cui al D.P.R. 445/00 e smi e firmato digitalmente.

Questa Azienda procederà a verificare la veridicità delle dichiarazioni contenute nelle autocertificazioni presentate dalle imprese risultanti aggiudicatarie (fermo restando l'attivazione di controlli a campione ai sensi dell'art.71, del D.P.R. n. 445/00).

La falsa dichiarazione, oltre a comportare le sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. 445/00, potrà costituire causa di esclusione dalla partecipazione a successive gare d'appalto nonché determina l'esclusione dalla gara e la decadenza dall'eventuale aggiudicazione.

- B. **garanzia provvisoria** ai sensi dell'art.96 del D.Lgs. 50/2016, con validità di almeno 180 giorni dalla data di presentazione dell'offerta, dovrà essere pari a € _____ e costituita, a scelta del concorrente:

1) Deposito cauzionale provvisorio

Il deposito cauzionale provvisorio può essere costituito con una delle seguenti modalità:

a) mediante versamento presso Banca delle Marche di Pesaro, Sede centrale c/c Tesoreria n. 2100400 intestato ad Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Marche Nord” (di seguito AORMN), codice IBAN IT57X0605513310000000028325 con causale: “garanzia a corredo dell'offerta relativa alla RDO n. _____ per la fornitura di un sistema integrato per la gestione informatizzata di un centro PMA”;

b) mediante deposito di titoli di Stato, o garantiti dallo Stato, valutati al prezzo di borsa alla data di contratto, intestato all'AORMN ed effettuato allo sportello di cui sopra. Il deposito è infruttifero;

In tal caso deve essere **presentata la scansione della quietanza**; nel caso di raggruppamento temporaneo di concorrenti o di consorzio ordinario di concorrenti o di G.E.I.E., dalla quietanza attestante l'avvenuto deposito, dovranno risultare tutte le imprese facenti parte del raggruppamento e del consorzio o G.E.I.E e l'impresa mandataria

2) Fidejussione

La fideiussione, a scelta dell'offerente, può essere bancaria o assicurativa o rilasciata dagli intermediari finanziari iscritti nell'albo di cui all'art.106 del Decreto Legislativo 1 settembre 1993 n.385 e s.m.i., che svolgono in via esclusiva o prevalente attività di rilascio di garanzie e che sono sottoposti a revisione contabile da parte di una società di revisione iscritta all'albo previsto dall'art.161 del Decreto legislativo 24 febbraio 1998, n.58. La fideiussione dovrà riportare, quale causale, la dicitura "Garanzia a corredo dell'offerta relativa alla RDO n. _____ per la fornitura di un sistema integrato per la gestione informatizzata di un centro PMA".

Nel caso di raggruppamento temporaneo di concorrenti o di consorzio ordinario di concorrenti o di G.E.I.E la fideiussione deve essere intestata a tutte le imprese facenti parte del raggruppamento, oppure intestata all'impresa dichiarata capogruppo con l'indicazione esplicita della copertura del rischio anche per tutte le altre imprese facenti parte del raggruppamento o del consorzio o di G.E.I.E. La fideiussione deve recare la firma di un soggetto autorizzato a rilasciare fideiussione per conto dell'istituto, banca, azienda o compagnia di assicurazione e deve provvedere espressamente:

- la rinuncia al beneficio della preventiva esecuzione del debitore principale;
- la rinuncia all'eccezione di cui all'art.1957 comma 2 del codice civile;
- l'operatività della garanzia medesima entro 15 (quindici) giorni, a semplice richiesta scritta dell'Amministrazione AORMN.

In tal caso dovrà essere inserita la scansione della fideiussione originale cartacea.

Ai sensi dell'art. 93 comma 7 del D.Lgs 50/2016 l'importo della garanzia sopra indicato può essere ridotto del 50% (o per % superiori) per i soggetti partecipanti che abbiano dichiarato nel "modulo dichiarazione unica" di essere in possesso di certificazioni del sistema di qualità conforme alle norme europee in corso di validità alla data di scadenza del termine per la presentazione dell'offerta, con l'indicazione del soggetto certificatore, della serie e della scadenza. In caso di raggruppamento temporaneo di concorrenti o di consorzio ordinario di concorrenti o di G.E.I.E. la dichiarazione di essere in possesso di certificazione del sistema di qualità conforme alle norme europee in corso di validità, deve essere resa da ogni soggetto facente parte del Raggruppamento o del Consorzio o del G.E.I.E. Il Concorrente deve altresì inserire nel sistema la scansione dell'originale cartaceo della/e **Certificazione/i del sistema di qualità**;

- C. **Impegno di un fidejussore** individuato tra i soggetti di cui all'art.93 del D.Lgs. 50/2016 a **rilasciare la cauzione definitiva per l'esecuzione del contratto**, di cui all'art. 93 comma 8 del D.Lgs. 50/2016, qualora l'offerente risultasse affidatario.

Si evidenzia che:

- nel caso in cui l'offerente presenti una fideiussione di tipo bancario o assicurativo o rilasciata da intermediari finanziari, l'impegno può già far parte integrante del contenuto della fideiussione provvisoria;
- nel caso in cui l'offerente abbia costituito la cauzione secondo le modalità fissate al punto B.1 (deposito in contanti o in titoli del debito pubblico garantiti dallo Stato al corso del giorno del deposito) l'operatore economico deve, separatamente, produrre un ulteriore documento contenente impegno di un fidejussore a rilasciare la garanzia di cui all'art. **93 comma 8 del D.Lgs. 50/2016** per l'esecuzione del contratto considerato che tale cauzione non contiene alcun impegno. Gli offerenti dovranno inserire nel sistema la **scansione dell'originale cartaceo dell'impegno a rilasciare cauzione definitiva** per l'esecuzione del contratto;

- D. **n. 2 idonee dichiarazioni bancarie e/o copia conforme del Modello Unico Dichiarazione IVA degli ultimi due anni, scansione dell'originale**, ai sensi di quanto previsto al precedente punto 4;
- E. **attestazione dell'avvenuto pagamento** del contributo sugli appalti all'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici **c.d. "tassa sulle gare"** (ai sensi dell'art.1, commi 65 e 67 della L.266/2005) **di € 20,00 CIG _____** Per il dettaglio delle istruzioni relative alle contribuzioni dovute si rinvia al sito <http://www.autoritalavoripubblici.it/portal/public/classic/> A comprova dell'avvenuto pagamento, il Concorrente deve inscrivere nel sistema la **scansione digitale** della ricevuta di pagamento. **Il mancato pagamento entro il termine di scadenza per la presentazione dell'offerta è causa di esclusione dalla partecipazione alla gara.**
- F. **elenco delle richieste di chiarimenti** debitamente sottoscritto con firma digitale per totale e completa accettazione da: (1) in caso di impresa singola: il legale rappresentante; (2) in caso di GEIE, RTI o Consorzio: ciascuno dei legali rappresentanti delle imprese facenti parte del raggruppamento.
- G. **Elenco dei principali enti del Servizio Sanitario pubblico o privato presso i quali sono state effettuate forniture analoghe nell'ultimo triennio (2013-2014-2015)** (si precisa che tale dichiarazione non rientra nelle ipotesi di cui all'art. 83 del D.Lgs. 50/16 e pertanto non sarà oggetto di richiesta di mezzi di prova ai sensi dell'art.86 del D.Lgs. 50/16);

7. DOCUMENTAZIONE TECNICA <i>richiesta per la partecipazione alla procedura di gara</i>

Le imprese concorrenti sono tenuti a dimostrare la capacità tecnica ai sensi dell'art. 86 comma 5 del D.Lgs. 50/2016 mediante la presentazione di un progetto tecnico inerente il sistema integrato per la gestione informatizzata di un Centro (PMA) nonché i connessi servizi di assistenza e manutenzione per la durata di 36 mesi post-garanzia. **Il suddetto progetto dovrà essere specifico per questa Azienda e dovrà essere rappresentato mediante la documentazione tecnica** indicata al capitolo 16.1 del capitolato tecnico. Si evidenzia che dovrà essere presentata la **certificazione/autodichiarazione relativa** alla lettera H della Tabella contenuta nel capitolo 16.1 del Capitolato Tecnico **(pena l'esclusione)**.

Tutto quanto proposto si intende compreso nell'offerta economica presentata dall'Impresa aggiudicataria, pertanto dovrà essere reso senza alcun onere economico aggiuntivo per questa Azienda. Si invitano pertanto le imprese partecipanti ad astenersi dalla presentazione di produzioni standard e non riferite specificatamente ai contenuti del capitolato di gara ed alle specifiche esigenze di questa Azienda.

Le imprese concorrenti dovranno presentare la **Dichiarazione di autorizzazione all'accesso agli atti** mediante l'apposito modello allegato (All. A2), debitamente compilata, con la quale la Ditta autorizza l'accesso, in tutto o in parte, alla documentazione costituente l'offerta tecnica. L'individuazione di parti riservate sottratte all'accesso devono essere motivate. La mancata presentazione della dichiarazione costituisce autorizzazione all'accesso della documentazione de quo. La **scansione dell'originale** della dichiarazione deve essere **firmata digitalmente** dal legale rappresentante in caso di impresa singola; nel caso di concorrenti costituiti da imprese associate o da associarsi, la medesima dichiarazione deve essere prodotta e **sottoscritta digitalmente da ciascun concorrente** che costituisce o che costituirà l'associazione o il consorzio o il GEIE.

L'impresa non dovrà includere nella documentazione tecnica elementi di carattere economico riconducibili all'offerta, **pena l'esclusione**.

La documentazione tecnica specificata, dovrà essere in lingua italiana e presentata in formato elettronico, inserita nel sistema nell'apposito spazio destinato all'offerta tecnica e **deve essere sottoscritta, con firma digitale: (1) in caso di impresa singola: dal legale rappresentante; (2)**

in caso di GEIE, RTI o Consorzio: da ciascuno dei legali rappresentanti delle imprese facenti parte del raggruppamento.

8. OFFERTA ECONOMICA

L'importo complessivo dell'appalto di seguito IMPORTO TOTALE (PTOT) a base d'asta è pari a € 185.000,00 IVA esclusa, di cui:

- > € 0,00 IVA esclusa: oneri per rischi da interferenza non soggetti a ribasso;
- > € 65.000,00 (IVA esclusa) per la fornitura di un sistema integrato per la gestione informatizzata di un centro PMA come riportato nella parte A al Cap. 4 del capitolato tecnico (*Pcompl.1*);
- > € 15.000,00 (IVA esclusa) per la realizzazione di n. 3 integrazioni obbligatorie come riportato nella parte B al Cap. 4 del capitolato tecnico (*Punit.2.1 + Punit.2.2 + Punit.2.3 = Pcompl.2*)
- > € 75.000,00 (IVA esclusa) per il servizio di assistenza e di manutenzione post- garanzia (36 mesi) e per l'attività di formazione successiva a quella iniziale come da art. 11 del capitolato tecnico (*Punit.3*3 anni=Pcompl.3*)
- > € 30.000,00 (IVA esclusa) per la realizzazione di integrazioni facoltative (*Pcompl.4*)

Le imprese partecipanti sono tenute a indicare nell'offerta economica della RDO l'offerta complessiva IMPORTO TOTALE ossia $PTOT = Pcompl.1 + Pcompl.2 + Pcompl.3 + Pcompl.4$ (IVA ESCLUSA).

Gli importi parziali non sono singolarmente superabili **pena l'esclusione**, in particolare:

- *Pcompl.1* non potrà essere superiore a € 65.000,00
- *Pcompl.2* non potrà essere superiore a € 15.000,00
- *Pcompl.3* non potrà essere superiore a € 75.000,00
- *Pcompl.4* non potrà essere superiore a € 30.000,00

L'importo totale non potrà essere superiore a € 185.000,00,00 IVA esclusa, **pena l'esclusione**.

Le imprese partecipanti dovranno compilare ed allegare, **PENA L'ESCLUSIONE**, il **modulo esplicitazione offerta** (nome file modulo_explicitazione_offerta_nome_impresa.pdf.p7m) allegato (all. A3) al presente disciplinare di gara con i seguenti dati:

ID	Descrizione	Descrizione prodotto	Q.tà	Prezzo unitario offerto (IVA esclusa)	Prezzo complessivo offerto (IVA esclusa)	% IVA
P.1	Fornitura di un sistema per la gestione informatizzata di un centro PMA come dettagliatamente riportato nella parte A del Quadro Economico di Progetto (Cap. 4 del Capitolato Tecnico)		a corpo		Pcompl.1	
P.2	Realizzazione di n. 3 integrazioni obbligatorie come dettagliatamente riportato nella parte B del Quadro Economico di Progetto (Cap. 4 del Capitolato Tecnico)	Integrazione con CUP	1	Punit.2.1	Pcompl.2	
		Integrazione con LIS	1	Punit.2.2		
		Integrazione con RIS PACS	1	Punit.2.3		

P.3	Servizio di assistenza e manutenzione post-garanzia (36 mesi) per il software e per l'eventuale hardware fornito inclusi materiali di consumo necessari al sistema di tracciabilità e attività di formazione successiva a quella iniziale		3 anni	Punit.3	Pcompl.3	
P.4	Integrazioni opzionali parte C		400 ore	Punit.4	Pcompl.4	
PTOT	IMPORTO TOTALE da riportare nell'offerta economica dell'RDO (IVA esclusa) PTOT= Pcompl.1 + Pcompl.2 + Pcompl.3 + Pcompl.4 deve essere inferiore o uguale a € 185.000,00 IVA esclusa, a pena di esclusione				PTOT	

Tale modulo esplicitazione offerta deve essere **firmato digitalmente**, da: (1) in caso di impresa singola: il legale rappresentante; (2) in caso di GEIE, RTI o Consorzio: ciascuno dei legali rappresentanti delle imprese facenti parte del raggruppamento.

*L'importo indicato nell'offerta economica della RDO generata dal sistema MEPA di Consip S.p.A. deve corrispondere all'importo totale $PTOT = Pcompl.1 + Pcompl.2 + Pcompl.3 + Pcompl.4$ (IVA ESCLUSA) offerto nel succitato modulo esplicitazione offerta. **L'offerta PTOT costituisce la base per il calcolo del punteggio relativo al prezzo.** Nel caso di discordanza fra l'importo riportato su offerta generata dal sistema MEPA di Consip S.p.A. e il modulo di esplicitazione offerta prevarranno gli importi unitari ivi indicati.*

I costi per la sicurezza derivanti da interferenze sono pari a zero. Il prezzo offerto si intende comprensivo di ogni e qualsiasi onere gravante sul servizio da rendere. **E' esclusa dal prezzo solo l'IVA** che rimane a carico di questa Azienda e la cui percentuale deve essere sempre chiaramente indicata.

L'impresa aggiudicataria assume l'obbligo di eseguire la fornitura/servizio ai prezzi indicati in offerta. Tali prezzi devono intendersi fissi, invariabili e in nessun caso suscettibili di revisione, salvo quanto previsto da specifiche norme di legge.

Eventuali offerte in alternativa e/o opzionali non verranno prese in considerazione.

Offerte parziali (ovvero offerte che non ricomprendono la fornitura e i servizi facenti parte dell'appalto) e/o espresse in maniera indeterminata e/o condizionate e/o con riferimento ad offerte relative ad altro appalto **VERRANNO ESCLUSE**.

Ai sensi del D.Lgs.123/07, i concorrenti devono altresì:

– indicare **nell'apposito spazio**, gli oneri per i costi della sicurezza derivanti dai rischi da interferenza (pari a € 0) e gli oneri per i costi della sicurezza afferenti all'attività svolta dall'impresa. (Gli oneri che devono essere indicati sono quelli **sostenuti dall'operatore economico** per gli **adempimenti cui è tenuto ai sensi del D.Lgs. 81/2008** e imputati allo specifico all'appalto. Si precisa che per oneri della sicurezza afferenti l'impresa si intendono i costi ex lege sostenuti dall'operatore economico per la sicurezza e tutela dei lavoratori inerenti la propria attività di impresa commisurati alle caratteristiche e all'entità dell'appalto, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: oneri connessi alla sorveglianza sanitaria, dpi individuali, redazione ed elaborazione DVR etc., e comunque diversi da quelli da interferenze);

dichiarare che i prezzi offerti si intendono comprensivi dei citati oneri;

– **dichiarare che nella determinazione dei prezzi** offerti non sono stati assoggettati a ribasso i succitati costi.

Tali dichiarazioni sono presenti nel **modulo esplicitazione offerta**.

All'interno dell' Offerta economica, le imprese partecipanti potranno inserire le giustificazioni di cui all'art. 97 del D.Lgs 50/2016 (**nome file modulo_giustificativi_nome_impresa.pdf.p7m**).

9. MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE OFFERTE

Le imprese partecipanti dovranno presentare tutta la documentazione amministrativa, tecnica, ed economica indicata ai punti 6),7) e 8). **Il nome dei singoli FILE** dei documenti presentati dovranno riportare il **nominativo dell'Impresa partecipante**.

I file della **documentazione amministrativa** potranno essere contenuti in una o più cartelle .zip (es.dichiarazione_unica_nome_impresa.zip.)

I file della **documentazione tecnica** potranno essere contenuti in una o più cartelle .zip (ad esempio documentazione_tecnica_1_nome_impresa.zip, documentazione_tecnica_2_nome_impresa.zip ecc.). In questo caso è sufficiente apporre la firma digitale sul file. zip intendendosi valida per tutti i file in esso contenuti.

Il file **modulo_esplicitazione_offerta_nome_impresa.pdf.p7m** dovrà essere in formato .pdf e firmato digitalmente.

10. CRITERI DI AGGIUDICAZIONE

L'aggiudicazione avverrà **a lotto unico intero non frazionabile**, in favore dell'**offerta economicamente più vantaggiosa**, valutata sulla base dei criteri: **qualità (peso 70) e prezzo (peso 30)**.

La gara sarà aggiudicata, anche in presenza di una sola offerta formalmente valida, purché ritenuta conveniente e congrua da parte dell'Ente attraverso il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa ai sensi dell' art. 95 del D.Lgs.n. 50/2016 e con l'applicazione del metodo di confronto a coppie”

CRITERIO	P.TI MAX
Punteggio tecnico totale Riparametrato (PTR)	70
Punteggio economico (PE)	30
Ptotale	100

La migliore offerta sarà determinata dal punteggio complessivo (Ptotale) più alto, che sarà ottenuto:

$$P_{totale} = PTR + PE$$

QUALITA': MAX 70 PUNTI.

Con riferimento al criterio “PUNTEGGIO TECNICO”, le offerte saranno valutate in base ai criteri di valutazione qualitativi indicati all'art. 19 del capitolato tecnico .

La commissione giudicatrice si riserva di richiedere alle società partecipanti una dimostrazione del software offerto come specificato all'art. 16.2 del capitolato tecnico. Si procederà alla convocazione delle società partecipanti con almeno due giorni di anticipo.

Il Punteggio Tecnico totale Provvisorio (PTP) viene determinato con le seguenti modalità:

1a) il punteggio di ciascun concorrente, è determinato sommando i valori calcolati per ogni criterio di valutazione qualitativo, ottenuti moltiplicando il peso fissato per il coefficiente risultante per ciascuna offerta, in base al confronto a coppie mediante l'impiego della tabella triangolare prevista dalle linee guida, per ogni criterio di valutazione qualitativo.

Ciascun commissario provvede dunque a valutare quale dei due elementi, che formano ciascuna coppia, sia da preferire e attribuisce un punteggio che varia da 1 (parità), 2 (preferenza minima), 3 (preferenza piccola), 4 (preferenza media), 5 (preferenza grande) a 6 (preferenza massima). In ciascuna casella viene collocata la lettera corrispondente all'elemento che è stato preferito con il relativo grado di preferenza (in caso di parità entrambe le lettere, assegnando un punto a ciascuno degli elementi di confronto). Terminati i confronti a coppie si sommano i valori risultanti e attribuiti per ogni criterio dai commissari. Tali somme provvisorie vengono trasformate in coefficienti definitivi, riportando ad 1 la somma più alta e proporzionando a tale somma massima le somme provvisorie risultanti dall'attribuzione di tutti i commissari.

In presenza di un numero di offerte inferiore a tre non verrà applicato il “confronto a coppie”. Il punteggio verrà assegnato a giudizio insindacabile della Commissione giudicatrice secondo la seguente modalità:

- ciascun commissario attribuirà un giudizio sintetico a cui corrisponde un coefficiente compreso tra 0 e 1 (vedi tabella sotto riportata).

Coefficiente	Giudizio
0	In caso di mancanza di documentazione o di elementi necessari per la valutazione del parametro considerato
0,25	In relazione ad un giudizio espresso sul parametro considerato “scarso”
0,50	In relazione ad un giudizio espresso sul parametro considerato “accettabile”
0,65	In relazione ad un giudizio espresso sul parametro considerato “più che accettabile”
0,75	In relazione ad un giudizio espresso sul parametro considerato “buono”
0,85	In relazione ad un giudizio espresso sul parametro considerato “molto buono”
1	In relazione ad un giudizio espresso sul parametro considerato “ottimo”

- al termine della valutazione, per ciascun criterio, sarà eseguita la media aritmetica dei coefficienti attribuiti dai commissari. Qualora nessun concorrente ottenga un coefficiente pari a 1, si procederà a trasformare la media dei coefficienti attribuiti ad ogni offerta in coefficienti definitivi, riportando ad 1 la media più alta e proporzionando a tale media massima le medie provvisorie prima calcolate attraverso la formula $\text{Coeff}(i) = \text{media}(i) / \text{media (massima)}$. Il coefficiente così ottenuto verrà poi moltiplicato per il peso fissato per ogni criterio.

L'offerta dell'Operatore Economico che otterrà, prima della riparametrazione, un Punteggio Tecnico totale Provvisorio (**PTP**) inferiore a 35 punti sul totale di 70 punti sarà esclusa dal proseguimento della procedura di gara e, pertanto, non sarà riparametrata, né ammessa alla fase di apertura delle buste contenenti l'offerta economica.

Inoltre ai fini dell'anomalia dell'offerta si terrà conto del Punteggio Tecnico totale riparametrato. Qualora nessuna offerta abbia acquisito il massimo punteggio tecnico totale Provvisorio (**PTP**) (70) attribuibile, all'Operatore Economico che avrà ottenuto il maggior punteggio tecnico totale

Provvisorio (PTP) verranno attribuiti punti 70. Agli altri verranno assegnati punti proporzionalmente decrescenti secondo la formula

$$PTR = 70 \times (PTP)/(PTMax)$$

dove:

- PTR = Punteggio Tecnico totale Riparametrato
- PTP = Punteggio Tecnico totale Provvisorio
- PTMax = valore del punteggio tecnico totale provvisorio ottenuto dalla migliore offerta

I punteggi saranno apprezzati al secondo decimale per troncamento.

Tale riparametrazione consente di rendere confrontabili i punteggi tecnici ed economici in quanto garantisce il mantenimento del rapporto tra il peso stabilito per la valutazione dell'offerta tecnica (70) ed il peso stabilito per l'offerta economica (30).

PREZZO: MAX 30 PUNTI.

il punteggio relativo al parametro "prezzo" (PE) sarà attribuito attraverso la formula di calcolo "*non lineare a proporzionalità inversa (interdipendente)*" prevista dalla piattaforma CONSIP S.p.A. per la procedura di acquisto tramite RdO, aggiudicata all'offerta economicamente più vantaggiosa.

(si precisa che nell'offerta economica della RDO dovrà essere riportato l'IMPORTO ossia $PTOT = Pcompl.1 + Pcompl.2 + Pcompl.3 + Pcompl.4$ (IVA ESCLUSA).

All'offerta che presenterà il prezzo più basso (PM) verranno assegnati 30 punti, alle altre offerte punti proporzionalmente decrescenti secondo la formula:

$$PE=30*PM/PO$$

dove:

PM = prezzo più basso tra quelli offerti in gara

PO = prezzo offerto dal concorrente

Nell'applicazione di tutte le formule utilizzate per la valutazione dei punteggi si applicherà l'arrotondamento matematico alle prime due cifre decimali.

Saranno escluse le offerte espresse in maniera indeterminata, condizionate, in alternativa e/o sostitutive, opzionali. Sono altresì escluse offerte superiori agli importi a base d'asta indicati nel modulo esplicitazione offerta.

SI PROCEDERÀ ALL'AGGIUDICAZIONE anche in presenza di una sola offerta valida.

Nell'ipotesi di offerte che avranno ottenuto il medesimo indice di valutazione dell'offerta, si procederà all'aggiudicazione in favore della ditta che avrà offerto l'importo complessivo (IVA esclusa) più basso, nell'ipotesi in cui entrambe le ditte abbiano offerto lo stesso importo complessivo IVA esclusa si procederà all'aggiudicazione mediante sorteggio.

11. MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLA GARA

il RUP, alla presenza di due dipendenti di questa Azienda in qualità di testimoni, procederà, il giorno _____ alle ore 11:00 presso la sede della U.O.C. Gestione Approvvigionamento di beni e servizi e Logistica, Viale Trieste 391- 61121 Pesaro, come segue:

- verifica delle offerte pervenute entro il termine ultimo indicato;
- apertura della documentazione amministrativa (meno la documentazione tecnica e l'offerta economica) e verifica della presenza dei documenti richiesti dal presente disciplinare ed ammissione delle ditte.

Si procederà all'esclusione nelle seguenti specifiche situazioni:

- *offerte pervenute in ritardo;*
- *mancata presentazione della documentazione tecnica e/o l'offerta economica;*
- *non iscrizione dell'impresa partecipante alla C.C.I.A.A. o analogo registro commerciale dello stato di appartenenza, ai sensi dell'art.83 del D.Lgs. 50/16;*
- *in tutte le altre situazioni esplicitamente previste nella documentazione di gara.*

Si applicano alla presente procedura le previsioni di cui all'art. 83 del D.Lgs. n. 50/2016. A tali scopi la sanzione pecuniaria prevista ammonta all'uno per mille dell'importo di gara, di cui al presente Disciplinare (e comunque per un importo non inferiore a 50 €). Si precisa pertanto che, in caso d'irregolarità essenziale degli elementi e delle dichiarazioni sostitutive, di cui al comma 9 dell'art. 83 del D.Lgs. 50/2016, questa Azienda assegnerà un termine perentorio (non superiore a 10 gg) perché siano rese, integrate o regolarizzate le dichiarazioni necessarie.

Il pagamento della sanzione potrà avvenire attraverso versamento da effettuarsi, entro il termine di cui sopra, c/o presso Banca delle Marche di Pesaro, Sede centrale c/c Tesoreria n. 2100400 intestato ad Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", codice IBAN IT57X0605513310000000028325 **(con indicazione della causale)**. In tale ipotesi, insieme all'integrazione dovrà essere allegata la ricevuta del versamento.

Vengono mantenute chiuse le "buste elettroniche" contenenti le offerte tecniche ed economiche.

Dopo la scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte verrà nominata la commissione giudicatrice ai sensi dell'art.77 del D.Lgs. 50/2016.

Le "buste elettroniche", contenenti l'offerta tecnica presentata da ciascuna ditta ammessa, verranno aperte in seduta pubblica (previa comunicazione tramite MEPA alle imprese partecipanti con preavviso di circa uno/due giorni) alla presenza della Commissione Giudicatrice appositamente nominata dall'AORMN per la valutazione, in successive sedute non pubbliche, delle offerte pervenute ed all'attribuzione dei punteggi relativi alla qualità.

In una o più sedute riservate, la Commissione giudicatrice procederà all'esame dei contenuti dei documenti presentati con l'attribuzione dei punteggi relativi all'offerta tecnica.

Successivamente preso atto dei punteggi tecnici assegnati dalla commissione giudicatrice, si procederà in seduta pubblica (previa comunicazione tramite MEPA alle imprese partecipanti con preavviso di circa uno/due giorni) alla presenza della Commissione Giudicatrice:

- all'esclusione delle eventuali offerte che avranno ottenuto prima della riparametrazione, un punteggio tecnico complessivo assegnato Provvisorio (**PTP**) inferiore a 35 punti (ai sensi dell'art.10 del presente disciplinare);
- all'apertura delle offerte economiche presentate dagli operatori economici ammessi;
- all'esclusione delle eventuali offerte che superano gli importi a base d'asta e offerte pari a zero;
- all'esclusione delle eventuali offerte espresse in maniera indeterminata, condizionate e/o con riferimento ad offerte relative ad altro appalto;
- all'attribuzione dei relativi punteggi al parametro "prezzo" (PE) secondo la formula esplicitata all'art. 10 del presente disciplinare;
- all'individuazione dell'impresa provvisoriamente aggiudicataria.
- alla individuazione delle offerte anormalmente basse secondo la disciplina del Codice
- Il RUP e la commissione giudicatrice si riservano la facoltà di sospendere temporaneamente la procedura, di rimandarla a successiva data – della quale sarà dato tempestivo avviso alle imprese concorrenti – qualora, nel corso delle sedute pubbliche di gara, si rendessero necessari chiarimenti, consulenze, pareri, elaborazione dati etc.

Alle sedute pubbliche potranno partecipare i legali rappresentanti delle ditte partecipanti o delegati muniti di regolare procura.

12. OFFERTE ANOMALE

Qualora siano state individuate offerte anormalmente basse il sub procedimento concernente la verifica e l'eventuale esclusione delle offerte che appaiono anormalmente basse è disciplinato dall'art. 97 del D.Lgs 50/2016.

Il soggetto che presiede la gara chiude la seduta pubblica e ne dà comunicazione al RUP, che procede alla verifica delle giustificazioni presentate dai concorrenti ai sensi dell'art. 97 del D.Lgs 50/2016, avvalendosi degli uffici o organismi tecnici della stazione appaltante ovvero della commissione di gara.

13. ADEMPIMENTI SUCCESSIVI ALL'AGGIUDICAZIONE

L'impresa aggiudicataria è tenuta a prendere immediati contatti con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e protezione di questa Azienda (Tel. 0721/364166-4170) per l'elaborazione del Documento Unico di Valutazione dei Rischi che dovrà essere allegato al contratto.

L'impresa/RTI/consorzio aggiudicatario dovrà fornire, entro 15 giorni dalla richiesta di questa Azienda:

- ✓ cauzione definitiva, con le modalità di cui al punto 15) del presente disciplinare;
- ✓ quanto eventualmente richiesto dal capitolato tecnico.

14. STIPULAZIONE CONTRATTO E SPESE CONTRATTUALI

Per i tempi e per la formalizzazione del contratto si rinvia al D.Lgs.50/16. Tutte le spese inerenti e conseguenti la formalizzazione contrattuale sono ad esclusivo carico, senza diritto di rivalsa, dell'impresa aggiudicataria.

Questa Azienda si riserva la facoltà di procedere alla sottoscrizione del contratto sotto condizione risolutiva della verifica della mancanza dei motivi di esclusione di cui all'art.80 del D.Lgs. 50/16 e di dare avvio all'esecuzione del contratto in via d'urgenza, ai sensi dell'art.32 del D.Lgs. 50/16.

15. GARANZIE DI ESECUZIONE

L'impresa aggiudicataria dovrà prestare cauzione definitiva, in originale, ai sensi dell'art.103 del D.Lgs. 50/16. In caso di RTI la polizza dovrà essere intestata all'impresa capogruppo, in qualità di mandataria del raggruppamento, e dovranno essere espressamente indicate e garantite tutte le imprese facenti parte dello stesso.

La cauzione rilasciata garantisce tutti gli obblighi specifici assunti dall'impresa e pertanto resta inteso che l'Azienda ha diritto di rivalersi sulla cauzione anche per l'applicazione delle penali.

Qualora l'ammontare della cauzione dovesse ridursi per effetto dell'applicazione delle penali, o per qualsiasi altra causa, l'impresa dovrà provvedere al suo reintegro entro i termine di 15 giorni dal ricevimento della relativa richiesta effettuata dall'Azienda.

La cauzione definitiva resta vincolata fino al termine del rapporto contrattuale.

Lo svincolo della cauzione definitiva anzidetta sarà disposto da questa Azienda su espressa richiesta dell'impresa aggiudicataria solo dopo la verifica di corretto e regolare esecuzione del servizio.

16. CHIARIMENTI

Ciascuna impresa concorrente ha facoltà di richiedere, **mediante il ME.PA. (nell'area "comunicazioni") della piattaforma Consip S.p.A.**, chiarimenti circa la documentazione inerente la presente gara entro e non oltre le ore e il giorno indicati nella RDO (richieste pervenute oltre tale termine non verranno tenute in considerazione). Questa Azienda procederà ad inviare, **mediante il ME.PA. (nell'area "comunicati") della piattaforma Consip S.p.A.**, l'elenco delle richieste di chiarimenti pervenute con le relative risposte entro il _____.

17. COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni inerenti il presente procedimento verranno effettuate **mediante il ME.PA. (nell'area "comunicati") della piattaforma Consip S.p.A.** Questa Azienda si riserva di

comunicare eventuali modifiche, rettifiche e/o informazioni sostanziali fino al termine ultimo fissato per la presentazione delle offerte pertanto gli operatori economici sono tenuti a verificare le comunicazioni fino al termine ultimo fissato per la presentazione delle offerte.

Le comunicazioni inerenti il presente procedimento successive alla fase di aggiudicazione definitiva verranno effettuate, ai sensi dell'art.52 del D.Lgs.50/16, mediante trasmissione a mezzo fax, al numero e indirizzo PEC che ciascun concorrente è tenuto ad indicare nella dichiarazione di cui al punto 6) lett.A) del presente disciplinare. **Non si assumono responsabilità in ordine a numeri di fax/PEC errati e/o incompleti.**

18. ALTRE NORME

Questa Azienda si riserva la possibilità:

- di non dar luogo alla gara, o di prorogarne i termini di scadenza, senza che i concorrenti possano avanzare pretese al riguardo.
- di non accettare alcuna delle offerte per motivi di pubblico interesse.

Il verbale di gara non tiene fede di contratto.

L'offerta sarà impegnativa solamente per l'impresa offerente e dovrà avere validità pari ad almeno 180 giorni dal termine ultimo per la presentazione delle offerte.

L'aggiudicazione diverrà definitiva dopo l'approvazione delle risultanze da parte di questa Azienda. Questa Azienda si riserva la facoltà, a proprio insindacabile giudizio e senza che le imprese partecipanti e/o provvisoriamente aggiudicatarie possano accampare alcuna pretesa o diritto al riguardo, di: non procedere all'aggiudicazione qualora non ritenga congrui i prezzi rispetto a quelli riscontrabili da indagini di mercato e/o rispetto a quelli attualmente sostenuti da questa Azienda; adottare ogni e qualsiasi provvedimento di sospensione, annullamento, revoca, abrogazione e/o aggiudicazione parziale.

Questa Azienda si riserva la facoltà di non assegnare l'appalto in parola ovvero di risolvere il diritto di contratto di fornitura, senza alcun indennizzo per la ditta aggiudicataria, qualora CONSIP assegni una fornitura equivalente ad un prezzo inferiore a quello aggiudicato con il presente appalto.

Per quanto non previsto dal presente disciplinare di gara, si rinvia alla documentazione di gara, al codice civile nonché alla normativa vigente in materia.

Per qualsiasi informazione rivolgersi alla U.O.C. Servizio Informatico aziendale, sistema informativo e reti, tel. 0721/366348-67-39; fax: 0721/366336. Il responsabile unico del procedimento è la Dott.ssa Daniela Masci tel. 0721/366384 daniela.masci@ospedalimarchenord.it

**Il Responsabile Unico del Procedimento
Dott.ssa Daniela Masci**

Daniela Masci

- All.A1- modulo dichiarazione unica
- All.A2- Dichiarazione accesso agli atti
- All.A3- modulo esplicitazione offerta
- All.A4- Capitolato speciale
- All.A5 – Patto d'integrità
- All. A6- preDUVRI

All'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"
Viale Trieste, 391 - 61121 Pesaro

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI/ATTO NOTORIO
(ART. 46 E 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445)

Oggetto della gara: fornitura di n. 1 sistema integrato per la gestione informatizzata di un centro di PMA e connessi servizi di assistenza e manutenzione per la durata di 36 mesi post-garanzia

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____ (_____) _____
residente a _____ (_____) Via _____
codice fiscale _____
in qualità di _____
della ditta _____ (di seguito nominata per brevità Impresa)
con sede legale in _____ (_____) Cap _____
Via _____
con sede operativa in _____ (_____) Cap _____
Via _____
tel. _____ n° di fax _____ PEC _____ ai quali autorizza l'invio di
comunicazioni ai sensi del nuovo codice

Codice Fiscale dell'Impresa _____ Partita IVA dell'Impresa _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., consapevole, altresì, di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

A) REQUISITI DI PARTECIPAZIONE:

di partecipare alla procedura in oggetto come (barrare la casella corrispondente):

- ☐ impresa singola;
- ☐ raggruppamento temporaneo di imprese formato dalle seguenti imprese (specificare le prestazioni e la percentuale dell'appalto eseguite da ciascuna ditta):

Ditta	Prestazioni eseguite	% dell'appalto eseguita

e che, in caso di aggiudicazione, sarà conferito mandato collettivo speciale con rappresentanza alla seguente impresa (mandataria) _____, che stipulerà il contratto in nome e per conto proprio e dei mandati. Inoltre si uniformerà alla disciplina vigente in materia;

- ☐ consorzio fra società cooperative di produzione e lavoro o consorzio tra imprese artigiane (art.45 co.2 lett.b del D.Lgs. 50/2016);
 - ☐ consorzio stabile (art.45 co.2 lett.c del D.Lgs. 50/2016);
 - ☐ consorzio ordinario (art.45 co.2 lett.e del D.Lgs. 50/2016);
- per conto delle seguenti ditte consorziate (specificare le prestazioni e la percentuale dell'appalto eseguite da ciascuna ditta):

Ditta	Prestazioni eseguite	% dell'appalto eseguita

(in caso di associazione o consorzio o GEIE già costituito): occorre allegare la scansione del **mandato collettivo irrevocabile** con rappresentanza conferito alla mandataria per atto pubblico o scrittura privata autenticata, ovvero dell'atto costitutivo in copia autentica del consorzio o GEIE.

DICHIARA

B) REQUISITI DI ORDINE GENERALE (art. 80 D.Lgs. 50/2016):

di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i. ed in particolare:

(BARRARE CON "X")

☐ 1) di non aver riportato condanne con sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale (anche riferita ad un subappaltatore nei casi di cui all'art. 105, comma 6, D.Lgs 50/2016), per uno dei seguenti reati:

- a) delitti, consumati o tentati, di cui agli articoli 416, 416-bis del codice penale ovvero delitti commessi avvalendosi delle condizioni previste dal predetto articolo 416-bis ovvero al fine di agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso articolo, nonché per i delitti, consumati o tentati, previsti dall'articolo 74 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, dall'articolo 291-quater del decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43 e dall'articolo 260 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, in quanto riconducibili alla partecipazione a un'organizzazione criminale, quale definita all'articolo 2 della decisione quadro 2008/841/GAI del Consiglio (art. 80 D.Lgs. 50/2016, comma 1, lett. a);
- b) delitti, consumati o tentati, di cui agli articoli 317, 318, 319, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353, 353-bis, 354, 355 e 356 del codice penale nonché all'articolo 2635 del codice civile (art. 80 D.Lgs. 50/2016, comma 1, lett. b);
- c) frode ai sensi dell'articolo 1 della convenzione relativa alla tutela degli interessi finanziari delle Comunità europee (art. 80 D.Lgs. 50/2016, comma 1, lett. c);
- d) delitti, consumati o tentati, commessi con finalità di terrorismo, anche internazionale, e di eversione dell'ordine costituzionale reati terroristici o reati connessi alle attività terroristiche (art. 80 D.Lgs. 50/2016, comma 1, lett. d);
- e) delitti di cui agli articoli 648-bis, 648-ter e 648-ter.1 del codice penale, riciclaggio di proventi di attività criminose o finanziamento del terrorismo, quali definiti all'articolo 1 del decreto legislativo 22 giugno 2007, n. 109 e successive modificazioni (art. 80 D.Lgs. 50/2016, comma 1, lett. e);
- f) sfruttamento del lavoro minorile e altre forme di tratta di esseri umani definite con il decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24 (art. 80 D.Lgs. 50/2016, comma 1, lett. f);
- g) ogni altro delitto da cui derivi, quale pena accessoria, l'incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione (art. 80 D.Lgs. 50/2016, comma 1, lett. g);

nei confronti:

- ☐ del titolare o del direttore tecnico, se si tratta di impresa individuale;
- ☐ di un socio o del direttore tecnico, se si tratta di società in nome collettivo;
- ☐ dei soci accomandatari o del direttore tecnico, se si tratta di società in accomandita semplice;
- ☐ dei membri del consiglio di amministrazione cui sia stata conferita la legale rappresentanza, di direzione o di vigilanza o dei soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o di controllo, del direttore tecnico o del socio unico persona fisica, ovvero del socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
- ☐ dei soggetti cessati dalla carica nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando di gara, qualora l'impresa non dimostri che vi sia stata completa ed effettiva dissociazione della condotta penalmente sanzionata;

A tal proposito indicare:

- ☐ per le società di capitali anche consortili ai sensi dell'art. 2615ter del c.c., società cooperative, consorzi cooperativi, consorzi di cui al libro V, titolo X, capo II, sezione II del c.c.: generalità del Legale rappresentante e degli eventuali membri dell'organo di amministrazione e Direttori Tecnici; dei consorziati che nei consorzi o società consortili detengano una partecipazione superiore al 10%; dei soci o consorziati che operino in modo esclusivo con la pubblica amministrazione;
- ☐ per i consorzi ex art. 2602 c.c.: generalità di chi ne ha la rappresentanza e degli imprenditori delle società consorziate e dei Direttori Tecnici;
- ☐ per le società in nome collettivo: generalità di tutti i soci e dei Direttori Tecnici;

- ☐ *per le società in accomandita semplice*: generalità dei soci accomandatari e dei Direttori Tecnici;
- ☐ *per le società di cui all'art. 2506 c.c.*: generalità di chi ne ha la stabile rappresentanza nel territorio dello Stato Italiano;
- ☐ *per le imprese individuali*: generalità del titolare e dei Direttori Tecnici;
- ☐ *per altro tipo di società*: generalità degli amministratori muniti di poteri di rappresentanza e dei Direttori Tecnici e dei titolari di incarichi di direzione, vigilanza e controllo (incluso il collegio sindacale e gli organismi di vigilanza);

cognome e nome: _____ C.F. _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____ qualifica _____

cognome e nome: _____ C.F. _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____ qualifica _____

cognome e nome: _____ C.F. _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____ qualifica _____

- ☐ **1 bis)** di trovarsi in una situazione di cui al comma 1, in cui la sentenza definitiva abbia imposto una pena detentiva non superiore a 18 mesi ovvero abbia riconosciuto l'attenuante della collaborazione come definita per le singole fattispecie di reato, e di aver risarcito o di essersi impegnato a risarcire qualunque danno causato dal reato o dall'illecito e di aver adottato provvedimenti concreti di carattere tecnico, organizzativo e relativi al personale idonei a prevenire ulteriori reati o illeciti;
- ☐ **2)** che non sussistono cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 o di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'articolo 84, comma 4, del medesimo decreto. Resta fermo quanto previsto dagli articoli 88, comma 4-bis e 92, commi 2 e 3, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, con riferimento alle comunicazioni antimafia e alle informazioni antimafia (*art. 80, comma 2, D.Lgs. 50/2016*);
- ☐ **3)** che non ha commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui sono stabiliti (*art. 80, comma 4, D.Lgs. 50/2016*);
- ☐ **4)** che non sono state violate norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro nonche' agli obblighi di cui all'articolo 30, comma 3 del D.Lgs. 50/2016 (*art. 80, comma 5, lett. a, D.Lgs. 50/2016*);
- ☐ **5)** che non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di concordato con continuità aziendale, o nei cui riguardi sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni, fermo restando quanto previsto dall'articolo 110 D.Lgs. 50/2016 (*art. 80, comma 5, lett. b, D.Lgs. 50/2016*);
- ☐ **6)** che non si è reso colpevole di gravi illeciti professionali, tali da rendere dubbia la sua integrità o affidabilità (*art. 80, comma 5, lett. c, D.Lgs. 50/2016*).

☐ **7)** che la partecipazione alla procedura non determina una situazione di conflitto di interesse ai sensi dell'articolo 42, comma 2, non diversamente risolvibile (*art. 80, comma 5, lett. d, D.Lgs. 50/2016*);

☐ **8)** che non ha creato una distorsione della concorrenza derivante dal precedente coinvolgimento degli operatori economici nella preparazione della procedura d'appalto di cui all'articolo 67 D.Lgs 50/2016 (*art. 80, comma 5, lett. e, D.Lgs. 50/2016*);

☐ **9)** che non è stato soggetto alla sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 o ad altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (*art. 80, comma 5, lett. f, D.Lgs. 50/2016*);

☐ **10)** che non è iscritto nel casellario informatico tenuto dall'Osservatorio dell'ANAC per aver presentato false dichiarazioni o falsa documentazione ai fini del rilascio dell'attestazione di qualificazione, per il periodo durante il quale perdura l'iscrizione (*art. 80, comma 5, lett. g, D.Lgs. 50/2016*);

☐ **11)** che non ha violato il divieto di intestazione fiduciaria di cui all'articolo 17 della legge 19 marzo 1990, n. 55. (*art. 80, comma 5, lett. h, D.Lgs. 50/2016*);

☐ **12)** la sussistenza della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 (*art. 80, comma 5, lett. i, D.Lgs. 50/2016*);

L'operatore economico si impegna inoltre, a richiesta della stazione appaltante, a presentare la certificazione di cui all'art. 17 della legge 68/99 disciplinante il diritto al lavoro dei disabili e di essere in regola con tale normativa, avendo (*barrare la voce di interesse*):

- ☐ un organico inferiore a 15 dipendenti
- ☐ un organico compreso tra 15 e 35 dipendenti, e di non avere effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000
- ☐ un organico compreso tra 15 e 35 dipendenti e, avendo effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000 o avendo più di 35 dipendenti, di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili;

Indicare l'Ufficio Provinciale al quale rivolgersi ai fini della verifica:

Ufficio	Indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel	Cod. società	

☐ **13)** che, pur essendo stato vittima dei reati previsti e puniti dagli articoli 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 7 del decreto-legge 13 maggio 1991, n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n. 203, risulti aver denunciato i fatti all'autorità giudiziaria, salvo che ricorrano i casi previsti dall'articolo 4, primo comma, della legge 24 novembre 1981, n. 689 (*art. 80, comma 5, lett. l, D.Lgs. 50/2016*);

☐ **14)** che non si trova rispetto ad un altro partecipante alla medesima procedura di affidamento, in una situazione di controllo di cui all'articolo 2359 del codice civile o in una qualsiasi relazione, anche di fatto, se la situazione di controllo o la relazione comporti che le offerte sono imputabili ad un unico centro decisionale (*art. 80, comma 5, lett. m, D.Lgs. 50/2016*);

☐ **14 bis)** di trovarsi in una situazione di cui al comma precedente, e di aver risarcito o di essersi impegnato a risarcire qualunque danno causato dal reato o dall'illecito e di aver adottato provvedimenti concreti di carattere tecnico, organizzativo e relativi al personale idonei a prevenire ulteriori reati o illeciti;

15) che: *(barrare l'ipotesi che ricorre)*

☐ NON sono stati conclusi contratti o conferiti incarichi di attività lavorativa o professionale con soggetti di cui all'art. 53 comma 16-ter del D.Lgs 165/2001;

oppure

☐ sono stati conclusi contratti o conferito incarichi di attività lavorativa professionale ai soggetti sopraindicati come da elenco:

cognome e nome: _____

codice fiscale _____ P.A. di appartenenza _____

funzioni _____ periodo dal _____ al _____

16) Ai sensi dell'art. 1 comma 14 D.L. n. 210/2002 (Disposizioni urgenti in materia di emersione del lavoro sommerso e di rapporti di lavoro a tempo parziale) che: *(barrare l'ipotesi che ricorre)*

☐ la società non si è avvalsa dei piani individuali di emersione di cui alla legge 18 ottobre 2001, n. 383, e s.m.i.;

oppure

☐ la società si è avvalsa del piano individuale di emersione di cui alla legge 18 ottobre 2001, n. 383, e s.m.i. e di averlo completato.

C) REQUISITI DI IDONEITÀ PROFESSIONALE

C. 1 di possedere il seguente requisito minimo - A PENA DI ESCLUSIONE

☐ ai sensi dell'art 83, comma 1, lettera a), che la società è regolarmente iscritta nel registro delle imprese istituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di _____, come segue:

data di iscrizione: _____ - numero di iscrizione _____

codice fiscale: _____ - partita Iva: _____

sede: _____

forma societaria: _____

codice di attività: _____

oggetto sociale _____

D) ALTRE DICHIARAZIONI

1. di aver valutato, nella determinazione del prezzo offerto, tutti gli oneri di qualsiasi natura che dovrà sostenere per l'espletamento della fornitura in conformità alla documentazione di gara e che il prezzo stesso è remunerativo;

2. i prezzi offerti si intendono comprensivi dei costi della sicurezza derivanti dai rischi da interferenza e gli oneri per i costi della sicurezza afferenti all'attività svolta dall'impresa e i citati oneri non sono stati assoggettati a ribasso i succitati costi;
3. di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nella documentazione di gara (capitolato speciale e allegati, disciplinare di gara e allegati);
4. di accettare, senza condizione o riserva alcuna, a pena d'esclusione, tutte le norme e disposizioni contenute nel patto di integrità;
5. di aver provveduto in data _____ al versamento del contributo all'Autorità per la Vigilanza sui contratti pubblici pari ad € indicando il codice CIG n°
6. di essere consapevole che, in relazione alla documentazione presentata in sede di gara, l'amministrazione valuterà le condizioni di accesso con riferimento a quanto riportato nella "Dichiarazione relativa all'accesso agli atti", presentato a corredo dell'offerta, senza ulteriore contraddittorio;
7. *(eventuale, ove non venga prodotta in originale o in copia corredata da dichiarazione di conformità con allegata copia di documento di identità in corso di validità, la certificazione del sistema di qualità conforme alle norme europee della serie EN ISO 9000, rilasciata da organismi accreditati, ai sensi delle norme europee della serie UNI CEI EN 45000 e della serie UNI CEI EN ISO/IEC 17000) che, al fine di poter fruire del beneficio della riduzione del 50% della cauzione provvisoria di cui all'art. 93, comma 7, del D. Lgs. N. 50/2016, è in possesso della certificazione alle norme europee della serie EN ISO 9000, numero _____, rilasciata da _____, il _____, con scadenza _____;*
8. Che la scansione dei seguenti documenti:
 - ✓ Quietanza deposito cauzionale provvisorio;
 - ✓ Fidejussione;
 - ✓ Certificazione di qualità sopra riportata;
 - ✓ Impegno del fideiussore
 - ✓ Referenze bancarie
 - ✓ copia del Modello Unico Dichiarazione IVA degli ultimi due anni
 - ✓ _____
 è conforme all'originale in mio possesso
9. di aver preso visione e di accettare la documentazione relativa a:
 - ✓ DUVRI
 - ✓ DOCUMENTO INFORMATIVO destinato alle ditte e ai lavoratori autonomi affidatari di lavori redatto ai sensi dell'art.26 del D.Lgs.81/2008(pubblicato sul sito www.ospedalimarchenord.it selezionando la voce "Bandi di Gara e Contratti)
 - ✓ PATTO D'INTEGRITA'
10. di autorizzare, ai sensi del D.Lgs. 196/03, l'utilizzo dei dati contenuti nella documentazione di gara presentata ai soli fini della partecipazione alla gara d'appalto per la quale la dichiarazione è presentata per gli eventuali procedimenti amministrativi e giurisdizionali conseguenti; ne autorizza la comunicazione esclusivamente ai funzionari e incaricati della stazione appaltante e ai controinteressati ai predetti procedimenti.

E) ALTRE DICHIARAZIONI PER LA RICHIESTA TELEMATICA DEL DURC:

1. tipo di impresa (**barrare una delle seguenti opzioni**):
 - ☐ Datore di lavoro
 - ☐ Lavoratore autonomo
 - ☐ Gestione separata – committente/associante
 - ☐ Gestione separata – titolare di reddito autonomo di arte o professione
2. CCNL applicato al personale dipendente: _____
3. dimensione aziendale (**barrare una delle seguenti opzioni**):
 - ☐ Da 1 a 5 dipendenti
 - ☐ Da 6 a 15 dipendenti
 - ☐ Da 16 a 50 dipendenti
 - ☐ Da 51 a 100 dipendenti
 - ☐ Oltre 100
4. totale lavoratori n° _____ di cui dipendenti n° _____

H) SUBAPPALTO (art. 105 D.Lgs. 50/2016):

che intende subappaltare le seguenti parti del servizio/fornitura (specificare le prestazioni e la percentuale dell'appalto che si intende subappaltare):

I) AVVALIMENTO (art. 89 D.Lgs. 50/2016):

che intende avvalersi dei seguenti requisiti:

posseduti dalla seguente impresa ausiliaria

Inoltre allega la seguente documentazione (in caso di avvalimento):

- dichiarazione sottoscritta da parte dell'impresa ausiliaria attestante il possesso da parte di quest'ultima dei requisiti generali di cui all'art.80 del D.Lgs. 50/2016;
- dichiarazione sottoscritta da parte dell'impresa ausiliaria attestante il possesso dei requisiti tecnici e delle risorse oggetto di avvalimento;
- dichiarazione sottoscritta dall'impresa ausiliaria con cui quest'ultima si obbliga verso il concorrente e verso la stazione appaltante a mettere a disposizione per tutta la durata dell'appalto le risorse

necessarie di cui è carente il concorrente;

- dichiarazione sottoscritta dall'impresa ausiliaria con cui questa attesta che non partecipa alla gara in proprio o associata o consorziata;
- in originale o copia autentica il contratto in virtù del quale l'impresa ausiliaria si obbliga nei confronti del concorrente a fornire i requisiti e a mettere a disposizione le risorse necessarie per tutta la durata dell'appalto (nel caso di avvalimento nei confronti di un'impresa che appartiene al medesimo gruppo in luogo del contratto l'impresa concorrente può presentare una dichiarazione sostitutiva attestante il legame giuridico ed economico esistente nel gruppo, dal quale discendono i medesimi obblighi previsti dalla normativa vigente).

MI IMPEGNO

In caso di aggiudicazione,

- a presentare l'originale dei documenti, non appena l'Amministrazione ne farà richiesta.

Firma digitale del Dichiarante



DATI DA INDICARE AI FINI DEL CONTROLLO SUL POSSESSO REQUISITI

PREFETTURA

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	e-mail	PEC

CANCELLERIA FALLIMENTARE

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	e-mail	PEC

AGENZIA DELLE ENTRATE

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	e-mail	PEC

CONCESSIONARIO

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	e-mail	PEC

Direzione provinciale del lavoro – CLES (Comitati per il Lavoro e l'Emersione del Sommerso)

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	PEC	

Centro per l'impiego della Provincia

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	PEC	

INPS sede di.....

- ☐ **datore di lavoro**
 Matricola aziendale numero.....
 Numero dipendenti.....
 CCNL applicato.....
- ☐ **lavoratore autonomo** - P.C.I. (Posizione Contributiva Individuale) numero

- ☐ **gestione separata**
☐ committente/associante
☐ titolare di reddito da lavoro autonomo o arte e professione
- ☐ **esente da obbligo di iscrizione all'INPS**

INAIL sede di.....

- ☐ Posizione assicurativa numero.....
- ☐ Esente da obbligo di iscrizione all'INAIL

AVVERTENZE IMPORTANTI:

- L'impresa ha facoltà sia di utilizzare il presente schema debitamente compilato in ogni sua parte sia di predisporne, per eventuali carenze di spazio o altre esigenze, uno proprio contenente comunque tutte le dichiarazioni richieste.

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.Lgs. 196/03 e smi:

Si informa che:

- i dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria della istanza formulata e per le finalità strettamente connesse;
- il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaborati elettronici a disposizione degli uffici;
- i dati possono essere comunicati a:
 1. personale interno dell'Amministrazione implicato nel procedimento
 2. concorrenti che partecipano alla gara
 3. ogni altro soggetto che abbia interesse ai sensi della Legge 07.08.1990 n.241
 4. ai soggetti destinatari delle comunicazioni e della pubblicità previste dalla Legge in materia di appalti;
- il conferimento dei dati ha natura facoltativa e si configura più esattamente come onere, nel senso che il concorrente, se intende partecipare alla gara o aggiudicarsi un appalto, deve rendere la documentazione richiesta dalla Amministrazione in base alla vigente normativa, in caso di mancato conferimento questa Azienda si riserva di chiedere l'integrazione della documentazione entro e non oltre 7 (sette) giorni dal ricevimento della richiesta, pena l'ESCLUSIONE;
- il Responsabile del trattamento è l'Ing. Carlo Reggiani, mentre soggetto attivo della raccolta dei dati è l'Amministrazione aggiudicatrice;
- può essere in ogni momento esercitato il diritto di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dalla vigente normativa rivolgendosi all'indirizzo specificato

DICHIARAZIONE AI FINI DELL' EVENTUALE ACCESSO AGLI ATTI

OGGETTO: fornitura di n. 1 sistema integrato per la gestione informatizzata di un Centro di procreazione medicalmente assistita (PMA) e connessi servizi di assistenza e manutenzione per la durata di 36 mesi post-garanzia come dettagliato nel capitolato tecnico. N° CIG _____

Il/la _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____
.....

(Prov.....), il/...../..... residente a (Prov.....),

Via/Piazzan., nella sua qualità di **titolare/legale**

rappresentante/procuratore legale della impresa/società

con sede legale in Via/P.zza

n....., C.F. e P.I.

D I C H I A R A

☐ di **autorizzare**, successivamente all'aggiudicazione, l'eventuale accesso agli atti (mediante visione e/o estrazione di copia e/o trasmissione di file .pdf) da parte di terzi in relazione alla documentazione tecnica presentata per la presente procedura di gara

OPPURE

☐ di **non autorizzare** (ai sensi dell'art. 53 comma 5 del D.Lgs. 50/2016), successivamente all'aggiudicazione, l'eventuale accesso agli atti (mediante visione e/o estrazione di copia e/o trasmissione di file .pdf) da parte di terzi per le seguenti parti relative alla documentazione tecnica presentata in ordine alla presente procedura di gara (**indicare n. pagg., sezioni precise, parti e riferimenti specifici della documentazione tecnica ecc.)** :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Per le seguenti motivazioni (ai sensi dell'art. 53, comma 5 del D.Lgs. 50/2016) _____

Data _____

**Timbro della Ditta/Impresa e
Firma del Legale Rappresentante**

MODULO ESPLICITAZIONE D'OFFERTA

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nella sua qualità di _____ della Ditta _____, in relazione alla procedura per la fornitura di n. 1 sistema integrato per la gestione informatizzata di un Centro di procreazione medicalmente assistita (PMA) e connessi servizi di assistenza e manutenzione per la durata di 36 mesi post-garanzia, dichiara di approvare ed accettare senza riserva, tutte le clausole e condizioni contenute nella documentazione di gara. Ai sensi del D.Lgs.50/2016 e del D.Lgs.81/08, dichiara, altresì quanto segue: gli oneri per i costi della sicurezza necessari per la eliminazione dei rischi da interferenze sono pari a € 0, gli oneri per i costi della sicurezza afferenti all'attività svolta dall'impresa sono pari a € _____; i prezzi offerti si intendono comprensivi dei citati oneri; nella determinazione dei prezzi offerti questa impresa non ha assoggettato a ribasso i citati oneri. Premesso quanto sopra il sottoscritto a nome e per conto della ditta da lui rappresentata, si impegna ad effettuare la fornitura oggetto della succitata gara alle caratteristiche previste dalla documentazione di gara e sulla base dei prezzi di cui al presente modulo d'offerta.

ID	Descrizione	Descrizione prodotto	Q.tà	Prezzo unitario offerto (IVA esclusa)	Prezzo complessivo offerto (IVA esclusa)	Prezzo complessivo a base d'asta (IVA ESCLUSA)	% IVA
P.1	Fornitura di un sistema per la gestione informatizzata di un centro PMA come dettagliatamente riportato nella parte A del Quadro Economico di Progetto (Cap. 4 del Capitolato Tecnico)		a corpo		Pcompl.1	€ 65.000,00	
P.2	Realizzazione di n. 3 integrazioni obbligatorie come dettagliatamente riportato nella parte B del Quadro Economico di Progetto (Cap. 4 del Capitolato Tecnico)	Integrazione con CUP	1	Punit.2.1	Pcompl.2	€ 15.000,00	
		Integrazione con LIS	1	Punit.2.2			
		Integrazione con RIS PACS	1	Punit.2.3			
P.3	Servizio di assistenza e manutenzione post-garanzia (36 mesi) per il software e per l'eventuale hardware fornito inclusi materiali di consumo necessari al sistema di tracciabilità e attività di formazione successiva a quella iniziale		3 anni	Punit.3	Pcompl.3	€ 75.000,00	
P.4	Integrazioni opzionali parte C		400 ore	Punit.4	Pcompl.4	€ 30.000,00	
PTOT	IMPORTO TOTALE da riportare nell'offerta economica dell'RDO (IVA esclusa) PTOT= Pcompl.1 + Pcompl.2 + Pcompl.3 + Pcompl.4 deve essere inferiore o uguale a C 185.000,00 IVA esclusa, a pena di esclusione				PTOT		

Il _____

Timbro della ditta e firma (per esteso e leggibile)
del Legale Rappresentante

CAPITOLATO SPECIALE

ARTICOLO 1 - Efficacia, norme regolatrici e disciplina applicabile

Fanno parte integrante e sostanziale del presente appalto:

1. Disciplinare di gara
2. determina di aggiudicazione definitiva;
3. capitolato tecnico di gara e relativi allegati;
4. il presente capitolato speciale;
5. documento informativo destinati alle ditte e ai lavoratori autonomi affidatari di lavori;
6. D.U.V.R.I;
7. offerta tecnica dell'Impresa;
8. offerta economica dell'Impresa;
9. cauzione definitiva;

In caso di discordanza o contrasto tra le disposizioni del presente capitolato e di quelli in esso richiamati, gli atti ed i documenti prodotti dall'Azienda prevarranno sugli atti ed i documenti prodotti dall'Impresa, ad eccezione di eventuali proposte migliorative formulate dall'Impresa stesso ed accettate in sede di aggiudicazione dall'Azienda.

L'esecuzione del presente capitolato è disciplinata dalla normativa vigente.

ARTICOLO 2 - Ambito soggettivo

Ai fini dell'esecuzione del presente appalto, si intende per:

1. Azienda, l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" di Pesaro;
2. Impresa, la ditta aggiudicataria;
3. offerta affidataria, la documentazione tecnica ed economica oggetto del provvedimento di aggiudicazione definitiva.
4. D.E.C., il Direttore dell'esecuzione del contratto svolge tutte le attività allo stesso espressamente demandate dal D.Lgs. n. 50/2006 nonché tutte le attività che si rendono opportune per assicurare il perseguimento dei compiti a questo assegnati.
5. L'Impresa individua il Referente al quale l'Azienda, nella persona del R.U.P. o del D.E.C. o degli assistenti tecnici, possa fare riferimento per ogni aspetto riguardante le attività contrattuali. Nel caso in cui l'Impresa proceda alla sostituzione del proprio referente senza la necessaria preventiva valutazione e autorizzazione dell'Azienda, quest'ultima si riserva, previa contestazione dell'addebito e valutazione delle deduzioni addotte dall'Impresa nel termine massimo di 5 (cinque) giorni solari, di effettuare una ritenuta sulla cauzione definitiva di cui al presente capitolato d'importo pari al 5% (cinque per cento) della stessa.

ARTICOLO 3 - Ambito oggettivo, corrispettivo e varianti

Ambito oggettivo

Oggetto del presente capitolato è la fornitura di **n. 1 sistema integrato per la gestione informatizzata di un Centro di procreazione medicalmente assistita (PMA) e connessi servizi di assistenza e manutenzione per la durata di 36 mesi post-garanzia come dettagliato nel capitolato tecnico**, presso l'A.O. "Ospedali Riuniti Marche Nord", in conformità ai seguenti atti:

1. determina di aggiudicazione definitiva;
2. capitolato tecnico di gara e relativi allegati;
3. documento informativo destinati alle ditte e ai lavoratori autonomi affidatari di lavori;
4. D.U.V.R.I;
5. offerta tecnica dell'Impresa;
6. offerta economica dell'Impresa.

Corrispettivo

Il corrispettivo onnicomprensivo stimato per l'esecuzione del predetto oggetto offerto in sede di gara dovrà essere determinato sulla base dei prezzi unitari, fissi e invariabili indicati nell'offerta economica dell'Impresa.

In aggiunta alle disposizioni successive in materia di revisione dei prezzi, costituiscono deroga al

principio generale di invariabilità del corrispettivo, le variazioni conseguenti a disposizioni delle competenti autorità amministrative.

Il predetto corrispettivo si riferisce all'esecuzione della prestazione assunta a perfetta regola d'arte e nel pieno adempimento delle modalità e delle prescrizioni di cui al presente capitolato.

Gli obblighi e gli oneri derivanti all'Impresa dall'esecuzione del presente capitolato e dall'osservanza di leggi, capitolati e regolamenti, nonché dalle disposizioni emanate o che venissero emanate dalle competenti autorità, ivi compresa l'Azienda, sono compresi nel corrispettivo contrattuale.

Il corrispettivo contrattuale è accettato dall'Impresa in base ai propri calcoli, alle proprie indagini, alle proprie stime, a tutto suo rischio, ed è pertanto invariabile ed indipendente da qualsiasi imprevisto o eventualità.

L'Impresa non potrà vantare diritto ad altri compensi ovvero ad adeguamenti o aumenti del corrispettivo contrattuale, salvo quanto espressamente previsto dal presente capitolato.

Il corrispettivo dovuto all'Impresa è oggetto di revisione ai sensi del D.Lgs. 50/2016, sulla base di un'istruttoria condotta dal R.U.P., in considerazione di quanto indicato dal D.Lgs. 50/2016 o, in mancanza, della tabella ISTAT F.O.I. nota come "costo della vita". La revisione può essere sia in aumento che in diminuzione in ragione della variazione dei prezzi intervenuta nel periodo considerato.

In caso di revisione in diminuzione si applicano le stesse disposizioni previste per la revisione in aumento. Si conviene espressamente che la cauzione definitiva si estende anche al recupero di somme derivanti da revisione in diminuzione non altrimenti recuperabili.

Tutti gli importi di cui al presente capitolato devono intendersi al netto dell'IVA.

Varianti

Le varianti sono ammesse nei casi e nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 50/2016

Ai fini del presente articolo, le variazioni in aumento o in diminuzione si cumulano in valore assoluto e sono sempre rapportate agli importi originari singolarmente interessati.

L'Impresa risponde dei ritardi e degli oneri conseguenti alla necessità di introdurre varianti in corso di esecuzione a causa di carenze degli elaborati dallo stesso prodotti.

Nell'ipotesi di superamento del quinto, il R.U.P. ne dà comunicazione all'Impresa che, nel termine di 10 giorni solari dal suo ricevimento, deve dichiarare per iscritto se intende accettare la prosecuzione del contratto e a quali condizioni; nei 10 giorni solari successivi al ricevimento della dichiarazione, la Azienda deve comunicare all'Impresa le proprie determinazioni. Qualora l'Impresa non dia alcuna risposta alla comunicazione del R.U.P. si intende manifestata la volontà di accettare la variante alle stesse condizioni del presente capitolato. Se l'Azienda non comunica le proprie determinazioni nel termine fissato, si intendono accettate le condizioni avanzate dall'Impresa.

Ove l'Impresa non si avvalga del diritto alla risoluzione, è obbligato ad assoggettarsi all'aumento o alla diminuzione.

Qualora, per uno dei casi previsti dal D.Lgs. 50/2016, sia necessario introdurre nel corso dell'esecuzione variazioni o addizioni non previste nel presente capitolato, il D.E.C. redige i conseguenti elaborati in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente, indicando i presupposti di fatto e di diritto che le hanno rese necessarie.

Gli elaborati predetti redatti dal D.E.C. sono inviati al R.U.P. che ne propone, previo relativo esame, l'approvazione da parte dell'Azienda.

Gli ordini di variazione del D.E.C. fanno espresso riferimento all'intervenuta approvazione, salvo il caso in cui l'ordine ha ad oggetto prestazioni disposte per risolvere aspetti di dettaglio, che siano contenute entro un importo non superiore al 10 per cento del corrispettivo contrattuale e che non comportino un aumento del corrispettivo medesimo.

Quando sia necessario eseguire una prestazione non prevista dal presente capitolato, si procede alla determinazione del relativo corrispettivo come segue:

- a) ragguagliandolo a quello di prestazioni consimili comprese nel presente capitolato;
- b) quando sia impossibile l'assimilazione, ricavandolo totalmente o parzialmente da apposita analisi effettuata con riferimento ai prezzi elementari di mano d'opera, materiali, noli e trasporti alla data di formulazione dell'offerta affidataria.

La predetta determinazione viene approvata dalla Azienda su proposta del R.U.P., prima di essere ammessa nella contabilità delle prestazioni rese dall'Impresa.

Tutte le nuove determinazioni sono soggette alla disciplina economica dell'offerta affidataria.

Se l'Impresa non accetta le nuove determinazioni così approvate, l'Azienda può ingiungergli

l'esecuzione delle relative prestazioni sulla base delle determinazioni medesime, che vengono comunque ammesse nella contabilità nella misura approvata. Resta fermo il diritto dell'Impresa di promuovere apposito contenzioso nel rispetto delle disposizioni vigenti.

ARTICOLO 4 - Luogo di esecuzione

L'esecuzione del presente capitolato deve avvenire presso le sedi operative dell'Azienda. Per il dettaglio si rinvia al capitolato tecnico.

ARTICOLO 5 - Avvio dell'esecuzione durata contrattuale e sospensioni

L'aggiudicatario dovrà provvedere all'avvio della fornitura, inteso come inizio delle attività, **entro 7 gg. dalla data di sottoscrizione del verbale di avvio dell'esecuzione del contratto (inizio lavori)**. Con tale verbale le parti formalizzeranno il verbale di avvio **dell'esecuzione del contratto**, redatto ai sensi della normativa vigente, tutti gli elementi gestionali e tecnico-operativi necessari alla prosecuzione delle attività della fornitura oggetto dell'appalto.

La durata del presente contratto di appalto è determinata:

- dall'avvio di inizio attività ai sensi dell'art. 7 del capitolato tecnico (verbale di avvio dell'esecuzione del contratto o di inizio lavori);
- dall'avvio effettivo della fornitura (entro 60 gg dal verbale di avvio dell'esecuzione del contratto);
- dalla decorrenza di almeno 12 mesi di garanzia della fornitura SW ed eventuale HW previsti dal presente contratto dalla data di collaudo (verbale di primo collaudo);
- dalla decorrenza dei 36 mesi successivi al periodo di garanzia di almeno 12 mesi relativamente all'esecuzione dei servizi di assistenza e manutenzione previsti dal presente contratto (verbale di conformità con corso d'opera).

Qualora l'avvio dell'esecuzione del contratto avvenga in ritardo rispetto al suddetto termine, si applica quanto previsto nel capitolato tecnico e si rinvia alla normativa vigente.

Nel caso in cui, in conformità alle disposizioni vigenti in materia, la prestazione sia stata avviata **prima della stipulazione** del contratto, il relativo verbale deve indicare le prestazioni che l'Impresa ha dovuto avviare ed eseguire immediatamente. La stipulazione del contratto determina la decadenza delle limitazioni poste in sede di avvio in via d'urgenza (se del caso).

La sospensione e la ripresa dell'esecuzione del contratto è regolata dalla normativa vigente.

ARTICOLO 6 - Oneri, obblighi e adempimenti a carico dell'Impresa

Sono a carico dell'Impresa gli oneri tributari e le spese contrattuali ad eccezione di quelli che fanno carico all'Azienda per legge.

Sono a carico dell'Impresa, intendendosi remunerati con il corrispettivo offerto, gli oneri e rischi relativi alla prestazione delle attività, delle forniture e dei servizi oggetto del presente capitolato medesimo (oneri del personale, fornitura di materiale di consumo necessario per l'espletamento della prestazione, attrezzature, ecc.), nonché ad ogni attività che si rendesse necessaria per l'attivazione e la prestazione degli stessi o, comunque, opportuna per un **corretto e completo adempimento delle obbligazioni previste**, ivi compresi quelli relativi ad eventuali spese di trasporto, di viaggio e di missione per il personale addetto all'esecuzione contrattuale.

L'Impresa si obbliga ad eseguire le prestazioni a perfetta regola d'arte, nel rispetto delle norme vigenti e secondo le condizioni, le modalità, i termini e le prescrizioni contenute nel presente capitolato e nella documentazione richiamata.

Le prestazioni contrattuali dovranno necessariamente essere conformi alle caratteristiche tecniche ed alle specifiche indicate nel presente capitolato e nella documentazione richiamata; in ogni caso, l'Impresa si obbliga ad osservare, nell'esecuzione delle prestazioni contrattuali, le norme e le prescrizioni tecniche e di sicurezza in vigore, nonché quelle che dovessero essere successivamente emanate.

Gli eventuali maggiori oneri derivanti dalla necessità di osservare le norme e le prescrizioni di cui sopra, anche se entrate in vigore successivamente alla stipula del presente capitolato, resteranno ad esclusivo carico dell'Impresa, intendendosi in ogni caso remunerati con il corrispettivo indicato nel presente capitolato, l'Impresa non potrà, pertanto, avanzare pretesa di compensi, a tal titolo, nei confronti dell'Azienda assumendosene ogni relativa alea.

L'Impresa si impegna espressamente a:

- a) impiegare, a sua cura e spese, le strutture ed il personale necessario per l'esecuzione delle prestazioni secondo quanto specificato nel presente capitolato e nei documenti di gara richiamati;
- b) rispettare, per quanto applicabili, le norme internazionali vigenti per la gestione e l'assicurazione

- della qualità delle proprie prestazioni;
- c) predisporre gli strumenti e i metodi, comprensivi della relativa documentazione, atti a consentire all'Azienda di monitorare la conformità della prestazione alle norme previste nel presente capitolato e nei documenti di gara richiamati;
 - d) predisporre gli strumenti e i metodi, comprensivi della relativa documentazione, atti a garantire elevati livelli di servizio, ivi compresi quelli relativi alla sicurezza e riservatezza;
 - e) comunicare tempestivamente all'Azienda le eventuali variazioni della propria struttura organizzativa coinvolta nell'esecuzione del presente capitolato, indicando analiticamente le variazioni intervenute ed i nominativi dei nuovi responsabili;
 - f) non opporre all'Azienda qualsivoglia eccezione, contestazione e pretesa relative alla fornitura o alla prestazione dei servizi assunti;
 - g) manlevare e tenere indenne l'Azienda dalle conseguenze derivanti dalla eventuale inosservanza delle norme e prescrizioni tecniche, di sicurezza, di igiene e sanitarie vigenti;
 - h) osservare tutte le ulteriori prescrizioni contenute nel presente capitolato e nella documentazione richiamata.

Le attività necessarie per la predisposizione dei mezzi e per l'attivazione dei servizi oggetto del presente capitolato, eventualmente da svolgersi presso le sedi operative dell'Azienda, dovranno essere eseguite senza interferire con l'attività assistenziale e con il normale lavoro degli uffici; modalità e tempi dovranno comunque essere concordati con il D.E.C.; peraltro, l'Impresa prende atto che, nel corso dell'esecuzione delle prestazioni contrattuali, le strutture dell'Azienda continueranno ad essere utilizzate dal relativo personale e da terzi autorizzati.

L'Impresa si impegna, pertanto, ad eseguire le predette prestazioni salvaguardando le esigenze dell'Azienda o di terzi autorizzati, senza recare intralci, disturbi o interruzioni all'attività lavorativa in atto.

L'Impresa rinuncia espressamente a qualsiasi pretesa o richiesta di compenso nel caso in cui l'esecuzione delle prestazioni contrattuali dovesse essere ostacolata o resa più onerosa da attività svolte dall'Azienda o da terzi autorizzati, prevedibili in sede di offerta.

L'Impresa si impegna ad avvalersi di personale specializzato, in relazione alle diverse prestazioni contrattuali; detto personale potrà accedere presso le sedi operative dell'Azienda nel rispetto delle relative prescrizioni di accesso, fermo restando che sarà cura ed onere dell'Impresa verificare preventivamente tali procedure.

L'Impresa si obbliga a consentire all'Azienda di procedere, in qualsiasi momento e anche senza preavviso, alle verifiche della piena e corretta esecuzione delle prestazioni contrattuali, nonché a prestare la propria collaborazione per consentire lo svolgimento di tali verifiche.

L'Impresa si obbliga a dare immediata comunicazione all'Azienda di ogni circostanza che abbia influenza sull'esecuzione delle attività di cui al presente capitolato.

L'Impresa prende atto ed accetta che i servizi o le forniture oggetto del presente capitolato dovranno essere prestati con continuità anche in caso di eventuali variazioni della consistenza e della dislocazione delle sedi e degli uffici dell'Azienda.

Sono a carico dell'Impresa, intendendosi remunerati con il corrispettivo contrattuale di cui al presente capitolato, tutti gli oneri e i rischi relativi alle attività e agli adempimenti occorrenti all'integrale esecuzione del presente capitolato.

In caso di inadempimento da parte dell'Impresa agli obblighi di cui ai precedenti commi, l'Azienda, fermo il diritto al risarcimento del danno, ha la facoltà di dichiarare risolto di diritto il presente capitolato ai sensi delle successive disposizioni in tema di risoluzione.

ARTICOLO 7 - Obblighi derivanti dal rapporto di lavoro

L'Impresa si obbliga ad ottemperare agli obblighi verso i propri dipendenti derivanti da disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di lavoro, ivi compresi quelli in tema di salute, igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro, nonché in materia previdenziale e infortunistica, assumendo a proprio carico i relativi oneri. In particolare, l'Impresa si impegna a rispettare nell'esecuzione delle obbligazioni derivanti dal presente capitolato le disposizioni di cui al D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e gli adempimenti di cui al D.U.V.R.I. allegato al presente capitolato e successive revisioni.

ARTICOLO 8 - Garanzie

Generalità

L'Impresa garantisce la piena proprietà delle forniture e dei servizi oggetto del presente capitolato e dichiara che tali suoi diritti sono liberi da vincoli o diritti a favore di terzi.

L'Impresa garantisce espressamente che le forniture sono esenti da vizi dovuti a progettazione, ad errata esecuzione o a deficienze dei materiali impiegati, che ne diminuiscano il valore o che li

rendano inidonei, anche solo parzialmente, all'uso cui sono destinati.

Le suddette garanzie sono prestate in proprio dall'Impresa anche per il fatto del terzo, intendendo l'Azienda restare estranea ai rapporti tra l'Impresa e le ditte fornitrici dei vari materiali componenti la fornitura o prestatrici di servizi componenti il servizio/fornitura oggetto del presente appalto.

In caso di inadempienza da parte dell'Impresa alle obbligazioni di cui ai precedenti commi, l'Azienda, fermo restando il risarcimento di tutti i danni, avrà facoltà di dichiarare risolto di diritto il presente capitolato ai sensi della disciplina prevista nel presente capitolato medesimo, nonché dell'art. 1456 codice civile.

Cauzione definitiva

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 103 del D.Lgs. 50/2016, l'Impresa costituirà una cauzione definitiva. La cauzione definitiva copre gli oneri per il mancato od inesatto adempimento del presente capitolato e cessa di avere effetto solo alla data di emissione del certificato di "verifica di conformità definitiva" secondo la disciplina del presente capitolato.

La cauzione definitiva è rilasciata a prima e semplice richiesta, incondizionata, irrevocabile, con rinuncia alla preventiva escussione, estesa a tutti gli accessori del debito principale, in favore dell'Azienda a garanzia dell'esatto e corretto adempimento di tutte le obbligazioni, anche future ai sensi e per gli effetti dell'art. 1938 codice civile, nascenti dall'esecuzione del presente capitolato.

In particolare, la cauzione rilasciata garantisce gli obblighi specifici assunti dall'Impresa.

È fatta salva la possibilità per l'Azienda di applicare le disposizioni del presente capitolato in materia di contestazioni di inadempimento e di applicazione di penali.

In ogni caso il garante sarà liberato dalla garanzia prestata solo previo consenso espresso in forma scritta dall'Azienda.

Qualora l'ammontare della garanzia prestata dovesse ridursi per effetto dell'applicazione di penali o per qualsiasi altra causa, l'Impresa dovrà provvedere al reintegro entro il termine di 15 giorni solari dal ricevimento della relativa richiesta effettuata dall'Azienda.

In caso di inadempimento alle obbligazioni previste nel presente articolo l'Azienda ha facoltà di dichiarare risolto il presente capitolato.

ARTICOLO 9 - Espletamento della prestazione e verifica di conformità in corso di esecuzione e verifica di conformità e collaudo

Espletamento della prestazione

L'Impresa si impegna a rispettare il dettaglio del "**Diagramma di Gantt**" offerto in sede di gara ai sensi dell'art. 7 del capitolato tecnico di gara.

Il predetti programmi devono essere espressamente accettati dal D.E.C..

Stante la peculiarità del contratto sono previsti: verbale di primo collaudo che determinerà la decorrenza del periodo di garanzia di 12 mesi, verbali di conformità in corso di esecuzione e verbale di conformità definitiva

Verifica di conformità

Le prestazioni acquisite sono soggette a verifica di conformità in corso di esecuzione e a verifica di conformità finale secondo la normativa vigente. Il collaudatore/DEC, qualora ritenga che l'Impresa abbia completamente e regolarmente eseguito tutte le prestazioni contrattuali oggetto del presente appalto a conclusione della decorrenza contrattuale, emette il certificato di conformità con esito positivo (certificato di verifica di conformità definitiva) e lo trasmette al RUP per le azioni di competenza.

Collaudo:

Il collaudo ha come scopo di accertare la rispondenza della fornitura a quanto presentato in sede di gara ed a quanto richiesto dal capitolato tecnico ed alle regole dell'arte, la corretta esecuzione dei lavori (se previsti), la corretta installazione, il perfetto funzionamento del SW e delle relative attrezzature HW di supporto incluse nella fornitura e il corretto avviamento del sistema.

Le verifiche previste sulla fornitura sono:

1. Verifica documentale:

- 1.1. rispondenza della fornitura a quanto previsto dal capitolato tecnico ed a quanto ordinato;
- 1.2. presenza delle dichiarazioni e certificazioni di marcatura CE in relazione alle disposizioni in materia, così come di soddisfacimento delle norme specifiche vigenti e applicabili alle SW/HW in oggetto;
- 1.3. la fornitura in due copie del manuale d'uso (in lingua italiana) contenente tutte le istruzioni necessarie per la corretta conduzione e l'uso giornaliero delle SW/HW fornite ;

1.4. la fornitura del manuale tecnico di servizio/fornitura in lingua italiana o inglese (service) contenente tutte le istruzioni necessarie per la manutenzione correttiva e preventiva del SW/HW fornite, comprensivo di schemi elettrici, circuitali e/o meccanici, idraulici, descrizione dettagliata dell'hardware, descrizione dettagliata del software, descrizione delle modalità di ricerca guasto e taratura, descrizione delle varie interfacce software, sorgenti software se pattuito in fornitura, tutte le password di accesso (comprese quelle di amministratore) o in ogni caso tutto quanto è necessario per qualsiasi procedura di manutenzione, se applicabile;

1.5. elenco di parti/ricambi con descrizione delle caratteristiche, dei codici e relativi prezzi unitari ai fini della fornitura successiva di parti di ricambio (presentato in sede di gara), se applicabile;

1.6. descrizione su documento a parte, se non già comprese nell'offerta tecnica, di tutte le procedure di manutenzione preventiva necessarie a mantenere in perfetta efficienza il SW/HW fornite;

1.7. conferma dei corsi di addestramento all'uso del SW/HW fornite per il personale sanitario della SA (come specificato nella documentazione di gara) tramite evidenza del calendario dei corsi;

1.8. conferma degli eventuali corsi di addestramento alla manutenzione correttiva e preventiva del SW/HW fornite per il personale tecnico della SA, qualora richiesto, tramite evidenza del calendario dei corsi.

2. Verifica Operativa:

2.1 Controllo di sicurezza elettrica, se applicabile;

2.2 Controllo di sicurezza e funzionalità del caso, con verifica di:

2.2.1 corrispondenza dei dati tecnici dichiarati in sede di gara (capitolato Tecnico), se richiesti e ove ciò sia possibile, utilizzando gli strumenti dedicati ai controlli di funzionalità specifici per ogni SW/HW, in dotazione al SIC afferente alla SA, se applicabile;

2.2.2 valutazione della conformità delle prestazioni cliniche del SW/HW a quanto espressamente dichiarato in CT ed in sede di gara dall'Aggiudicatario, se applicabile;

2.3 Verifica del ritiro da parte dell'Aggiudicatario dell'imballaggio utilizzato al trasporto delle SW/HW fornite, se applicabile;

2.4 Verifica del ritiro delle tecnologie dismesse, qualora richiesto dalla SA, se applicabile;

2.5 Verifica della avvenuta esecuzione e del contenuto dei corsi di formazione, se applicabile.

La SA, attraverso il collaudo verificherà la qualità complessiva della fornitura (HW, SW, servizi, ...) , applicherà eventuali sanzioni per inadempimenti contrattuali, definirà eventuali controversie, nonché proporrà la risoluzione del rapporto contrattuale.

Ogni modifica o miglioramento della fornitura dovrà essere preventivamente e obbligatoriamente approvato dalla SA.

Esiti del collaudo:

a) Il collaudatore, qualora accerti la rispondenza della fornitura a quanto presentato in sede di gara ed a quanto richiesto dal capitolato tecnico ed alle regole dell'arte, la corretta esecuzione dei lavori (se previsti), la corretta installazione, il perfetto funzionamento del SW e delle relative attrezzature HW di supporto incluse nella fornitura e il corretto avviamento del sistema, emette i **certificati di collaudo con esito positivo (certificato di collaudo o di primo collaudo)**;

b) riscontrandosi, durante il collaudo, difetti e mancanze che non pregiudicano la funzionalità del SW/HW e sono di lieve entità, il collaudatore emette **il certificato di collaudo con esito positivo e determina, nell'emissione del certificato, la somma che, in conseguenza dei riscontrati difetti, deve detrarsi dal credito dell'aggiudicatario**;

c) riscontrandosi, durante il collaudo, difetti e mancanze che non pregiudicano la funzionalità del SW/HW ma necessitano di attività correttive, il collaudatore sospende il collaudo ed **emette un'autorizzazione provvisoria all'uso** e prescrive specificamente le attività da porre in essere, assegnando all'aggiudicatario un termine; il certificato di collaudo non è rilasciato sino a che da apposita dichiarazione del D.E.C., confermata dal R.U.P., risulti che l'aggiudicatario abbia completamente e regolarmente eseguito le attività prescrittegli, ferma restando la facoltà dell'organo di collaudo di procedere direttamente alla relativa verifica. La durata massima delle sospensioni di cui sopra è fissata in 30 giorni naturali consecutivi dalla data di notifica della stessa avvenuta a mezzo fax. Alla scadenza di tale termine, ove le non conformità riscontrate non siano state risolte, il collaudatore emette un certificato di collaudo con esito negativo; nel caso in cui le non conformità riscontrate siano state risolte il collaudatore emette un certificato di collaudo con esito positivo;

d) riscontrandosi, durante il collaudo, difetti e mancanze che pregiudicano la funzionalità del SW/HW aggiudicato il collaudatore **sospende il collaudo con divieto di utilizzo per non conformità** e prescrive specificamente le attività da porre in essere, assegnando all'aggiudicatario un termine; il certificato di collaudo non è rilasciato sino a che da apposita dichiarazione del DEC,

confermata dal R.U.P., risulti che l'aggiudicatario abbia completamente e regolarmente eseguito le attività prescritte, ferma restando la facoltà del collaudatore di procedere direttamente alla relativa verifica. La durata massima delle sospensioni di cui sopra è fissata in 30 giorni naturali consecutivi dalla data di notifica della stessa avvenuta a mezzo fax. Alla scadenza di tale termine, ove le non conformità riscontrate non siano state risolte, il collaudatore emette un certificato di collaudo con esito negativo; nel caso in cui le non conformità riscontrate siano state risolte il collaudatore emette un certificato di collaudo con esito positivo;

e) riscontrandosi, durante il collaudo, difetti e mancanze che pregiudicano la funzionalità del SW/HW aggiudicato e che non sono sanabili il **collaudatore emette un certificato di collaudo con esito negativo.**

In caso di esito negativo del collaudo il collaudatore trasmette al R.U.P., per le ulteriori sue determinazioni, il verbale, nonché le relazioni con le proposte dei provvedimenti da adottare. In particolare l'aggiudicatario provvederà a suo carico a disinstallare e ritirare immediatamente il SW/HW. Si intendono a carico dell'Aggiudicatario stesso gli oneri derivati dai disservizi provocati dalla mancata fornitura che verranno quantificati dalla SA. La SA provvederà alla risoluzione del contratto con facoltà di successiva aggiudicazione al Concorrente secondo in graduatoria.

Ove riscontri prestazioni meritevoli di collaudo, ma non preventivamente autorizzate e ordinate, il collaudatore sospende il rilascio del certificato di collaudo e ne riferisce al R.U.P., proponendo i provvedimenti che ritiene opportuno. L'eventuale riconoscimento delle prestazioni non autorizzate dal R.U.P. non libera il DEC e il personale incaricato, dalla responsabilità che loro incombe per averle ordinate o lasciate eseguire.

L'Aggiudicatario non è svincolato da eventuali non conformità progettuali, di produzione, di sicurezza e di corrispondenza alla richiesta espressa nel presente documento, che dovessero emergere successivamente all'esito positivo del collaudo, per cui lo stesso si impegnerà alla tempestiva eliminazione di tutti i difetti e/o vizi riscontrati fino alla possibilità del ritiro della fornitura se non resa conforme in tempi ragionevolmente brevi.

Tutti gli oneri sostenuti per la fase di collaudo, compreso l'assemblaggio e l'installazione ed in ogni caso nulla escluso saranno da considerarsi a carico dell'Aggiudicatario

ARTICOLO 10 - Pagamento del corrispettivo

I prezzi offerti, indicati nel modulo offerta, si intendono remunerativi di tutte le prestazioni ed oneri indicati nella documentazione di gara, con esclusione dell'IVA. Si precisa che, le spese bancarie per l'accredito delle fatture, sono a carico della Ditta aggiudicataria.

Le fatture per la fornitura del seguente appalto potranno essere emesse in seguito a collaudo con esito positivo. Per il dettaglio si rinvia al capitolo 3 del capitolato tecnico.

Al termine del periodo di garanzia, le fatture sul canone del servizio di manutenzione e di assistenza per i 36 mesi post-garanzia saranno emesse con competenza trimestrale posticipatamente.

Le fatture dovranno essere intestate a: Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" sede legale Piazzale Cinelli 4 - 61121 Pesaro.

Le fatture dovranno essere trasmesse in forma elettronica secondo il formato di cui all'allegato A del D.M. n. 55/2013 al seguente Codice Univoco Ufficio: UF9BEG e dovrà riportare N. ordine CIG nonché la dicitura: "l'IVA esposta in fattura deve essere versata all'Erario dal destinatario ai sensi dell'art. 17 ter DPR n.633/1972". In mancanza, questa Azienda, non potendo procedere al regolare e corretto pagamento, non riconoscerà interessi di mora per ritardati pagamenti.

Il pagamento sarà disposto dall'Azienda su proposta del R.U.P. effettuata previa verifica e conferma delle risultanze dell'accettazione certificata dal D.E.C..

Il D.E.C. è responsabile dell'accettazione della prestazione ai fini dell'esecuzione del presente capitolato.

Nel caso di aggiudicazioni a favore di raggruppamenti, qualora la capogruppo emetta un'unica fattura comprendente anche il corrispettivo relativo alle imprese mandanti, la capogruppo dovrà precisare su ogni fattura emessa, indipendentemente dall'importo del documento, la quota di propria spettanza e quella di competenza delle singole imprese partecipanti (a tal proposito si precisa che per quota non deve intendersi la percentuale di pertinenza sulle prestazioni da contratto bensì la percentuale di spettanza sull'importo specificatamente fatturato).

L'Impresa assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 136/2010 e s.m.i.

L'Impresa si impegna a dare immediata comunicazione all'Azienda ed alla Prefettura-Ufficio Territoriale del Governo della Provincia di Pesaro della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subimpresa/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

L'Impresa, sotto la propria esclusiva responsabilità, renderà tempestivamente note all'Azienda le variazioni che si verificassero circa le modalità di accredito di cui sopra. In difetto di tale comunicazione, anche se le variazioni venissero pubblicate nei modi di legge, l'Impresa non potrà sollevare eccezioni in ordine ad eventuali ritardi dei pagamenti, né in ordine ai pagamenti già effettuati.

Restano fermi tutti gli obblighi e gli adempimenti previsti dall'art. 35 della Legge 248/2006.

I mandati di pagamento effettuati a fronte della prestazione costituiscono la documentazione utile per la riduzione della garanzia fideiussoria costituita dall'Impresa ai sensi e per gli effetti dell'art. 103 del D.Lgs. 50/2016.

Accertata la regolarità della fornitura (esito positivo del collaudo), il termine di pagamento è fissato a 60 gg dalla data di ricezione delle fatture medesime. In caso di ritardo nei pagamenti troverà applicazione la vigente normativa in materia.

E' fatto divieto, anche in caso di ritardo nei pagamenti da parte dell'Azienda, interrompere le prestazioni previste

Resta espressamente inteso che in nessun caso l'Impresa potrà sospendere l'esecuzione del presente capitolato, salvo quanto diversamente previsto nell'atto medesimo.

Qualora l'Impresa si rendesse inadempiente a tale obbligo, il presente capitolato potrà essere risolto di diritto, mediante semplice ed unilaterale dichiarazione da comunicarsi con lettera raccomandata A/R, da parte della Azienda.

ARTICOLO 11 - Subappalto

Si rinvia all'art. 105 del D.Lgs.50/2016.

ARTICOLO 12 - Penali

In caso di mancato, non conforme o incompleto adempimento delle obbligazioni assunte con il presente capitolato, verranno applicate le penali previste all'art. 13 del Capitolato tecnico.

La penale è comminata dal responsabile del procedimento sulla base delle indicazioni fornite dal responsabile dell'esecuzione.

Il ritardo e l'entità della penale sono computati in termini di giorni solari, fatte salve le eventuali diverse determinazioni previste nel Capitolato tecnico.

Ai sensi della normativa vigente, qualora il ritardo nell'adempimento determini un importo della penale complessivamente superiore al 10 (dieci) per cento del corrispettivo contrattuale, il responsabile del procedimento si riserva la facoltà di promuovere l'avvio delle procedure di risoluzione previste dal presente capitolato.

È ammessa, su motivata richiesta dell'esecutore, la totale o parziale disapplicazione della penale, quando si riconosca che il ritardo o l'inadempimento non è imputabile all'esecutore, oppure quando si riconosca che la penale è manifestamente sproporzionata, rispetto all'interesse della stazione appaltante. La disapplicazione non comporta il riconoscimento di compensi o indennizzi all'esecutore. Sull'istanza di disapplicazione della penale decide la stazione appaltante su proposta del responsabile del procedimento, sentito il Direttore dell'esecuzione e il soggetto incaricato della verifica di conformità.

La stazione appaltante potrà compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali di cui al presente contratto con quanto dovuto all'esecutore a qualsiasi titolo, quindi anche con i corrispettivi maturati.

La richiesta o il pagamento delle penali non esonera in nessun caso l'esecutore dall'adempimento dell'obbligazione per la quale si è reso inadempiente e che ha fatto sorgere l'obbligo di pagamento della medesima penale.

ARTICOLO 13 - Risoluzione

In caso di risoluzione del presente capitolato, l'Azienda acquisisce il diritto di ritenere definitivamente la cauzione definitiva, ove essa non sia stata ancora restituita, o di applicare una penale equivalente, nonché di procedere nei confronti dell'Impresa per il risarcimento del danno.

In ogni caso, si conviene che l'Azienda, senza bisogno di assegnare previamente alcun termine per l'adempimento, potrà risolvere di diritto il presente capitolato, ai sensi dell'art. 1456 codice civile, nonché ai sensi dell'art. 1360 codice civile, previa dichiarazione da comunicarsi all'Impresa con raccomandata A/R, nei seguenti casi.

- a) qualora taluno dei componenti l'organo di amministrazione o l'amministratore delegato o il direttore generale o il responsabile tecnico dell'Impresa siano condannati, con sentenza passata in giudicato, per delitti contro la Pubblica Amministrazione, l'ordine pubblico, la fede pubblica o il patrimonio, ovvero siano assoggettati alle misure previste dalla normativa antimafia;
- b) qualora l'Impresa perda i requisiti minimi richiesti per la partecipazione alla procedura ad

evidenza pubblica conclusasi con la stipulazione del presente capitolato, nonché richiesti per la stipula dell'atto medesimo per lo svolgimento delle attività ivi previste;

- c) qualora gli accertamenti antimafia presso la Prefettura competente evidenzino situazioni ostative alla stipula di contratti pubblici;
- d) per la mancata reintegrazione delle cauzioni eventualmente escusse, entro il termine di 10 (dieci) giorni solari dal ricevimento della relativa richiesta da parte dell'Azienda;
- e) per la mancata copertura dei rischi durante tutta la vigenza del contratto, ai sensi delle specifiche disposizioni contenute nel presente capitolato;
- f) per mancato adempimento degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge 136/2010 e s.m.i.;
- g) per mancato adempimento di quanto disposto nel patto d'integrità;
- h) per ogni altra fattispecie che faccia venire meno il rapporto di fiducia sottostante il presente capitolato. In tali casi, e in ogni altro caso integrante la cosiddetta "giusta causa", l'Impresa ha diritto al pagamento da parte dell'Azienda delle prestazioni rese, purché eseguite correttamente ed a regola d'arte, secondo il corrispettivo e le condizioni previste nel presente capitolato, rinunciando espressamente, ora per allora, a qualsiasi ulteriore eventuale pretesa, anche di natura risarcitoria, ed a ogni ulteriore compenso o indennizzo o rimborso, anche in deroga a quanto previsto dall'art. 1671 codice civile.

L'Azienda ha la facoltà di risolvere il contratto anche nei seguenti casi:

- nel caso in cui l'ammontare complessivo delle penali applicate in un anno solare superi il 10% del valore annuale dello stesso;
- nel caso in cui l'ammontare complessivo delle penali superi il 10% del valore complessivo dello stesso;
- qualora nel corso di validità del contratto, il sistema di convenzioni per l'acquisto di beni e servizi delle Pubbliche Amministrazioni (CONSIP), ai sensi dell'art. 26 della L. n. 488/99 e s.m.i, e/o la SUAM aggiudichi la fornitura/servizio di cui alla presente procedura;
- nel caso in cui la Ditta aggiudicataria non si conformi entro un termine ragionevole all'ingiunzione di questa Azienda di porre rimedio a negligenze o inadempienze contrattuali che compromettano gravemente la corretta esecuzione del contratto d'appalto nei termini prescritti;
- nel caso in cui la Ditta aggiudicataria rifiuti o trascuri di eseguire gli ordini impartiti da questa Azienda;
- nel caso in cui la Ditta aggiudicataria non intervenga nei tempi previsti dal capitolato e la mancata risoluzione del guasto arrechi notevoli disagi o danni all'Azienda;
- nel caso in cui la Ditta aggiudicataria non osservi gli impegni e gli obblighi assunti con l'accettazione della documentazione di gara in tema di comportamento trasparente per tutta la durata del presente appalto;
- in caso di mancata, tardiva o mendace presentazione delle relazioni periodiche e dei vari piani programmatici presentate in sede di gara;
- nel caso in cui la Ditta aggiudicataria compia azioni dolosamente mirate ad eludere il controllo effettuato dalla Azienda sul rispetto dei requisiti contrattuali e degli indici di prestazione indicati nel presente Capitolato;
- in caso di ritardo nell'avvio del servizio/fornitura per cause imputabili all'Impresa superiore a 60 giorni;
- qualora il servizio/fornitura venisse sospeso o interrotto per motivi non dipendenti da cause di forza maggiore;
- in caso di reiterate inosservanze agli obblighi contrattuali;
- in caso di frode, di grave negligenza, di grave inadempienza nell'esecuzione degli obblighi e delle condizioni contrattuali;
- in caso di cessione dell'Azienda, di cessazione di attività oppure in caso di concordato preventivo, di fallimento, di stati di moratoria e di conseguenti atti di sequestro o di pignoramento a carico della Ditta aggiudicataria;
- nei casi di cessione o subappalto non autorizzati da questa Azienda;
- nei casi di morte dell'imprenditore, quando la considerazione della sua persona sia motivo determinante di garanzia;
- in caso di morte di qualcuno dei soci nelle ditte costituite in società di fatto o in nome collettivo; o di uno dei soci accomandatari nelle società in accomandita e la Azienda non ritenga di continuare il rapporto contrattuale con gli altri soci;
- in ogni altro caso espressamente previsto nella documentazione di gara.

In caso di risoluzione del contratto per inadempienza della Ditta aggiudicataria, l'Azienda ha diritto di incamerare il deposito cauzionale definitivo salvo il risarcimento del maggior danno (tutti i costi, nessuno escluso, per l'affidamento a terzi del servizio/fornitura, ecc.).

Nessun indennizzo è dovuto alla Ditta aggiudicataria inadempiente. L'esecuzione in danno non esime la Ditta aggiudicataria inadempiente dalla responsabilità civile in cui la stessa possa incorrere a norma di legge per i fatti che hanno motivato la risoluzione.

La risoluzione del contratto sarà preceduta dalla contestazione dell'addebito, con lettera Raccomandata AR, indirizzata alla Ditta aggiudicataria inadempiente con indicazione di un termine per le relative giustificazioni.

Con la risoluzione del contratto sorge il diritto nell'Azienda di affidare a terzi il servizio/fornitura in danno della ditta inadempiente. L'affidamento avviene in favore del concorrente successivo in graduatoria o ai sensi delle procedure di cui al D.Lgs. 50/2016, ed entro i limiti previsti, in economia, stante l'esigenza di limitare le conseguenze dei ritardi connessi con la risoluzione del contratto. L'affidamento a terzi viene notificato alla Ditta inadempiente mediante raccomandata, con indicazione dei servizi affidati e degli importi relativi. Alla Ditta inadempiente sono addebitate le spese sostenute in più dall'Azienda rispetto a quelle previste dal contratto risolto. Esse sono prelevate da eventuali crediti della Ditta e, ove questi non siano sufficienti, dal deposito cauzionale. Nel caso di minor spesa nulla compete alla Ditta inadempiente. Resta inteso che in caso di risoluzione del contratto l'Impresa dovrà impegnarsi ad assicurare l'esecuzione del servizio/fornitura fino al subentro del nuovo contraente, onde evitare l'interruzione di un servizio di pubblica utilità.

ARTICOLO 14 - Recesso

L'Azienda ha diritto di recedere in qualunque tempo e per qualsiasi motivo dal presente capitolato, in tutto o in parte, avvalendosi della facoltà consentita dall'articolo 1671 del codice civile.

L'esercizio del diritto di recesso è preceduto da formale comunicazione all'Impresa aggiudicataria, con preavviso non inferiore a 20 giorni solari a mezzo di Raccomandata AR, decorsi i quali l'Azienda prende in consegna le prestazioni rese e le sottopone a verifica di conformità secondo la disciplina del presente capitolato.

In caso di mutamenti di carattere organizzativo interessanti l'Azienda e qualora prima della scadenza del contratto la S.U.A.M. avvii e concluda un procedimento unico a livello regionale per l'affidamento della fornitura/servizio in oggetto, l'Azienda può recedere in tutto o in parte unilateralmente dal presente capitolato, con un preavviso di almeno 20 giorni solari, a mezzo di Raccomandata AR.

Il recesso comporta il pagamento delle prestazioni regolarmente eseguite e del decimo dell'importo delle prestazioni non eseguite. Il decimo dell'importo delle prestazioni non eseguite è calcolato sulla differenza tra l'importo dei quattro quinti del corrispettivo del presente capitolato e l'ammontare delle prestazioni già liquidate e pagate.

Le prestazioni il cui valore è riconosciuto dall'Azienda a norma del presente articolo sono soltanto quelle già accettate dal direttore dell'esecuzione prima della comunicazione del preavviso di cui sopra.

L'Impresa deve rimuovere i materiali, oggetto della prestazione assunta con il presente capitolato e deve mettere i relativi spazi a disposizione dell'Azienda nel termine stabilito; in caso contrario lo sgombero è effettuato d'ufficio e a sue spese.

L'Impresa rinuncia espressamente, ora per allora, a qualsiasi ulteriore eventuale pretesa, anche di natura risarcitoria, ed a ogni ulteriore compenso o indennizzo o rimborso.

In ogni caso di recesso l'Impresa si impegna a porre in essere ogni attività necessaria per assicurare la continuità della prestazione in favore dell'Azienda.

L'Azienda può sempre ordinare l'esecuzione della prestazione in misura inferiore rispetto a quella assunta con il presente capitolato, nel limite di un quinto del corrispettivo stipulato e senza che nulla spetti all'esecutore a titolo di indennizzo. L'intenzione di avvalersi della facoltà di diminuzione deve essere tempestivamente comunicata all'Impresa e comunque prima del raggiungimento di quarto quinto del corrispettivo stipulato.

ARTICOLO 15 - Danni, responsabilità civile e polizza assicurativa

L'Impresa assume in proprio ogni responsabilità per qualsiasi danno causato a persone o beni, tanto dell'Impresa stesso quanto dell'Azienda o di terzi, in dipendenza di omissioni, negligenze o altre inadempienze relative all'esecuzione delle prestazioni contrattuali ad esso riferibili, anche se eseguite da parte di terzi.

A fronte dell'obbligo di cui al precedente comma, l'Impresa ha stipulato una polizza assicurativa, a copertura del rischio da responsabilità civile della medesima Impresa. In particolare, detta polizza tiene indenne l'Azienda, ivi compresi i suoi dipendenti e collaboratori, nonché i terzi, per qualsiasi danno l'Impresa possa arrecare all'Azienda, ai loro dipendenti e collaboratori, nonché ai terzi, nell'esecuzione della prestazione.

Il massimale della polizza assicurativa si intende per ogni evento dannoso o sinistro, purché sia reclamato nei due anni successivi alla cessazione delle attività del presente capitolato.

La polizza prevede la rinuncia dell'assicuratore, nei confronti dell'Azienda, a qualsiasi eccezione, con particolare riferimento alla copertura del rischio anche in caso di eventuali dichiarazioni inesatte o reticenze, in deroga a quanto previsto dagli artt. 1892 e 1893 codice civile.

Resta inteso che l'esistenza e, quindi, la validità ed efficacia della polizza assicurativa di cui al presente articolo è condizione essenziale, per l'Azienda, e, pertanto, qualora l'Impresa non sia in grado di provare in qualsiasi momento tale copertura assicurativa, il presente capitolato si risolverà di diritto con conseguente ritenzione della cauzione definitiva, a titolo di penale e fatto salvo l'obbligo di risarcimento del maggior danno subito.

Resta ferma l'intera responsabilità dell'Impresa anche per danni eventualmente non coperti ovvero per danni eccedenti i massimali assicurati.

ARTICOLO 16 - Divieto di cessione del contratto – Vicende soggettive dell'aggiudicatario

È fatto assoluto divieto all'Impresa di cedere, a qualsiasi titolo, il presente capitolato, a pena di nullità dell'atto medesimo.

In caso di inadempimento da parte dell'Impresa degli obblighi di cui al presente articolo, l'Azienda, fermo restando il diritto al risarcimento del danno, ha facoltà di dichiarare risolto di diritto, il presente capitolato.

Le ipotesi di cessione di azienda (o ramo d'azienda), atti di trasformazione, fusione e scissione, trasferimento o affitto di azienda relativi all'Impresa aggiudicataria sono disciplinate dal D.Lgs. 50/2016. In tali casi la prosecuzione del contratto è autorizzata dall'Azienda entro 60 (sessanta) giorni dalla richiesta previa verifica del possesso dei requisiti di qualificazione in capo alla ditta subentrante.

Su tale comunicazione dovrà essere apposta, anche in forma disgiunta, la firma del titolare/legale rappresentante dell'Impresa e della ditta subentrante.

L'Impresa sarà, comunque, responsabile di eventuali disservizi provocati all'Azienda da omesse o inesatte informazioni con conseguente applicazione delle penali previste dall'art. 13 del capitolato tecnico in tema di ritardo nell'esecuzione della prestazione e/o inadempimento.

In caso di inadempimento da parte dell'Impresa degli obblighi di cui al presente articolo, l'Azienda, fermo restando il diritto al risarcimento del danno, ha facoltà di dichiarare risolto di diritto, il presente contratto.

In caso di decesso del titolare della ditta individuale aggiudicataria, il contratto si risolve, salvo la facoltà insindacabile dell'Azienda di consentirne la prosecuzione da parte degli eredi. In tal caso, comunque, l'Azienda ha facoltà di recedere dal contratto se gli eredi dell'Impresa non offrono affidamento per la buona esecuzione del contratto stesso.

ARTICOLO 17 - Brevetti industriali e diritti d'autore

L'Impresa assume ogni responsabilità conseguente all'uso di dispositivi o all'adozione di soluzioni tecniche o di altra natura che violino diritti di brevetto, di autore ed in genere di privativa altrui; l'Impresa, pertanto, si obbliga a manlevare l'Azienda dalle pretese che terzi dovessero avanzare in relazione a diritti di privativa vantati da terzi.

Qualora venga promossa nei confronti dell'Azienda azione giudiziaria da parte di terzi che vantino diritti sulle prestazioni contrattuali, l'Impresa assume a proprio carico tutti gli oneri conseguenti, incluse le spese eventualmente sostenute per la difesa in giudizio. In questa ipotesi, l'Azienda è tenuta ad informare prontamente per iscritto l'Impresa delle suddette iniziative giudiziarie.

Nell'ipotesi di azione giudiziaria per le violazioni di cui al comma precedente tentata nei confronti dell'Azienda essa, fermo restando il diritto al risarcimento del danno nel caso in cui la pretesa azionata sia fondata, ha facoltà di dichiarare la risoluzione di diritto del presente capitolato, recuperando o ripetendo il corrispettivo versato, detratto un equo compenso per i servizi o le forniture erogati.

ARTICOLO 18 - Condizione risolutiva espressa

Il presente capitolato è soggetto alla condizione risolutiva di cui all'art. 11 del D.P.R. 252/1998 inoltre è oggetto alla condizione risolutiva dell'esito positivo delle verifiche sul possesso dei requisiti

di ordine generale (art. 80 del D.Lgs. 50/2016).

ARTICOLO 19 - Trattamento dei dati personali

Le parti stipulanti dichiarano di essersi reciprocamente comunicate, oralmente e prima della sottoscrizione del presente capitolato, le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali" circa il trattamento dei dati personali conferiti per la sottoscrizione e l'esecuzione del presente capitolato stesso e di essere a conoscenza dei diritti che spettano loro in virtù dell'art. 7 della citata normativa.

L'Azienda, come rappresentata nel presente contratto, tratta i dati relativi al presente contratto ed alla sua esecuzione in ottemperanza agli obblighi di legge, per fini di studio e statistici ed in particolare per le finalità legate al monitoraggio dei consumi ed al controllo della spesa, nonché per l'analisi degli ulteriori risparmi di spesa ottenibili.

La trasmissione dei dati dall'Impresa all'Azienda avverrà anche per via telefonica o telematica nel rispetto delle disposizioni in materia di comunicazioni elettroniche di cui al D.Lgs. 196/2003.

Le parti stipulanti si impegnano ad improntare il trattamento dei dati ai principi di correttezza, liceità e trasparenza nel pieno rispetto del citato D.Lgs. 196/2003 con particolare attenzione a quanto prescritto riguardo alle misure minime di sicurezza da adottare.

Le parti stipulanti dichiarano che i dati personali forniti nell'ambito del presente contratto sono esatti e corrispondono al vero esonerandosi reciprocamente da qualsivoglia responsabilità per errori materiali di compilazione ovvero per errori derivanti da un'inesatta imputazione dei dati stessi negli archivi elettronici e cartacei.

La Ditta aggiudicataria ha l'obbligo di mantenere riservati i dati e le informazioni dei quali potrà venire a conoscenza durante o in relazione ad ogni attività inerente l'esecuzione del contratto.

ARTICOLO 20 - Sicurezza sul lavoro

La Ditta aggiudicataria è soggetta alle disposizioni in materia di salute e sicurezza di lavoratori previste dal D.Lgs. 81/2008 e successive modifiche e integrazioni.

I rischi presenti nell'Azienda Ospedaliera e le principali azioni di prevenzione e protezione raccomandate sono dettagliati nel "Documento informativo destinato alle Ditte e ai Lavoratori autonomi affidatari di lavori" (scaricabile dal sito www.ospedalimarchenord.it), che fa parte integrante del presente capitolato ed i cui dati sono stati estratti dal "Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)" dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord". Il Documento contiene anche i nominativi e recapiti di tutte le figure aziendali coinvolte nella gestione della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.

Si ritiene che le informazioni riportate in questo documento, congiuntamente al sopralluogo dell'area interessata, siano sufficienti alle Ditte per predisporre un'offerta che tenga in considerazione gli aspetti della sicurezza della fornitura/servizio richiesto.

La valutazione dei rischi interferenti, le misure previste per eliminarli/ridurli, la quantificazione dei costi della sicurezza, ed i nominativi del RUP e degli altri referenti della sicurezza sono riportati nel D.U.V.R.I.

I costi della sicurezza connessi con l'oggetto della presente procedura di gara, propri della ditta appaltatrice, dovranno essere ricompresi nell'importo complessivo della fornitura ed evidenziati, a parte, nell'offerta economica

ARTICOLO 21 - Foro competente

Per qualsiasi controversia che dovesse insorgere tra la Azienda e la Ditta aggiudicataria in ordine all'esecuzione del contratto sarà competente il Foro di Pesaro.

ARTICOLO 22 - Rinvio

Per tutto quanto non previsto dal presente contratto si rinvia alla documentazione di gara, al D.Lgs. 50/2016 ed a tutta la normativa vigente in materia purché applicabile.

Il presente capitolato, soggetto a registrazione solo in caso d'uso, consta di n. 14 pagine.

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 codice civile, la Ditta aggiudicataria dovrà dichiarare di accettare tutte le condizioni e patti ivi contenuti e di avere attentamente considerato quanto stabilito e convenuto con le relative clausole; in particolare dichiara di approvare specificamente le clausole e condizioni di seguito elencate:

Articolo 3 - Ambito oggettivo, corrispettivo e varianti

Articolo 5 – Avvio dell'esecuzione durata contrattuale e sospensioni
Articolo 6 – Oneri, obblighi e adempimenti a carico dell'Impresa
Articolo 8 – Garanzie
Articolo 9 – Espletamento della prestazione, e verifica di conformità
Articolo 10 – Pagamento del corrispettivo
Articolo 12 – Penali
Articolo 13 – Risoluzione
Articolo 14 – Recesso
Articolo 15 – Danni, responsabilità civile e polizza assicurativa

PATTO DI INTEGRITÀ

OGGETTO: fornitura di n. 1 sistema integrato per la gestione informatizzata di un Centro di procreazione medicalmente assistita (PMA) e connessi servizi di assistenza e manutenzione per la durata di 36 mesi post-garanzia come dettagliato nel capitolato tecnico.

VISTI E RICHIAMATI:

- l'articolo 1, comma 17, L.190/2012 – *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”* — che dispone che *“Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara”*;
- Il D.P.R. n.62/2013, a norma dell'articolo 54 del D.Lgs. n.165/2001, con il quale è stato emanato il Regolamento recante *“Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”*, e, in particolare, l'articolo 2, comma 3, del suddetto decreto che dispone che *“Le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001 estendono, per quanto compatibili, gli obblighi di condotta previsti dal presente codice a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, le amministrazioni inseriscono apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente codice”* ed il successivo articolo 17 che dispone che *“Le amministrazioni danno la più ampia diffusione al presente decreto, pubblicandolo sul proprio sito internet istituzionale e nella rete intranet, nonché trasmettendolo tramite e-mail a tutti i propri dipendenti e ai titolari di contratti di consulenza o collaborazione a qualsiasi titolo, anche professionale, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione dei vertici politici dell'amministrazione, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo, anche professionale, di imprese fornitrici di servizi in favore dell'amministrazione. L'amministrazione, contestualmente alla sottoscrizione del contratto di lavoro o, in mancanza, all'atto di conferimento dell'incarico, consegna e fa sottoscrivere ai nuovi assunti, con rapporti comunque denominati, copia del codice di comportamento”*;
- il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) approvato con delibera n. 72/2013 dall'Autorità

- il punto 3.1.3 del PNA, avente ad oggetto *"Codici di comportamento — diffusioni di buone pratiche e valori"*, che dispone che *"Le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, D. Lgs. n. 165/2001 devono predisporre o modificare gli schemi tipo di incarico, contratto, bando, inserendo la condizione dell'osservanza dei Codici di comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, per i titolari di organo, per il personale impiegato negli uffici di diretta collaborazione dell'autorità politica, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi od opere a favore dell'amministrazione, nonché prevedendo la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dai Codici"*;
- il punto 3.1.9 del PNA che disciplina l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro disponendo che *"Ai fini dell'applicazione dell' art.53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165 del 2001, le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165 del 2001 debbono impartire direttive interne affinché:*
 - ❖ *nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;*
 - ❖ *sia disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente"*;
- il punto 3.1.13 del PNA dedicato ai *"Patti di integrità negli affidamenti"* che dispone che *"Le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione dell'art. 1, comma 17, della L. n. 190, di regola, predispongono ed utilizzano protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse. A tal fine, le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto."*;
- l'articolo 38, comma 1, lettera m-quater), e comma 2 del D.Lgs. 163/2006 *"Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE"* che dispone quanto segue: *"Sono esclusi dalla partecipazione alle procedure di affidamento delle concessioni e degli appalti di lavori, forniture e servizi, né possono essere affidatari di subappalti, e non possono stipulare i relativi contratti i soggetti: che si trovino, rispetto ad un altro partecipante alla medesima procedura di affidamento, in una situazione di controllo di cui all'articolo 2359 del codice civile o in una qualsiasi relazione, anche di fatto, se la situazione di controllo o la relazione comporti che le offerte sono imputabili ad un unico centro decisionale, 2... Ai fini del comma 1, lettera m-quater), il concorrente allega, alternativamente: a) la dichiarazione di non trovarsi in alcuna situazione di*

controllo di cui all' articolo 2359 del codice civile rispetto ad alcun soggetto, e di aver formulato l'offerta autonomamente; b) la dichiarazione di non essere a conoscenza della partecipazione alla medesima procedura di soggetti che si trovano, rispetto al concorrente, in una delle situazioni di controllo di cui all' articolo 2359 del codice civile, e di aver formulato l'offerta autonomamente; c) la dichiarazione di essere a conoscenza della partecipazione alla medesima procedura di soggetti che si trovano, rispetto al concorrente, in situazione di controllo di cui all' articolo 2359 del codice civile, e di aver formulato l'offerta autonomamente. Nelle ipotesi di cui alle lettere a), b) e c), la stazione appaltante esclude i concorrenti per i quali accerta che le relative offerte sono imputabili ad un unico centro decisionale, sulla base di univoci elementi. La verifica e l'eventuale esclusione sono disposte dopo l'apertura delle buste contenenti l'offerta economica.";

- l'articolo 46, comma 1 bis, del decreto legislativo 12 aprile 2006 n.163 - Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE — che dispone che *"La stazione appaltante esclude i candidati o i concorrenti in caso di mancato adempimento alle prescrizioni previste dal presente codice e dal regolamento e da altre disposizioni di legge vigenti, nonché nei casi di incertezza assoluta sul contenuto o sulla provenienza dell'offerta, per difetto di sottoscrizione o di altri elementi essenziali ovvero in caso di non integrità del plico contenente l'offerta o la domanda di partecipazione o altre irregolarità relative alla chiusura dei plichi, tali da far ritenere, secondo le circostanze concrete, che sia stato violato il principio di segretezza delle offerte; i bandi e le lettere di invito non possono contenere ulteriori prescrizioni a pena di esclusione. Dette prescrizioni sono comunque nulle."*
- l'articolo 2 della L.n. 287/1990 - Norme per la tutela della concorrenza e del mercato — secondo il quale. *"...1. Sono considerati intese gli accordi e/o le pratiche concordati tra imprese nonché le deliberazioni, anche se adottate ai sensi di disposizioni statutarie o regolamentari, di consorzi, associazioni di imprese ed altri organismi similari. 2. Sono vietate le intese tra imprese che abbiano per oggetto o per effetto di impedire, restringere o falsare in maniera consistente il gioco della concorrenza all'interno del mercato nazionale o in una sua parte rilevante, anche attraverso attività consistenti nel: a) fissare direttamente o indirettamente i prezzi d'acquisto o di vendita ovvero altre condizioni contrattuali; b) impedire o limitare la produzione, gli sbocchi, o gli accessi al mercato, gli investimenti, lo sviluppo tecnico o il progresso tecnologico; c) ripartire i mercati o le fonti di approvvigionamento; d) applicare, nei rapporti commerciali con altri contraenti, condizioni oggettivamente diverse per prestazioni equivalenti, così da determinare per essi ingiustificati svantaggi nella concorrenza; e) subordinare la conclusione di contratti all'accettazione da parte degli altri contraenti di prestazioni supplementari che, per loro natura o secondo gli usi commerciali, non abbiano alcun rapporto con l'oggetto dei contratti stessi. 3. Le intese vietate sono nulle ad ogni effetto."*

PRESO ATTO CHE:

1. ai fini del presente documento le parti sottoscrittrici sono così rappresentate:
 - a) Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" (di seguito denominata "Stazione Appaltante"): dal Direttore Generale c/o dal Dirigente della UOC Servizio Informatico aziendale, sistema informativo e reti (munito di delega);
 - b) operatore economico: _____;
2. il presente atto viene sottoscritto ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui alla L. 190/2012 recante ad oggetto: *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*;
3. la mancata accettazione, in sede di partecipazione alla procedura di gara, di tutte le disposizioni del presente atto comporterà l'esclusione dalla procedura di scelta del contraente di cui all'oggetto;
4. il presente atto, debitamente sottoscritto dalle parti, costituisce parte integrante del contratto che si andrà a stipulare a conclusione della procedura in oggetto;

TUTTO CIÒ PREMESSO, LE PARTI COME SOPRA RAPPRESENTATE SOTTOSCRIVONO QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1 — DISPOSIZIONI GENERALI

1. Le parti assumono, in forza del presente atto, la reciproca e formale obbligazione di conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza nonché l'espresso impegno di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'aggiudicazione del contratto o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione e verifica;
2. La Stazione Appaltante si impegna a rispettare e a far rispettare le disposizioni contenute nel presente atto. I dipendenti della Stazione Appaltante comunque impiegati nell'espletamento della procedura e nel controllo dell'esecuzione del relativo contratto aggiudicato, sono consapevoli del presente atto, il cui spirito condividono pienamente unitamente alle sanzioni previste a loro carico in caso di mancato rispetto;
3. la Stazione Appaltante si impegna a rendere pubblici i dati riguardanti la procedura di cui all'oggetto ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia;

ARTICOLO 2 — IMPEGNI E DICHIARAZIONI DELL'OPERATORE ECONOMICO

1. L'operatore economico si impegna, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 (Codice di comportamento dei dipendenti pubblici), ad osservare e a far osservare ai propri collaboratori a qualsiasi titolo, avuto riguardo al ruolo e all'attività svolta, gli obblighi di condotta

previsti dal "*Codice di comportamento*" stesso. A tal fine l'operatore economico è consapevole ed accetta che, ai fini della completa e piena conoscenza del "*Codice di comportamento*", la Stazione Appaltante ha adempiuto all'obbligo di trasmissione di cui all'articolo 17 del D.P.R. n. 62/2013 garantendone l'accessibilità all'indirizzo www.ospedalimarchenord.it/trasparenza/valutazione_merito/dati_informativi_sul_personale/codice_di_comportamento. L'operatore economico si impegna a trasmettere copia del "*Codice di comportamento*" ai propri collaboratori a qualsiasi titolo e a fornire prova dell'avvenuta comunicazione. La violazione degli obblighi di cui al D.P.R. n.62/2013 costituisce causa di risoluzione del contratto aggiudicato, secondo la disciplina del presente atto;

2. L'operatore economico dichiara, ai fini dell'applicazione dell'articolo 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001, di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti della Stazione appaltante che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto. L'operatore economico dichiara, altresì, di essere consapevole che qualora emerga la predetta situazione verrà disposta l'esclusione dalla procedura di affidamento in oggetto;
3. L'operatore economico dichiara che non subappalterà e non subaffiderà prestazioni di alcun tipo ad altri operatori economici partecipanti (in forma singola o plurima) alla procedura ed è, comunque, consapevole che in caso contrario tali subappalti e subaffidamenti non saranno autorizzati o attuabili;
4. L'operatore economico dichiara che non si è accordato e non si accorderà con altri operatori interessati alla procedura, al fine di limitare in qualsiasi modo la concorrenza, nonché la serietà dell'offerta. In particolare, l'operatore economico è consapevole ed accetta che la Stazione Appaltante sospenderà immediatamente la procedura per le valutazioni del caso qualora dalle offerte presentate e ammesse si rilevino concreti elementi indiziari in ordine a:
 - intrecci personali tra gli assetti societari;
 - distribuzione numerica delle offerte con riferimento alla loro concentrazione in uno o più intervalli determinati caratterizzati da scostamenti impercettibili;
 - provenienza territoriale delle offerte;
 - modalità di compilazione delle offerte, ivi compresa tutta la documentazione presentata ai fini della partecipazione alla procedura
 - modalità di presentazione e conformazione delle buste e dei plichi contenenti le offerte, ivi compresa tutta la documentazione presentata ai fini della partecipazione alla procedura.

Resta, comunque, ferma la disciplina di cui all'articolo 38, comma 1, lettera m-quater), e comma 2 del D.Lgs. 163/06.

ARTICOLO 3 - SANZIONI

1. La Stazione Appaltante si impegna ad esaminare ciascuna segnalazione effettuata in forza del presente atto e di fornire ogni informazione in ordine allo stesso. Le segnalazioni dovranno pervenire a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo: aomarchenord@emarche.it;
2. L'operatore economico si impegna a segnalare alla Stazione Appaltante qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della procedura fino alla stipulazione del contratto o durante l'esecuzione dello stesso, da parte di ogni soggetto interessato o addetto allo svolgimento ed all'esecuzione predetti e, comunque, da parte di chiunque possa influenzarne le decisioni. L'impegno si estende anche all'esercizio di pressioni per indirizzare assunzione di personale e affidamento di prestazioni, nonché a danneggiamenti o furti di beni personali o aziendali. Resta fermo l'obbligo di segnalazione degli stessi fatti all'Autorità giudiziaria. La Stazione Appaltante accerta le fattispecie segnalate nel rispetto dei principi di comunicazione e partecipazione al procedimento di cui alla L.241/90 e s.m.i. Sono fatti salvi i principi propri dell'autotutela decisoria;
3. La Stazione Appaltante, verificata l'eventuale violazione delle disposizione del presente atto, contestano per iscritto all'operatore economico il fatto, assegnandogli un termine non inferiore a 10 (dieci) giorni per la presentazione di eventuali controdeduzioni. La mancata presentazione delle controdeduzioni o il loro mancato accoglimento, comporteranno l'esclusione dalla procedura in oggetto o la risoluzione del conseguente contratto, fatto salvo il risarcimento dei danni;
4. La Stazione Appaltante, accertata la violazione del presente atto da parte del proprio personale, direttamente o indirettamente preposto allo svolgimento delle procedura ed all'esecuzione del contratto, procede immediatamente alla sua sostituzione ed all'avvio nei suoi confronti dei conseguenti procedimenti disciplinari e di quelli connessi alla responsabilità contabile e penale;
5. La Stazione Appaltante si impegna, nell'ipotesi in cui l'applicazione delle sanzioni previste dal presente atto comportassero la perdita del lavoro da parte dei lavoratori dipendenti degli operatori economici coinvolti, a favorirne la ricollocazione nell'ambito della nuova procedura di affidamento;
6. L'operatore economico è consapevole ed accetta che in caso di mancato rispetto degli impegni assunti con il presente documento saranno applicate le seguenti sanzioni:
 - esclusione dalla procedura ovvero risoluzione del contratto relativo alla procedura eventualmente assegnatogli, nonché degli altri contratti eventualmente in essere con il committente;
 - escussione delle garanzie prestate per la presentazione dell'offerta e per l'esecuzione del contratto relativo alla procedura eventualmente assegnatogli;
 - esclusione dalle procedure indette dalla Stazione Appaltante per un periodo di tre anni;
 - penale pari all'importo di due mensilità di retribuzione a favore dei lavoratori dipendenti che dovessero perdere il lavoro a causa dell'applicazione delle predette sanzioni.

7. Il presente atto e le relative sanzioni potranno essere fatte valere sino alla completa esecuzione del contratto stipulato e sino alla data di scadenza delle garanzie prestate.

ARTICOLO 4 — SUBAPPALTI, SUBCONTRATTI, CESSIONI E SUBAFFIDAMENTI

1. Il presente atto si applica anche a tutti i subappalti, subcontratti, cessioni e subaffidamenti regolarmente autorizzati o regolarmente posti in essere per l'esecuzione del contratto aggiudicato a seguito della procedura in oggetto;
2. L'operatore economico si impegna, pertanto, ad inserire il presente atto nei patti negoziali stipulati con subappaltatori, subcontraenti e sub affidatari di cui al comma precedente;
3. La violazione degli impegni di cui al presente articolo costituisce violazione del presente atto ed è soggetta al relativo regime sanzionatorio e comporta, altresì, la nullità degli atti negoziali stipulati dall'operatore economico per tutto quanto sia rilevante nei confronti del committente.

Stazione Appaltante:

Operatore Economico:



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
Azienda Ospedaliera
"Ospedali Riuniti Marche Nord"
SEDE LEGALE: p.le Ginelli 4 - 61121 PESARO

DOCUMENTO UNICO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI INTERFERENTI

ai sensi dell'art. 26 comma 3 del D.Lgs 81/2008

Oggetto:

***FORNITURA DI UN SISTEMA INFORMATIVO PER
LA GESTIONE DI UN CENTRO DI PROCREAZIONE
MEDICALMENTE ASSISTITA(PMA) E CONNESSI
SERVIZI DI ASSISTENZA E MANUTENZIONE***

PREMESSA

Il presente Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti (D.U.V.R.I.) è stato redatto in ottemperanza al dettato dell'art. 26, comma 3, del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. nonché all'art. 86 del D.Lgs. 12.04.2006 n. 163, in questa fase, per fornire alla impresa appaltatrice dettagliate informazioni in materia di prevenzione e protezione relative alle attività ed ai luoghi di lavoro interessati da contratto di appalto e di quantificare i costi relativi alla sicurezza derivanti da interferenze.

Il DUVRI ed il "Documento Informativo destinato alle ditte appaltatrici ed ai lavoratori autonomi affidatari di lavori", sono da considerarsi allegati tecnici della documentazione di gara.

Il Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti, così come ribadito nella Determinazione dell'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture n. 3 del 05.03.2008, nonché dalle Linee Guida emanate dalla Conferenza Stato - Regioni in data 20.03.2008, è da considerarsi un documento dinamico. Pertanto questa versione preliminare del DUVRI dovrà essere necessariamente aggiornata dopo l'aggiudicazione della gara, quando si sarà in grado di conoscere l'organizzazione del lavoro della ditta aggiudicataria (numero di dipendenti, orario di lavoro, livelli di formazione, etc.) e le modalità di esecuzione dell'appalto. Copia del DUVRI verrà debitamente sottoscritta ed allegata al contratto che verrà stipulato con la ditta appaltatrice.

Ulteriori aggiornamenti del DUVRI potrebbero rendersi necessari nel caso in cui, durante lo svolgimento del servizio o della fornitura, fosse necessario apportare varianti al contratto, oppure durante l'attività di cooperazione e coordinamento si rendesse necessario modificare alcune misure di prevenzione e protezione.

1. FIGURE DI RIFERIMENTO

Datore di lavoro Committente – Dati relativi all' Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"			
INDICAZIONE DEL RUOLO	NOMINATIVO	INDIRIZZO SEDE	N. TELEFONO
Direttore Generale	Dr.ssa Maria Capalbo	p.le Cinelli, 4 - Pesaro	0721 - 366304
Responsabile del Unico Procedimento /	Dott.ssa Daniela Masci	V.le Trieste, 391 Pesaro	0721/366384
Direttore UOC Ginecologia Ostetricia	Dr. Alberto Marabini	p.le Cinelli, 6 - Pesaro	0721 - 362437
Direttore f.f. UOC Ingegneria Clinica & HTC	Dott.ssa Monica Bono	Via C. Lombroso, 1 - Pesaro	0721 - 364162
Direttore Servizio Informatico	Ing. Carlo Reggiani	V.le Trieste, 391 Pesaro	0721/366384
Resp. Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP) /	Dott. ssa Monica Bono	Via C. Lombroso, 1 - Pesaro	0721 - 364162
Servizio Officina	Gianluca Rossi	p.le Cinelli, 6 - Pesaro	0721 - 362375

2. DITTA APPALTATRICE

Ragione Sociale:

Sede legale:

Amministratore Unico:

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione:

R.L.S.

3. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' OGGETTO DELL'APPALTO

L'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" ha l'intento di affidare *la fornitura di un sistema informativo per la gestione del Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) ubicata nei locali predisposti presso lo Stabilimento di Muraglia;*

La fornitura del software applicativo con i requisiti minimi dettagliati nel capitolato, con licenze d'uso illimitate ed indipendenti dalle postazioni di lavoro, prevede servizi di assistenza e manutenzione:

1. Soluzione che permetta l'informatizzazione del centro PMA
2. Fornitura di tutte le componenti (sistemi operativi, database ed applicativi a corredo)
3. Fornitura di sistemi di tracciabilità sia hardware che software che permettano di ridurre a zero la probabilità di errore mismatch
4. Servizi d'installazione, formazione e affiancamento durante l'avviamento in produzione
5. Garanzia hardware e software fornito, assistenza e manutenzione per almeno 12 mesi a partire dalla data di collaudo, con intervento NBD (next business day), ricettività chiamate e attività di assistenza dal Lunedì al Venerdì dalle 8.00 alle 17.00 e al Sabato dalle 8.00 alle 14.00
6. Assistenza e manutenzione hardware, softwaree gestione backup,ivi compresa assistenza di base e sistemistica per la gestione delle eventuali macchine virtuali richieste,per i 36 mesi successivi al periodo di garanzia.

3.1 DURATA DELLA FORNITURA

La fornitura del servizio è prevista per la durata di 36 mesi.

3.2 NUMERO DI LAVORATORI CHE SVOLGONO L'ATTIVITÀ PRESSO LE AREE / LOCALI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD" :

Si rimanda all'elenco che la Ditta Aggiudicataria dovrà fornire prima dell'inizio del Servizio.

NOTA: nell'ambito dello svolgimento dell'attività il personale occupato dalla Ditta Aggiudicataria deve essere munito di apposita tessera di riconoscimento corredata di fotografia e contenente le generalità del lavoratore, la data di assunzione e, in caso di subappalto, la relativa autorizzazione.

3.3 MODALITÀ DI ACCESSO :

La Ditta Aggiudicataria concorderà orari e modalità di accesso nei locali del Committente con il Direttore di Esecuzione o suo delegato.

3.4 LAVORATORI DEL COMMITTENTE CHE COLLABORANO CON LA DITTA APPALTATRICE ALL'ESECUZIONE DELL'APPALTO:

I lavoratori del Committente che collaborano con gli operatori della Ditta Aggiudicataria sono gli operatori della U.O.C. Ingegneria Clinica & HTC per la fase di collaudo e la UOC Servizio Informatico aziendale, sistema informativo e reti per le fasi di manutenzione.

3.5 LUOGHI PRESSO I QUALI È DATA LA POSSIBILITÀ DI ORGANIZZARE UN DEPOSITO DEI MATERIALI DELLA DITTA AGGIUDICATARIA:

Dovranno essere concordati con il Direttore di Esecuzione o suo delegato della Azienda Ospedaliera.

3.6 INFORTUNI:

Gli operatori della Ditta Aggiudicataria che incorrano in infortunio sul lavoro presso l'Azienda Ospedaliera, dopo aver ricevuto le cure necessarie e aver avviato la pratica INAIL presso il Pronto Soccorso, dovranno poi rivolgersi al Medico Competente della Ditta medesima per la gestione dell'infortunio, gli eventuali trattamenti profilattici, i controlli sierologici o quanto altro sia necessario.

4. INFORMAZIONI SPECIFICHE SUI RISCHI POTENZIALI ESISTENTI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO DELL'AZIENDA

I rischi presenti all'interno degli ambienti di lavoro dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" sono stati indicati, in dettaglio, all'interno "Documento informativo sui rischi specifici dell'azienda destinato alle imprese appaltatrici ed ai lavoratori autonomi affidatari di lavori, servizi e forniture".

Il documento contiene anche le misure di prevenzione e protezione che devono essere attuate.

5. RISCHI INTRODOTTI DA PARTE DELL'APPALTATORE

In questo paragrafo sono elencati unicamente i rischi interferenti che i lavoratori della Ditta Aggiudicataria introdurranno, presumibilmente in questa fase, nei luoghi di lavoro dell'Azienda Ospedaliera.

Tipologia di Rischio	Cause
URTI, ABRASIONI, SCHIACCIAMENTI, INVESTIMENTI	Urti o investimenti prodotti da mezzi di trasporto di persone e/o materiali lungo la viabilità interna del Presidio Ospedaliero di Muraglia
INCIAMPO O CADUTA	Dovuto al deposito temporaneo o accidentale di attrezzature di lavoro o materiali in luoghi accessibili a persone estranee ai lavori.
RISCHIO ELETTRICO	Derivante dal collegamento all'impianto elettrico ospedaliero di macchine e attrezzature di lavoro con requisiti specifici di impianto elettrico.

6. INDIVIDUAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI DA INTERFERENZE E MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE ATTE AD ELIMINARE O RIDURRE TALI RISCHI

Di seguito si riporta la valutazione dei rischi da interferenze individuati per il servizio in oggetto.

Interferenze Ricontrate	Indice di Rischio	Aree Interessate	Misure di Prevenzione e Protezione
URTI, ABRASIONI, SCHIACCIAMENTI, INVESTIMENTI	B	Tutti i percorsi viari interni ai Presidi Ospedalieri	Attenersi alla segnaletica viaria interna (sensi unici, limiti di velocità, zone di parcheggio, zone di carico e scarico). Concordare con i responsabili esecutivi dell'Azienda Ospedaliera i tempi ed i percorsi di trasporto di attrezzature e materiali.
INCIAMPO O CADUTA	B	Aree interne al Centro di PMA dove sono installato specifico SW	Concordare con i Coordinatori della U.O.C. Laboratorio Analisi gli accessi ai reparti e le tempistiche dello svolgimento delle lavorazioni.
RISCHIO BIOLOGICO	B	Aree interne al Centro di PMA dove sono installato specifico SW	• Concordare preventivamente gli accessi con il Coordinatore del reparto; attenersi alle specifiche procedure al fine di non interferire con le attività

			sanitarie. • Segnalare tempestivamente gli imbrattamenti biologici degli arredi ed attrezzature da movimentare al personale interno del per la opportuna sanificazione.
RISCHIO ELETTRICO	B	Aree di lavoro	Comunicare, all'atto della stipula del contratto, le specifiche esigenze impiantistiche al Responsabile del Procedimento in modo che l'Azienda possa approntare quanto necessario. Attenersi alle norme precauzionali indicate nel Documento Informativo.
RISCHIO INCENDIO	A (definito in normativa)	Aree di lavoro ad alto rischio	Attenersi alle norme precauzionali e alle procedure indicate nel documento informativo che viene fornito dal committente, con particolare riguardo alla procedura di Emergenza.

(B = basso; M = medio; A = alto)

7. ONERI RELATIVI ALLA SICUREZZA

Sulla base di quanto descritto nel paragrafo 6, la fornitura di apparecchiature di emogasanalizzatori da banco e portatili, comporta rischi da interferenza "potenziali", di basso indice, di tipo residuale (non ulteriormente riducibili con misure di prevenzione e protezione). Per i motivi sopra esposti, in riferimento all'art. 86 del D.Lgs. 12-04-06 n. 163, così come modificato dalla Legge 123/2007, i costi relativi alla sicurezza derivanti da interferenze, per tutta la durata dell'appalto, risultano essere pari a zero (0).

8. RIUNIONE DI COOPERAZIONE E COORDINAMENTO

In considerazione della variabilità delle modalità di esecuzione dell'appalto da parte della Ditta Aggiudicataria, il presente D.U.V.R.I. è da considerarsi come una prima stesura, suscettibile quindi dei doverosi aggiustamenti e/o modifiche a seguito della riunione di cooperazione e coordinamento che dovrà essere predisposta dal Responsabile Unico del Procedimento relativo al presente appalto e a cui dovranno partecipare tutte le figure interessate dell'Azienda Committente (Servizio Informatico, R.S.P.P., Servizio Tecnico, etc.) e dell'Azienda Aggiudicataria (legale rappresentante, RSPP, etc.). Tale riunione dovrà essere effettuata prima dell'inizio dell'attività, ed in tale occasione saranno ulteriormente definite le modalità del servizio e redatto un verbale. Il verbale della riunione di cooperazione e coordinamento farà parte integrante del D.U.V.R.I.

9. VALIDITÀ E REVISIONE DEL D.U.V.R.I.

Come indicato nella premessa, il presente D.U.V.R.I. costituisce parte integrante del contratto di appalto ed ha validità immediata dalla sottoscrizione del contratto stesso. Qualora venissero ad essere modificate le condizioni dell'appalto in maniera sostanziale, il presente D.U.V.R.I. dovrà essere soggetto a revisione ed aggiornamento e sottoscritto per accettazione dalla Ditta aggiudicataria

Pesaro, 8/4/2016

Dott.ssa Daniela Masci
Responsabile Unico del Procedimento

Dott.ssa Monica Bono
Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione



- i dati possono essere comunicati a:
 1. personale interno dell'Amministrazione implicato nel procedimento
 2. concorrenti che partecipano alla gara
 3. ogni altro soggetto che abbia interesse ai sensi della Legge 07.08.1990 n.241
 4. ai soggetti destinatari delle comunicazioni e della pubblicità previste dalla Legge in materia di appalti;
- il conferimento dei dati ha natura facoltativa e si configura più esattamente come onere, nel senso che il concorrente, se intende partecipare alla gara o aggiudicarsi un appalto, deve rendere la documentazione richiesta dalla Amministrazione in base alla vigente normativa, in caso di mancato conferimento questa Azienda si riserva di chiedere l'integrazione della documentazione entro e non oltre 7 (sette) giorni dal ricevimento della richiesta, pena l'ESCLUSIONE;
- il Responsabile del trattamento è l'Ing. Carlo Reggiani, mentre soggetto attivo della raccolta dei dati è l'Amministrazione aggiudicatrice;
- può essere in ogni momento esercitato il diritto di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, cancellazione dei dati come previsti dalla vigente normativa rivolgendosi all'indirizzo specificato



CAPITOLATO TECNICO

per la fornitura di un sistema integrato per la gestione informatizzata di un centro di procreazione medicalmente assistita (PMA) e connessi servizi di assistenza e manutenzione per la durata di 36 mesi post-garanzia

*Si evidenzia che in questo CAPITOLATO TECNICO DI GARA sono indicate **le condizioni particolari di contratto ad integrazione ed in deroga** alle condizioni presenti nella documentazione del bando ICT2009 del MEPA "Allegato 1 Capitolato Tecnico – Prodotti" ed "Allegato 3 Condizioni Generali di Contratto - Prodotti".*

Sommario

1.	Oggetto della fornitura	4
1.1	Dettaglio dei requisiti richiesti a pena di esclusione	5
2.	Opzione contrattuale	6
3.	Durata contrattuale	6
4.	Importo a base d'asta	6
5.	Contesto di Riferimento	8
6.	Fabbisogno, volumi e attività stimate del centro PMA	8
7.	Diagramma di Gantt	8
8.	Caratteristiche del Software	9
8.1	Requisiti generali	9
8.2	Proprietà dei dati	11
8.3	Integrità fisica e logica dei dati	11
8.4	Requisiti funzionali minimi del Software PMA	11
8.4.1	Flusso di lavoro	13
8.4.2	Funzionalità di base	17
8.4.3	Tracciabilità dei gameti degli embrioni	19
8.4.4	Gestione modulo del consenso al trattamento	19
8.4.5	Scheda di anamnesi, esame obiettivo e sospetto diagnostico	20
8.4.6	Gestione delle consulenze	20
8.4.7	Chiusura del contatto di PMA	20
8.4.8	Disposizione del ricovero	20
8.4.9	Caso d'uso prescrizione e somministrazione farmaci "una tantum"	20
8.4.10	Caso d'uso scheda comunicazioni di servizio	21
8.4.11	Caso d'uso cambio turno e consegne	21
8.5	Funzioni Statistiche, Reportistica e Flussi	21
8.5.1	Flusso C	21
8.6	Integrazioni obbligatorie	21
8.6.1	Integrazione con Anagrafe Pazienti Centrale Aziendali	22
8.6.2	Integrazione con ADT	22
8.6.3	Integrazione con CUP Regionale	23
8.6.4	Integrazione con sottosistema di gestione Laboratorio Analisi Unico (LIS)	23
8.6.5	Integrazione con sottosistema di gestione RIS e PACS unico di Area Vasta	23

9.	Integrazioni Opzionali	23
9.1.1	Integrazione con il Fascicolo Socio Sanitario Elettronico	24
9.1.2	Integrazione con SAR sistema di accettazione regionale	24
9.1.3	Integrazione con ORMAWEB	24
9.1.4	Integrazione con sistemats.it.....	24
9.1.5	Integrazione con Pronto soccorso	24
10.	Risorse messe a disposizione da AORMN, certificazioni e requisiti minimi hardware.....	24
10.1	Ambiente parallelo di test	25
11.	Servizio di Formazione.....	25
12.	Servizi di Assistenza e Manutenzione HW e SW.....	26
12.1	Manutenzione.....	27
13.	Penali e SLA.....	28
13.1	Penali	28
13.2	SLA	28
14.	Test di collaudo di quanto offerto	29
14.1	Test di verifica delle integrazioni con altri sottosistemi applicativi.....	29
14.2	Test dei sistemi di back up e valutazione della documentazione.....	29
15.	Backup e supporto al Disaster Recovery	29
16.	Documentazione tecnica e demo software.....	30
16.1	Composizione documentazione tecnica.....	30
16.2	Svolgimento delle dimostrazioni software	31
17.	Progetto di riferimento.....	31
18.	Documentazione post aggiudicazione	32
19.	Criteri di valutazione del punteggio tecnico.....	32
	Elenco Allegati	33
	Glossario	33

1. Oggetto della fornitura

La presente procedura di gara è finalizzata alla acquisizione in LOTTO UNICO di un sistema integrato di gestione informatizzata di un centro di procreazione medicalmente assistita (di seguito indicato come PMA).

L'ambito della fornitura comprende:

1. software applicativo che permetta l'informatizzazione del centro PMA
2. realizzazione delle integrazioni indicate nel Capitolo 8.6
3. fornitura di tutte le componenti (database, applicativi ed eventuali sistemi operativi qualora venga fornito anche l'hardware)
4. fornitura di sistemi di tracciabilità sia hardware che software che permettano di ridurre a zero la probabilità di errore *mismatch*
5. fornitura di materiale di consumo necessario e relativo al sistema di tracciabilità sia nella fase di avviamento del centro che nella successiva gestione della PMA (per tutta la durata dell'appalto), esclusi i materiali di laboratorio.
6. servizi d'installazione, affiancamento e formazione iniziale all'uso ed alla gestione
7. garanzia software e sull'eventuale hardware fornito, assistenza e manutenzione per almeno 12 mesi a partire dalla data di collaudo (primo collaudo), con intervento NBD (next business day), ricettività chiamate e attività di assistenza dal Lunedì al Venerdì dalle 8.00 alle 17.00 e al Sabato dalle 8.00 alle 14.00
8. servizio di assistenza e manutenzione software e sull'eventuale hardware fornito per i 36 mesi successivi al periodo di garanzia;
9. supporto alla gestione dei backup, all'assistenza di base e sistemistica delle eventuali macchine virtuali per i 36 mesi successivi al periodo di garanzia relativamente al software applicativo offerto.
10. eventuali integrazioni opzionali

Saranno valutate come preferenziali eventuali funzionalità del software PMA che consentano una gestione della comunicazione verso i pazienti attraverso sistemi di messaggistica "smart" come Telegram, Whatsapp, Viber ed equivalenti.

Il sistema deve essere conforme alle normative in vigore in tema di procreazione medicalmente assistita, di privacy e trattamento dei dati sensibili, come disposto dal D.Lgs 196/2003 e s.m.i.

Il sistema dovrà altresì archiviare digitalmente i dati per un periodo minimo di trenta anni.

Il partecipante avrà l'onere di individuare un Project Manager e relativo staff tecnico, specificando il numero delle figure dedicate alle varie fasi di analisi, implementazione, formazione ed affiancamento per citare solo le principali. Il Project Manager dovrà garantire, in collaborazione con le figure professionali messe a disposizione dal Committente (Direttore dell'Esecuzione del Contratto, personale di PMA competente, referenti di Direzione Medica di Presidio, ecc.):

1. la progettazione del sistema con specifica di tutte le sue componenti hardware eventualmente offerte, software ed opere connesse
2. la pianificazione temporale delle necessarie fasi intermedie di sviluppo delle soluzioni,

analiticamente indicate con diagrammi di Gantt

3. la pianificazione temporale dell'utilizzo di tutte le risorse tecniche e professionali necessarie alla realizzazione del progetto, sia interne che esterne all'Azienda Ospedaliera
4. la pianificazione e la fornitura di ogni supporto di consulenza tecnica ed organizzativa necessaria e funzionale alla ottimale realizzazione del progetto
5. la pianificazione e la fornitura della necessaria formazione ed addestramento del personale dell'Azienda Ospedaliera, articolata in:
 - a. formazione a tutti gli utenti del centro PMA in modalità "Informazione, formazione frontale ed affiancamento"
 - b. formazione anche ad eventuali formatori interni.

La Ditta partecipante dovrà presentare apposita relazione di progetto descrivendo le potenzialità del proprio sistema specificando le condizioni di aggiornamento, sia software che hardware (eventualmente), in riferimento agli standard relativi alle tecnologie dell'informazione adottati nella Pubblica Amministrazione italiana e a quelli specifici in ambito sanitario.

Inoltre dovranno essere assicurate per tutta la durata del periodo di garanzia e nei periodi di valenza contrattuale del servizio di assistenza e manutenzione l'effettuazione di update/upgrade di sistema, in relazione ad eventuali sviluppi normativi.

La Ditta aggiudicataria è tenuta ad eseguire la fornitura oggetto del presente appalto a perfetta regola d'arte, nel rispetto di tutte le norme vigenti e conformemente alle condizioni, alle modalità, ai termini ed alle prescrizioni contenute nei documenti di gara.

1.1 Dettaglio dei requisiti richiesti a pena di esclusione

Di seguito è rappresentata una tabella che riassume gli elementi che qualora mancanti, rappresentano condizione di esclusione dal procedimento di gara.

Descrizione	Capitolo
Software in lingua italiana	8.4
Tracciabilità	8.4.3
Integrazioni obbligatorie	8.6
Risorse messe a disposizione da AORMN, certificazioni e requisiti minimi hardware	10
Servizio di formazione	11
Servizi di Assistenza e Manutenzione	12
Backup e supporto al DR	15

2. Opzione contrattuale

L' AORMN si riserva di procedere, entro 36 mesi successivi alla data di stipula del contratto, previo reperimento di risorse finanziarie e definizione delle condizioni di realizzazione (es. tempi, modalità, dettagli tecnici...) in accordo con l'impresa aggiudicataria, all'affidamento totale o parziale delle integrazioni opzionali fino al raggiungimento dell'importo pari a € 30.000,00 (IVA esclusa).

L'attivazione delle opzioni è subordinata alle effettive esigenze aziendali e nessuna pretesa può essere avanzata dall'aggiudicatario per la mancata attivazione delle stesse.

Per la realizzazione delle integrazioni opzionali sono state stimate circa 400 ore di sviluppo pertanto la Ditta partecipante dovrà quotarne il costo orario.

3. Durata contrattuale

La durata contrattuale è pari a complessivi 48 mesi dalla data di collaudo (o primo collaudo).

Nel periodo di garanzia post collaudo, pari a 12 mesi, i servizi richiesti sono da intendersi remunerati a corpo nell'ambito della fornitura.

Nel periodo successivo (post garanzia) e sino al termine del contratto i servizi richiesti sono da intendersi remunerati esclusivamente a canone.

L'AGGIUDICATARIO avrà diritto ai seguenti pagamenti secondo le seguenti tempistiche e modalità:

FORNITURA A CORPO:

- 90% della fornitura della PARTE A al completamento della fase WP7 del Gantt con esito positivo del primo collaudo;
- 10% della fornitura della PARTE A al completamento della fase WP8 del Gantt con esito positivo;
- 100% per ogni singola integrazione della PARTE B completata con esito positivo;
- 100% per ogni singola integrazione della PARTE C completata con esito positivo

FORNITURA A CANONE: per 36 mesi post- garanzia: a 60 gg dall'emissione della fattura trimestrale posticipata.

4. Importo a base d'asta

L'importo complessivo a base d'asta della fornitura ammonta a 155.000,00 (IVA 22% ESCLUSA) più l'opzione di € 30.000,00 (IVA 22% ESCLUSA), composto così:

DESCRIZIONE	IMPORTI COMPLESSIVI PARZIALI*	IMPORTI COMPLESSIVI
Fornitura a corpo		
Parte A Progettazione di un sistema per la gestione informatizzata di un centro PMA che includa a pena di esclusione : – tracciabilità dei gameti degli embrioni (cap. 8.4.3) – servizio di manutenzione e assistenza software ed eventuale hardware per un periodo di garanzia di almeno 12 mesi decorrenti dalla data di primo collaudo come tutto dettagliato nel presente Capitolato – Realizzazione delle integrazioni obbligatorie (cap. 8.6.1 e 8.6.2) – Servizi per la formazione iniziale all'uso e alla gestione (cap. 11)	€ 65.000,00	
Parte B Realizzazione di n. 3 integrazioni a pena di esclusione : – integrazione con CUP regionale (cap. 8.6.3) – integrazione con sottosistema di gestione Laboratorio Analisi Unico (LIS) (cap. 8.6.4) – integrazione con sottosistema di gestione RIS e PACS unico di Area Vasta (cap. 8.6.5)	€ 15.000,00	
Fornitura a canone		
Servizio di assistenza e manutenzione software ed eventuale hardware per 12 mesi post-garanzia inclusi materiali di consumo necessari al sistema di tracciabilità e attività di formazione (canone annuo x 3 anni post primi 12 mesi)	€ 75.000,00	
importo complessivo LOTTO UNICO SENZA OPZIONE a base d'asta al netto di oneri della sicurezza IVA ESCLUSA		€ 155.000,00
Parte C OPZIONE Realizzazione di integrazioni opzionali (cap. 9)	€ 30.000,00	
Totale oneri per la sicurezza non soggetti a ribasso d'asta	€ 0	
importo complessivo LOTTO UNICO + OPZIONE a base d'asta IVA ESCLUSA		€ 185.000,00

(*) **NOTA BENE:** Gli importi COMPLESSIVI (PARZIALI) componenti la base d'asta relativi alla fornitura a corpo ed alle forniture a canone non sono singolarmente superabili e pertanto sono da intendere, ciascuno separatamente, come singolo tetto massimo per l'offerta soggetto esclusivamente a ribasso.

Il lotto unico non è frazionabile. La Ditta che intende partecipare deve pertanto includere nell'offerta presentata tutti i beni/servizi richiesti.

5. Contesto di Riferimento

L'AORMN si compone di tre Presidi distribuiti nel territorio:

- Presidio Ospedaliero S.Salvatore – Pesaro, P.le Cinelli
- Presidio di Muraglia – Pesaro, Via Lombroso
- Presidio Ospedaliero S.Croce – Fano, Via Veneto

Allo stato attuale l'AORMN ha realizzato una struttura presso la sede di Muraglia ove sarà ospitato l'unico centro PMA dell'Azienda. La struttura sommariamente è così composta:

- Area Accettazione – Una postazione per coordinatore/infermiere
- Tre ambulatori – Tre postazioni per medici
- Due laboratori – Due postazioni per biologi
- Una sala operatoria – Una postazione con applicativo aziendale di registro operatorio OrmaWeb
- Una sala di degenza Day Surgery – Una postazione per coordinatore/infermiere
- Uno studio medico – Una postazione per medici
- Una criobanca – Una postazione per biologo

In ciascuna delle tre sedi è presente una "zona server". I tre Presidi sono tra loro collegati attraverso una WAN "cloud marche nord" e attraverso un "cloud FSE" entrambe con banda di 60Mbps come descritto nell' allegato 1.

Il centro PMA risiede nel Presidio di Muraglia Pesaro, Via Lombroso. I sistemi informativi del centro PMA verranno collocati presumibilmente nella relativa zona server.

I sottosistemi anagrafe centrale, adt, laboratori analisi , RIS PACS, ed Ormaweb sale operatorie sono installati nella zona server Presidio Ospedaliero S.Salvatore – Pesaro, P.le Cinelli.

6. Fabbisogno, volumi e attività stimate del centro PMA

Al momento della stesura del presente Capitolato di gara il centro PMA non è ancora operativo.

Si prevede il trattamento di circa 25 coppie/mese.

La fornitura deve includere tutto il materiale di consumo necessario e relativo al sistema di tracciabilità sia nella fase di avviamento del centro che nella successiva gestione della PMA (per tutta la durata dell'appalto), esclusi i materiali di laboratorio.

Si prevede che gli operatori da formare saranno circa venti unità.

Le licenze d'uso siano preferibilmente illimitate (sia in termini di tempo che di utenti) comunque per non meno di 15 utenti concorrenti.

7. Diagramma di Gantt

Entro 7 gg dalla stipula del contratto verrà **redatto verbale di avvio della esecuzione del contratto**.

Entro 60 giorni naturali e consecutivi decorrenti dalla sottoscrizione del verbale di avvio della

esecuzione del contatto l'Impresa aggiudicataria dovrà porre in essere tutte le obbligazioni/attività propedeutiche all'avvio effettivo della fornitura (primo collaudo –WP7), **pena l'esclusione**.

Compito del partecipante è quello di produrre un diagramma di Gantt (che sarà oggetto di valutazione da parte della Commissione giudicatrice) con la descrizione dettagliata dei tempi e delle attività che permettano di avviare e collaudare (primo collaudo –WP7) i sistemi **entro 60 giorni naturali e consecutivi, fermo restando la disponibilità delle parti**, dalla data di sottoscrizione del verbale di avvio della esecuzione del contratto, **pena l'esclusione**.

Il diagramma di GANTT dovrà prevedere almeno i seguenti stati:

- WP0 - Stesura e preparazione del progetto definitivo: definizione degli obiettivi del progetto, delle diverse fasi di attuazione dello stesso nonché della tipologia e della quantità di risorse necessarie
- WP1 – Analisi dei requisiti
- WP2 - Stesura e presentazione del progetto esecutivo
- WP3 - Predisposizione ambiente: predisposizione di eventuale hardware fornito, ambiente di test e preparazione delle integrazioni richieste da Capitolato:
 - Integrazione con XMPI e ASMN (anagrafe centrale)
 - Integrazione bidirezionale con ADT (Accettazione Dimissioni e Trasferimento) aziendale
- WP4 - Formazione amministratori di sistema
- WP5 – Parametrizzazione di: report, modulistica, consensi informati, ecc....
- WP6 - Formazione utenti: formazione frontale ed affiancamento utenti finali
- WP7 - Avviamento del sistema in produzione (primo collaudo e inizio periodo di garanzia).
- WP8 - Predisposizione ambiente: preparazione delle integrazioni richieste da Capitolato:
 - Integrazione con i piani di lavoro e consegna dell'erogato a CUP Regionale
 - Integrazione con Software RIS Regionale
 - Integrazione immagini con software medicali (PACS)
 - Integrazione con Software Laboratori Analisi (LIS)
- WP9 – eventuali integrazioni opzionali

Pertanto il progetto dovrà esplicitare anche i seguenti punti:

1. pianificazione temporale delle necessarie fasi intermedie di sviluppo delle soluzioni, analiticamente indicate con diagrammi di Gantt
2. pianificazione temporale dell'utilizzo di tutte le risorse tecniche e professionali necessarie alla realizzazione del progetto, sia interne che esterne all'Azienda Ospedaliera
3. pianificazione e fornitura di ogni supporto di consulenza tecnica ed organizzativa necessaria e funzionale alla ottimale realizzazione del progetto.

8. Caratteristiche del Software

8.1 Requisiti generali

Requisiti generali del sistema offerto dalle Ditte partecipante:

1. Tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente in materia, inclusi gli accordi Stato e Regioni;

2. Architettura preferibilmente web based cross-browser (compatibilità almeno con i principali browser in commercio: internet explorer, firefox, chrome, safari) per tutte le attività gestibili via software come validazione, consultazione e stampa referto. Compatibilità del sistema con firma elettronica CNS (carta nazionale servizi) e/o firma remota e OTP (one time password) "C 100" o equivalente a quanto offerto nel Lotto 1 del Fascicolo Sanitario Elettronico di Regione Marche;
3. Gli applicativi web based dovranno gestire correttamente le sessioni garantendo che durante i momenti "idle" non si abbia perdita di informazioni a causa di time-out di sessione o interruzioni di qualsiasi genere. Il salvataggio deve essere immediato ed automatico;
4. Nel caso di fornitura di software client-server, si richiede inoltre la dichiarazione di piena compatibilità con la versione di Microsoft Windows commercializzata alla data della stipula dell'offerta oltre che la dichiarazione di compatibilità Windows 7 / 8 / 8.1 / 10
5. Interfacce software, label e descrittori dbms in lingua italiana
6. Nel caso di fornitura applicativo web, esposizione di web services per interoperabilità da e verso altri sistemi
7. Integrabilità con Active Directory (2003, 2008 e 2012) e gestione autonoma degli utenti con relative profilature mediante la definizione di gruppi, ruoli e funzioni
8. Tracciamento tramite log delle principali attività eseguite dagli utilizzatori del software PMA
9. Storizzazione delle versioni dei referti, schede diagnosi e quant'altro prodotto dal software PMA ai fini della riproducibilità nel tempo
10. Licenze d'uso preferibilmente illimitate (sia in termini di tempo che di utenti) comunque per non meno di 15 utenti concorrenti
11. Possibilità di inserimento/ricerca facilitata dei dati anagrafici al momento della prima registrazione della coppia attraverso ad esempio, lettura della Tessera Sanitaria
12. Integrazione richieste al Capitolo 8.6 e suoi sotto paragrafi
13. Preferibilmente codici di chiamata anonimi: possibilità del software di generare codici casuali di chiamata, in modo da rendere anonima e non sequenziale la chiamata da sala d'attesa. Disporre di una funzionalità web al fine di proiettare su schermo di sala d'attesa la richiesta di chiamata in ambulatorio
14. Preferibilmente possibilità di importare pdf, immagini jpg, bmp, avi, mp4 e oggetti dicom, sia da webcam, che da scansioni che da mobile device dei pazienti
15. Preferibile interoperabilità del software con PEC Aziendale
16. Referti di consulenze esterne importabili oppure inseribili mediante apposita scheda di consulenza (vedi articolo 8.4.6).

L'architettura dell'applicativo dovrà essere organizzata secondo una struttura multi-tier. Lo scopo finale è avere un applicativo flessibile, scalabile e manutenibile con il minore impatto possibile sull'utenza finale. In particolare, il livello interfaccia utente dovrà essere "one-click" ovvero non solo user-friendly, intuitivo, immediato e facilmente navigabile tra le varie funzioni ma soprattutto le informazioni essenziali dovranno essere a vista o accessibili con il minor numero di passaggi. Richieste ed operazioni dovranno essere il più possibile automatizzate riducendo così il numero di click e/o di tap (nel caso dei tablet). Le videate dovranno essere di numero strettamente limitato e nel caso dell'utilizzo su device mobili, dovranno essere progettate in maniera nativa.

Particolare attenzione infatti verrà posta su applicativi web-based usabili in multiplatforma e

progettati nativamente per la versione mobile.

8.2 Proprietà dei dati

La proprietà di tutti i dati rimarrà dell'AORMN che dovrà avere la possibilità di disporre in qualsiasi momento attraverso download parziali o completi del database al fine di effettuare in autonomia interrogazioni personalizzate della banca dati.

8.3 Integrità fisica e logica dei dati

Deve essere fornita una soluzione che garantisca:

1. l'elaborazione delle transazioni ("two-phase commit")
2. il controllo implicito della simultaneità (Dynamic Locking)
3. l'integrità referenziale
4. backup e recupero (al progetto dovrà essere allegata la procedura di backup e disaster recovery) vedi Cap. 15
5. mirroring delle periferiche server eventualmente fornite (tolleranza agli errori).

8.4 Requisiti funzionali minimi del Software PMA

Il software offerto dovrà essere in lingua italiana, **pena l'esclusione**.

Di seguito sono elencate alcune funzionalità ritenute necessarie all'applicativo oggetto di fornitura.

Credenziali e Profili

Il software deve poter permettere l'accesso all'applicativo attraverso una delle tre modalità sotto elencate:

1. le credenziali rilasciate dal sistema regionale Fed-Cohesion (le cui specifiche tecniche verranno fornite alla ditta aggiudicataria)
2. accesso utenti creati localmente al sottosistema, con credenziali e ruoli interni all'applicativo
3. attraverso integrazione in Single Sign On da dominio.

Gli utenti validi ma bloccati saranno quelli i cui tentativi di accesso con credenziali errate abbia raggiunto il limite (configurabile) di 5 tentativi.

Gli utenti non più attivi saranno quelli legati al personale cessato o trasferito ad altra UO aziendale.

La soluzione dovrà inoltre fornire meccanismi volti a negare l'autorizzazione concessa nel caso in cui l'operatore non effettui transazioni, di tipologie definite, per un tempo stabilito. Questi meccanismi dovranno essere configurabili per la definizione del tempo di inattività e per la definizione delle tipologie di transazioni che, se eseguite, azzerano il tempo di inattività.

Il software deve poter disporre negli attributi utente di campi relativi al numero di cellulare ed all'email utente.

Il software deve poter permettere il recupero immediato delle credenziali degli utenti (validi e bloccati) mediante invio di link su email per poter resettare la password in maniera autonoma. Detta funzionalità non deve essere disponibile per gli utenti cessati non più attivi, ma deve restare valida per gli utenti bloccati ai fini della rigenerazione della password.

Il sistema deve poter accettare password "forti", con lettere, numeri, segni di punteggiatura, maiuscole, minuscole per un numero di caratteri superiori a 9. Cambio obbligatorio ogni 90 giorni. Possibilità che un operatore possa loggarsi contemporaneamente su più postazioni di lavoro - configurabile. Scadenza delle credenziali dopo 90gg con "warning" a 20, 15 e 7 giorni prima dell'evento per avvisare l'utente con largo anticipo. Compito della Ditta partecipante sarà quello di proporre una soluzione che permetta il login o il log off rapidamente dalle postazioni di lavoro al fine di facilitarlo in mobilità nelle postazioni dei vari ambulatori.

Accessibilità

L'inserimento e la consultazione agevole e leggibile delle informazioni gestite dal centro PMA tramite il sistema offerto verrà attentamente valutata dalla Commissione Aggiudicatrice.

Si raccomanda quindi l'organizzazione dell'interfaccia applicativa in un'ottica di processo, ovvero con particolare attenzione alle tematiche di:

1. Rapidità di accesso alle funzioni chiave del sistema (es. presenza di menu generale con le aree applicative principali)
2. Presenza in ogni schermata delle informazioni critiche sul paziente (es. anagrafica, allarmi per intolleranze/allergie)
3. Presenza di aree di sintesi o evidenza
4. Visualizzazione dell'intero percorso clinico del paziente in forma cronologica e sintetica, dando poi la possibilità di accedere al dettaglio di ciascun evento clinico
5. Possibilità per gli operatori di mettere in risalto le informazioni ritenute più rilevanti, quali: eventi critici occorsi, notevoli cambiamenti nelle condizioni del paziente, prossimi esami/accertamenti. All'interno della stessa funzione, inoltre, le informazioni dovranno essere organizzate in modo omogeneo e con una nomenclatura chiara e pertinente
6. Il sistema dovrà essere adattativo, dovrà cioè visualizzare solamente le informazioni circoscritte all'ambito operativo dell'utente e quindi limitare i dati modificabili/inseribili a seconda dei diritti dell'operatore che si autentica al sistema, facilitando nel contempo la compilazione attraverso l'introduzione di frasi standardizzate nei campi di testo libero (è auspicabile che, dove possibile queste siano collegate a sistemi di codifica dei contenuti - es. ICD9)
7. La soluzione dovrà fornire la possibilità agli utenti, nel pieno rispetto delle policy aziendali che definiscono, ad esempio, i ruoli aventi diritto di modifica sul dato, di mantenere traccia delle informazioni della revisione effettuata (data, ora, autore e link al contenuto originario). Sarà necessario tener conto di eventuali errori materiali e/o di valutazione e pertanto mantenere un log delle modifiche, tracciate con ora, data ed identificativo dell'operatore che le effettua
8. La soluzione dovrà garantire il tracciamento delle modifiche (con versioni dei documenti in caso di documenti firmati digitalmente), l'accesso al dato sempre aggiornato (evitare diverse copie non sincronizzate di dati - unicità logica del dato) e la garanzia di continuità di servizio (ridondanza o supporto di altre soluzioni di continuità). Inoltre la Ditta partecipante dovrà garantire che, fatte salve le eventuali bozze (contenuti per cui è ammissibile l'inserimento in via provvisoria e non validati), le informazioni registrate siano rese non modificabili e storicizzate. Il tracciamento delle operazioni deve essere sempre ricostruibile e deve mantenere inalterata la sua consultabilità nel tempo. In particolare la soluzione dovrà

assicurare la tracciabilità di tutte le attività (documenti, annotazioni) inserite mediante la loro associazione con l'autore, la data e l'ora della registrazione. L'identificazione della data ed ora di una registrazione viene effettuata mediante tempo di sistema

9. La soluzione proposta dovrà permettere l'implementazione di specifiche politiche di riservatezza e protezione dei dati, garantire cioè l'accesso ai dati clinici del singolo paziente esclusivamente agli operatori aventi tale autorizzazione
10. Tutte le componenti dell'applicativo dovranno inoltre essere completamente integrate ed essere percepite dai vari utilizzatori, soprattutto per quanto riguarda l'interfaccia, come facenti parti di un unico sistema.

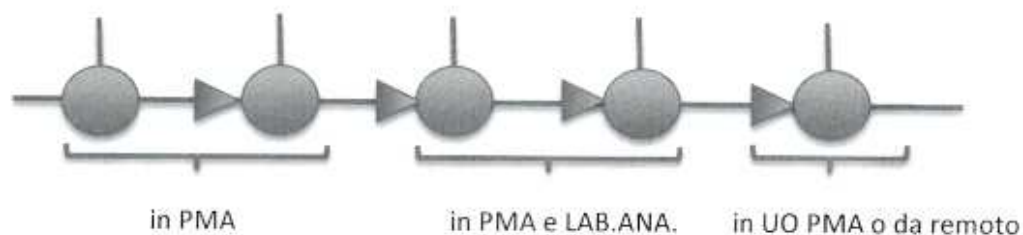
8.4.1 Flusso di lavoro

Lo scheletro principale del flusso di lavoro è così descritto:

1. Prenotazione a CUP-R, integrazione con piani di lavoro CUP-R
2. Accettazione paziente/coppia presso centro PMA
3. Prima visita e visite successive con esami
4. Esame ecografico di selezione, diagnosi d'infertilità e conferma procedura
5. Visite di monitoraggio
6. Prelievo/scongellamento seme uomo
7. Prelievo/scongellamento ovociti donna
8. Scongellamento embrioni
9. Prelievo e fecondazione ovociti/seme da donatore (fecondazione eterologa)
10. Crioconservazione seme/ovociti
11. Inseminazione
12. Fecondazione ovociti
13. Diagnosi pre-impianto
14. Transfer embrioni
15. Transfer ovociti e seme (III livello, di rara applicazione)
16. Crioconservazione embrioni
17. Follow-up spontaneo o in recall
18. Richiamo dopo data presunta del parto
19. Richiamo periodico per follow-up alla nascita

Il percorso paziente può variare da caso a caso e da tecnica a tecnica. Il percorso deve essere completamente gestito dalla soluzione di PMA e dovrà essere visibile sinteticamente e rapidamente.





Visite preliminari e successive

In questa prima fase si effettua l'inquadramento clinico del problema, attraverso l'esecuzione di visite ed analisi preliminari su entrambi i membri della coppia, andando in seguito a definire la procedura più idonea in relazione ai risultati delle indagini fatte.

Nell'anamnesi il medico raccoglie informazioni sulla storia clinica individuale (es. anamnesi generale, anamnesi familiare, anamnesi fisiologica, allergie, terapie in corso), sui fattori legati allo stile di vita (es. alimentazione, abitudini), sulla vita sessuale della coppia (es. status riproduttivo) e sulla storia clinica pregressa (es. anamnesi patologica remota, patologie pregresse, precedenti terapie chirurgiche, precedenti interventi PMA).

Altro documento chiave in questa fase sono le schede di infertilità dell'uomo e della donna, in cui vengono riportati i parametri diagnostici chiave per la determinazione del quadro di salute dell'apparato riproduttivo della coppia.

In questa fase vengono fatte inoltre una molteplicità di visite specialistiche ginecologiche ed andrologiche, così come esami di laboratorio quali le analisi ormonali e gli esami del sangue.

Per la donna ulteriori indagini possono riguardare ad esempio: l'anamnesi ginecologica/ostetrica, l'ecografia vaginale, l'ecografia trans-addominale, il tampone batterico vaginale, il pap-test, l'isterosalpingografia, l'ecoisterosonografia e l'isteroscopia.

Per l'uomo ulteriori indagini possono riguardare ad esempio: l'ecografia trans-rettale, lo spermogramma, la spermio coltura, la valutazione della capacità fecondante e della normalità degli spermatozoi, i test immunologici, l'ecodoppler e l'esame genetico del cariotipo.

In base ai risultati di tutti gli accertamenti viene emessa la Diagnosi d'Infertilità.

La fase termina con la scelta o meno di un percorso PMA e la programmazione delle relative terapie.

Vengono quindi eseguiti tutti gli accertamenti previsti dalla Legge in vigore e dalle linee guida ministeriali. In particolare dovranno essere presenti anche le schede per le consulenze interne, nello specifico almeno quelle per la consulenza psicologica e per quella genetica.

Tutte queste attività, i risultati delle relative indagini ed i documenti citati devono essere gestiti dalla soluzione applicativa PMA e devono scaturire da una progettazione grafica di facile consultazione.

Fase 1 – Monitoraggio

Questa è la prima fase di trattamento. In questa sede viene avviato un protocollo terapeutico di stimolazione ovarica per la donna (induzione). Numerose sono le visite di controllo, che prevedono anche esami periodici del sangue ed ecografie. Documento chiave in questa fase è la scheda di

monitoraggio dell'ovulazione, nella quale vengono riportati i rilievi clinici effettuati ad ogni visita durante il periodo di stimolazione e le terapie prescritte. Tutte queste attività, i risultati delle relative indagini ed i documenti citati devono essere gestiti dalla soluzione applicativa PMA e devono scaturire da una progettazione grafica di facile consultazione.

Fase 2 (A) – Prelievo e scongelamento

Al termine dei cicli farmaceutici si procede - a seconda del caso - al prelievo o allo scongelamento di seme, ovociti e/o embrioni già fecondati (nel caso in cui sia stato già eseguito in precedenza il prelievo o l'inseminazione) ed alla preparazione degli stessi per la procedura. Nel caso in cui il ciclo in questione venga alimentato con embrioni od ovociti raccolti e lavorati da precedenti cicli, è fondamentale che venga gestito il legame tra le procedure interessate. Ogni tecnica prevede una propria documentazione specifica, di laboratorio (es. scheda di trattamento seme in procedura a fresco, scheda trattamento scongelati crio, scheda test di separazione nemaspermica, scheda con l'analisi della qualità ovocitaria) e di sala (es. scheda prelievo gameti, verbale). In caso di prelievo chirurgico deve essere generata la documentazione operatoria in integrazione prevista con il software di blocco operatorio Ormaweb della Ditta Dedalus s.p.a.

Una volta prelevati in laboratorio, gli ovociti vengono posti in coltura e monitorati, così come il seme viene lavorato e concentrato. Il laboratorio documenta le attività in apposite schede tecniche che registrano le condizioni dei gameti al prelievo, i trattamenti effettuati e gli esiti dei monitoraggi periodici svolti sul materiale. Tutte queste attività, i risultati delle relative indagini ed i documenti citati devono essere gestiti dalla soluzione applicativa PMA e devono scaturire da una progettazione grafica di facile consultazione.

Nel caso in cui il prelievo dei gameti venga effettuato con tecnica chirurgica/microchirurgica, l'uomo e/o la donna solitamente vengono ricoverati in regime di ricovero o Day Hospital: l'applicativo dovrà gestire l'intero dossier per la documentazione del ricovero del paziente, completo di schede di anamnesi ed esame obiettivo, note infermieristiche, diario, rilevazioni cliniche e dei parametri vitali, documentazione della farmacoterapia, gestione/import della documentazione anestesiologicala ed operatoria, lettera di dimissione.

Fase 2 (B) – Donazione di gameti per fecondazione eterologa

Andrà segnalata la donazione di gameti (come indicato dalle norme ministeriali) su di un'apposita scheda. Viene indicato un consenso informato "ad hoc". Segue il percorso di congelamento o inseminazione/transfer attenendosi alle normative dell'ISS e della tutela della privacy. Tutte queste attività, i risultati delle relative indagini ed i documenti citati devono essere gestiti dalla soluzione applicativa PMA e devono scaturire da una progettazione grafica di facile consultazione.

Fase 3 (A) – Inseminazione e transfer

In questa fase si procede al trasferimento nell'utero femminile del seme raccolto e trattato (IUI) o alla fecondazione in vitro e successivo transfer degli ovuli fecondati (tutte le altre tecniche), in relazione al percorso definito per la coppia. Ogni tecnica prevede una propria documentazione specifica, di laboratorio (es. scheda dell'andamento della fertilizzazione, della morfologia e del livello

dello sviluppo embrionario) e di sala operatoria (verbale, scheda di inseminazione intrauterina capacitiva dei gameti maschili, scheda di trasferimento embrionario).

Eventuali gameti (sperma od ovociti) non utilizzati od embrioni fecondati e non trasferiti possono essere crioconservati per successivo utilizzo, con la necessità di gestire informaticamente i relativi archivi. Tutte queste attività, i risultati delle relative indagini ed i documenti citati devono essere gestiti dalla soluzione applicativa PMA e devono scaturire da una progettazione grafica di facile consultazione.

A tendere la soluzione PMA scelta dovrà inoltre permettere l'accesso alle refertazioni prodotte e depositate sul futuro repository clinico aziendale fornito dal progetto Fasciolo Sanitario Elettronico della Regione Marche.

Nel caso in cui il transfer venga effettuato con tecnica chirurgica/microchirurgica, solitamente la donna viene ricoverata in regime di ricovero o Day Hospital: l'applicativo dovrà gestire l'intero dossier per la documentazione del ricovero del paziente, completo di fogli di anamnesi ed esame obiettivo, note infermieristiche, diario, rilevazioni cliniche e dei parametri vitali, documentazione della farmacoterapia, gestione/import della documentazione anestesiologicala ed operatoria, lettera di dimissione.

Fase 3(B) – Diagnosi Preimpianto

La soluzione di PMA scelta dovrà consentire di indicare la motivazione della diagnosi preimpianto, i dati tecnici di laboratorio e la diagnosi finale e deve inoltre poter emettere il consenso informato conforme alle direttive aziendali.

Fase 4 – Follow-up

In relazione all'esito dei trattamenti eseguiti ed allo specifico quadro clinico dell'evento, vengono pianificati ricontatti telefonici della coppia ed eseguite visite ed analisi di controllo atte a verificare ed accertare il decorso della procedura eseguita. A valle dell'eventuale nascita i contatti periodici con la coppia proseguono per la durata del primo anno di vita del neonato, per verificarne puntualmente lo sviluppo onde evidenziare tempestivamente eventuali malattie genetiche.

Tutte queste attività, i risultati delle relative indagini ed i documenti citati devono essere gestiti dalla soluzione applicativa PMA e devono scaturire da una progettazione grafica di facile consultazione.

A tendere dovrà inoltre permettere l'accesso alle refertazioni prodotte e depositate sul futuro repository clinico aziendale fornito dal progetto Fasciolo Sanitario Elettronico della Regione Marche.

Complicanze

In ogni fase del ciclo possono intervenire, tipicamente nella donna, complicanze lievi o gravi che in alcuni casi comportano la sospensione del ciclo ed in ogni caso devono essere adeguatamente documentate a sistema. Per i casi previsti dalla normativa, dalle delibere dell'Istituto Superiore di Sanità o dalle procedure aziendali, l'applicativo dovrà inoltre gestire le relative schede di segnalazione eventi avversi in uso presso il centro. Tutte queste attività, i risultati delle relative indagini ed i documenti citati devono essere gestiti dalla soluzione applicativa PMA e devono

scaturire da una progettazione grafica di facile consultazione.

8.4.2 Funzionalità di base

Il sistema deve supportare il flusso di lavoro descritto nel paragrafo 8.4.1, particolare attenzione verrà data alla corretta ricostruzione del flusso e alla completa aderenza alle indicazioni definite, soprattutto per le diverse fasi di controllo e validazione dei dati (singola o multipla).

Attori coinvolti:

1. Biologo/Semiologo/Andrologo PMA
2. Infermiere di PMA
3. Biologo/Tecnico di laboratorio PMA
4. Caposala di PMA
5. Medico chirurgo PMA (solo la parte clinica)
6. Direttore del centro PMA (parte clinica ed amministrativa)
7. Consulente (Psicologo, Genetista)
8. Direzione Medica, Sanitaria, Amministrativa, Archivio e Controllo di Gestione
9. Informatici.

Il prodotto dovrà essere a supporto dell'intero processo di PMA seguendo, validando e registrando le seguenti attività (si faccia riferimento alla precedente sezione descrittiva delle singole fasi):

- Trattamento di PMA ed emissione di documentazione clinica corredata. Come da direttive delle Linee Guida L. 40/2015, per ogni coppia deve essere approntata una scheda clinica che contenga le generalità di entrambi i partner, il loro recapito ed in cui siano riportate:
 - Dati anamnestici e clinici dei componenti la coppia
 - Eventuali esami (diagnostici e specialistici) dei componenti la coppia
 - Ecografie ginecologiche ed isteroscopie per la donna
 - Ecodoppler per l'uomo
 - Esami del seme (IBT, Mar Test, Tunel Test, Test separazione, Spermioγραμμα) per l'uomo
 - Scheda di diagnosi d'infertilità
 - Il trattamento scelto con le prescrizioni terapeutiche e la descrizione della procedura eseguita
 - Eventuali tecniche di anestesia, sedazione o analgesia utilizzate per entrambi i componenti la coppia
 - Tracciamento completo degli operatori coinvolti
 - Descrizione del decorso clinico
 - Descrizione delle eventuali complicanze
 - Esito finale del trattamento
 - Nel caso di gravidanza, opportuna documentazione degli esami di accertamento.

Per ogni tipologia di ciclo/trattamento sarà emesso un apposito documento (con le caratteristiche definite sopra) che dovrà contenere solo parte delle informazioni raccolte e sopra elencate. Chiaramente ad ogni variazione del dataset dovrà corrispondere un'opportuna e contestuale variazione dei documenti emessi di modo che ci sia sempre un completo adeguamento tra le informazioni raccolte e i documenti inviati al repository aziendale (quando esso sarà disponibile)

evitando disallineamenti.

- Governo completo del materiale biologico e supporto alla corretta archiviazione dei crioconservati. Le funzionalità dell'archivio del materiale biologico crioconservato (embrioni, seme, ovociti) devono prevedere una gestione compiuta dell'anagrafica dei campioni, delle loro collocazioni in laboratorio (es. in caso di coltura) e delle loro posizioni di stoccaggio a freddo (in caso di seme, ovociti o embrioni crioconservati). Tali funzionalità devono inoltre permettere la registrazione delle attività compiute sui diversi materiali dagli embriologi/biologi in laboratorio (es. lavorazione e capacitazione del seme, monitoraggio in coltura degli ovociti, fecondazione in vitro).
- Strumenti per la raccolta e l'analisi dei dati al fine di una corretta gestione dell'intero processo di PMA. Questo implica profilature d'utenza che possano effettuare attività di back-office, la realizzazione di una serie di query conformi alle richieste aziendali e con formati classici di estrazione (xls e csv come principali).

Tutto ciò con la garanzia, da parte del fornitore, di soddisfare le esigenze iniziali (come indicato nella fase WP5 del GANTT) di personalizzazione anche nei termini della produzione documentale a partire dall'analisi delle stesse.

Per quanto concerne la programmazione delle attività del centro, la soluzione di PMA proposta dovrà garantire il funzionamento di un percorso di prenotazione paziente che, partendo da un'Agenda di Prenotazione interna, si sviluppi nella compilazione di una Lista d'Attesa e di una successiva Lista Operatoria. Gli elementi suddetti dovranno prevedere delle funzionalità minime:

- Agenda:
 1. Gestione degli slot temporali
 2. Gestione del carico massimo
 3. Gestione di elenchi di attività
 4. Gestione di comunicazioni contestuali alla coppia da fornire come passaggio di consegne per l'operatore successivo.
 5. Possibilità di stampa del piano di lavoro del singolo giorno, della settimana e del mese.
- Lista d'Attesa:
 1. Gestione di allarmi valutati su calcoli temporali
 2. Gestione dei codici di Priorità
 3. Evidenziazione grafica delle attività prossime a scadenza
 4. Spazi anche a testo libero per la gestione delle chiamate del paziente da parte dell'infermiere con evidenziazione di data
 5. Possibilità di sospendere e riattivare un paziente
 6. Possibilità di eliminare un paziente
 7. Possibilità di stampa
- Lista Operatoria:
 1. Gestione della programmazione della sala operatoria a partire dalla Lista d'Attesa
 2. Gestione dei codici di Procedura
 3. Possibilità di sospendere e riattivare un paziente
 4. Possibilità di eliminare un paziente

5. Possibilità di stampa.

Infine la soluzione di PMA scelta dovrà garantire il corretto governo degli errori d'inserimento d'anagrafe paziente, come la gestione delle versioni del referto finale.

8.4.3 Tracciabilità dei gameti degli embrioni

A partire dalla definizione contenuta nell'accordo Stato Regioni del 15 Marzo 2012 per **tracciabilità** si intende: *la facoltà di reperire ed individuare i tessuti o le cellule in ogni fase dell'approvvigionamento, della lavorazione, del controllo e dello stoccaggio fino alla distribuzione al ricevente o al luogo di smaltimento, compresa la capacità di individuare i pazienti coinvolti, il centro PMA e il laboratorio che riceve, lavora o conserva gameti, zigoti ed embrioni e, a livello di strutture mediche, la capacità di individuare i responsabili che effettuano il trattamento. La tracciabilità richiede inoltre di reperire ed individuare tutti i dati pertinenti relativi ai prodotti ed ai materiali che entrano in contatto con tali gameti, zigoti ed embrioni.*

Il sistema deve pertanto garantire **pena l'esclusione** il corretto automatismo del processo di "doppia testimonianza" e rendere semplice ma sicura la rintracciabilità dei campioni sia in fase di lavorazione che di stoccaggio. Per tutti i tessuti e le cellule coinvolte nel trattamento deve essere garantita la tracciabilità dell'intero percorso dal donatore al ricevente e viceversa (D.Lgs 191/2006). Stessa cosa per tutti i materiali che entrano in contatto con gli stessi tessuti e cellule. I dati raccolti dovranno essere archiviati e consultabili digitalmente secondo norma di legge per almeno trent'anni.

Quindi si richiede che:

1. i campioni siano tracciati, in modo da non consentire alterazioni non autorizzate o non riconoscibili
2. sia consentita la rintracciabilità di ogni fase del trattamento degli ovociti, dei campioni di liquido seminale o degli embrioni da parte di un operatore autorizzato a partire dalla data di raccolta
3. siano fissate le disposizioni necessarie a garantire per tutti i tessuti e le cellule la tracciabilità del percorso dal donatore al ricevente e viceversa
4. siano tracciate anche le informazioni concernenti prodotti e materiali che entrano in contatto con i medesimi tessuti e cellule
5. siano conservati i dati necessari ad assicurare la tracciabilità e la rintracciabilità secondo tempi e modi definiti da norme di legge.
6. Il sistema deve garantire la continuità di testimonianza durante le procedure di manipolazione effettuate sotto il microscopio all'interno della cappa
7. Il sistema di testimonianza dovrebbe essere basato su tecnologia standard a riconoscimento TAG RFID specificatamente progettata per ridurre errori mismatch. Dovrebbe inoltre riconoscere i codici a barre per le pailletes generate da apposita stampante anch'essa da includere nella fornitura

8.4.4 Gestione modulo del consenso al trattamento

Il software dovrà contenere un modulo personalizzabile e parametrizzabile per poter stampare tutti i consensi informati necessari allo svolgimento delle tecniche e rilevare l'avvenuta accettazione del consenso paziente con firma del medesimo. In particolare dovrà:

- 1) registrare che il consenso informato è stato consegnato in data precisa
- 2) 15 giorni dopo la consegna del consenso il software deve poter registrare l'immagine del

documento firmato con firma olografa importata manualmente.

8.4.5 Scheda di anamnesi, esame obiettivo e sospetto diagnostico

Il medico in qualsiasi momento potrà consultare, modificare ed integrare le schede di anamnesi della coppia. Sarà valutata positivamente la possibilità di utilizzare “lessici” ovvero “testi preconfezionati” oppure il riconoscimento vocale per la dettatura snella e veloce dei testi. Nei primi due casi gli stessi dovranno essere facilmente modificabili ed integrabili dagli utenti, selezionabili da menù a tendina o altra facility attivabile con pc/tablet. E’ in sostanza richiesto che il prodotto possa essere d’ausilio alla refertazione disponendo di funzionalità avanzate ed innovative, che semplifichino l’interazione uomo – software. Tali funzionalità, con gli opportuni lessici, risultano essenziali al fine di supportare, coadiuvare e semplificare la fase di refertazione ad esempio ai microscopi. A integrazione del medesimo referto potranno anche essere importate immagini da fonti quali ad esempio microscopi.

8.4.6 Gestione delle consulenze

Il medico di PMA potrà richiedere una o più consulenze di diversa natura (psicologica, genetica, ecc...), producendo un apposito documento di richiesta. Il documento in questione potrà essere stampato dal medico richiedente o consultato direttamente all’interno dell’applicativo dal medico consulente. Questo effettuerà la sua attività direttamente nell’applicativo di PMA, inserendo le proprie credenziali, compilando una scheda e producendo un documento firmato che diventerà parte integrante del referto di PMA. A supporto del referto di consulenza potranno anche essere importate immagini anche scansionate.

8.4.7 Chiusura del contatto di PMA

La conclusione del referto di PMA corrisponde sempre alla apposizione della firma da parte del medico. Verrà valutato positivamente il sistema che prevedrà l’integrazione con gli strumenti di firma elettronica come specificato al capitolo 8.1.

Il sistema dovrà essere predisposto per inviare la chiusura del contatto di PMA comunicandola al futuro Repository Aziendale con l’invio del documento strutturato CDA2 assieme al documento pdf.

8.4.8 Disposizione del ricovero

In caso di complicanze il medico di PMA dispone il ricovero del paziente presso reparto dell’Ospedale (in genere in Ginecologia) per cui l’applicativo dovrà prevedere la definizione del ricovero suddetto con opportuna integrazione verso il software aziendale di ADT (vedi capitolo 8.6.2). La chiusura del contatto di PMA e l’apertura di ricovero vengono comunicate al futuro Repository Aziendale con l’invio del documento strutturato CDA2 e contestualmente assieme al documento pdf.

8.4.9 Caso d’uso prescrizione e somministrazione farmaci “una tantum”

Durante la fase di ricovero Day Surgery il software dovrà documentare la terapia erogata al paziente, con i dettagli di:

1. medico prescrittore
2. infermiere che documenta l’avvenuta somministrazione
3. eventuale sospensione della terapia da parte del medico e mancata somministrazione
4. documentazione della non somministrazione da parte dell’infermiere
5. motivazione a testo libero della non somministrazione da parte dell’infermiere

(problematiche di tipo venoso, rifiuto del paziente, situazioni varie).

Nella fase ambulatoriale la soluzione di PMA scelta dovrà inoltre consentire la gestione del Piano Terapeutico del paziente e la stampa delle prescrizioni emesse in conformità alle specifiche indicate da Regione Marche e dalle norme di Legge.

Sarà valutato positivamente il sistema che garantirà l'integrazione con il prontuario farmaceutico interno e altresì l'aderenza alle specifiche regionali richieste per la dematerializzazione della prescrizione ed erogazione.

8.4.10 Caso d'uso scheda comunicazioni di servizio

Utile funzione richiesta al software è la possibilità d'inserire comunicazioni di servizio destinate a tutto il personale o a parte di esso. Il filtro verrà chiaramente gestito tramite i profili d'utenza.

8.4.11 Caso d'uso cambio turno e consegne

Al cambio turno il software deve permettere la variazione di "ownership" dei casi, dal medico che cessa il turno al medico che subentra per quell'ambulatorio.

8.5 Funzioni Statistiche, Reportistica e Flussi

Il software proposto dovrà permettere elaborazioni statistiche e produzione di report che permetta ad un utente non esperto di ricavare dati in forma aggregata.

A titolo di esempio si propone il seguente elenco di minima ed in ogni caso non esaustivo:

1. Statistica sugli accessi, cicli e tipologia dei medesimi per età e provenienza(per citare i principali)
2. Statistiche sulle Agende e prestazioni (vedi articolo 8.4.2)
3. Produzione periodica di file o tabulati di riepilogo dell'attività di ricovero
4. Entrati/usciti dal centro, movimentazione giornaliera per unità operativa
5. Entrati/usciti dal centro, movimentazione per unità operativa per periodo
6. Numero di ricoverati programmati
7. Elenco ricoveri programmati con preospedalizzazione
8. Numero ricoveri programmati per periodo
9. Elenco interventi e diagnosi per periodo
10. Elenco cartelle non complete.

Esportabilità delle statistiche in vari formati odt, ods, xls, doc, pdf ecc.

8.5.1 Flusso C

Poiché il software PMA, dovrà essere integrato obbligatoriamente con il CUP Regionale, produttore dei flussi per paganti ed esenti, preferibilmente si richiede che il software possa poter produrre tracciati ambulatoriali necessari alla rendicontazione delle attività Aziendali. Per i dettagli dei Flussi C si rimanda alle eventuali disposizioni regionali e, per quanto al momento disponibile, alle relative caratteristiche dei dati e formati specificati nell'Allegato 3 del presente documento "tracciato record specialistica".

8.6 Integrazioni obbligatorie

Le integrazioni di seguito elencate e descritte sono tra i requisiti richiesti obbligatori e vincolanti

pena l'esclusione:

1. integrazioni bidirezionali con Anagrafe XMPI (attuale) ed ASxMN (anagrafe sanitaria regionale istanza locale Marche Nord installata, ma non in produzione alla data di stesura del presente Capitolato)
2. Integrazione bidirezionale con sistema ADT (Accettazione amministrativa)
3. integrazione bidirezionale con CUP Regionale (integrazione con piani di lavoro e interfacciamento bidirezionale su erogato)
4. integrazione bidirezionale con LIS Aziendale (tale integrazione potrà essere effettuata con link per estrapolazione file in formato pdf in modalità di sola visualizzazione)
5. integrazioni con RIS e PACS di Area Vasta (protocollo Dicom 2.0) il cui avvio è previsto per il 12 Luglio 2016 (tale integrazione potrà essere effettuata con link per estrapolazione file in formato pdf in modalità di sola visualizzazione)

Per il dettaglio dei singoli software si rimanda a quanto di seguito riportato.

Si precisa che i costi di realizzazione delle integrazioni obbligatorie vincolanti lato fornitori terze parti rimarranno a carico di questa Azienda.

In Allegato 2 (Allegato2_CAP_TECNICO-Sio.pdf) è riportata la sintesi degli applicativi attualmente in essere in AORMN.

8.6.1 Integrazione con Anagrafe Pazienti Centrale Aziendali

Integrazione Anagrafi:

1. Integrazione con anagrafe centrale: l'Azienda Ospedaliera dispone allo stato attuale di un'anagrafe centrale della Ditta Engineering denominata "XMPI" (attuale MPI Aziendale)
2. Integrazione con anagrafe ASxMN di fornitura Fascicolo Sanitario Elettronico (ditta Data Processing) a sua volta integrata con l'Anagrafe Sanitaria Regionale comune al Fascicolo Sanitario e ad ASUR Marche. Il software PMA dovrà integrarsi in modalità bidirezionale in scrittura e lettura anche su detta (futura) anagrafe centrale, appena essa sarà disponibile, preferibilmente mediante integrazione HL7. Il risultato finale dovrà permettere di gestire nuovi inserimenti, modifiche, cancellazioni e logiche paziente deceduti, recependo i messaggi (HL7 2.5 su webservice) di merge ADT 40. Sarà necessario mantenere in piedi le corrette referenze, associando le posizioni delle anagrafi locali PMA con le anagrafiche corrette su AsxMN. L'applicativo PMA, in caso di ricezione di messaggi di merge dovrà associare le giuste anagrafiche ai casi dei pazienti "slave", dove per "slave" si intendano le posizioni "fuse" o Alias di posizioni anagrafiche certificate o "master", tenendo traccia delle modifiche apportate al fine di poter attivare un "undo" e "smerge" manuale a cura della ditta sviluppatrice del software come attività comprese nella manutenzione ordinaria dell'applicativo.

8.6.2 Integrazione con ADT

Il software PMA deve integrarsi in modo bidirezionale al software ADT (della ditta SCS Computers) al fine di gestire ed ereditare le lista d'attesa di ricovero, integrazione deve, a permettere di recuperare informazioni anagrafiche, diagnosi di ingresso, date presunte di

ricovero, data effettiva di ricovero (per citare le principali) e restituire diagnosi e procedure all'ADT con le corrette codifiche ICDxx .

8.6.3 Integrazione con CUP Regionale

Il software PMA deve integrarsi con il sistema di gestione delle prenotazioni CUP Regionale, recependo per ogni ambulatorio i piani di lavoro, ovvero la lista dei prenotati, integrando informazioni anagrafiche ed esenzioni. Il medesimo applicativo PMA attraverso detta integrazione dovrà poter fornire l'erogato sia al CUP-R che al sistema SAR Marche.

8.6.4 Integrazione con sottosistema di gestione Laboratorio Analisi Unico (LIS)

L'AORMN ha completato la sostituzione del sistema unico di refertazione dei laboratori analisi, software Alchymia della Ditta SCS Computers di Fermo. La soluzione software di PMA offerta dovrà integrarsi in maniera bidirezionale con detto applicativo mediante protocollo HL7 o tramite chiamate di contesto o infine per mezzo di webservices che permettano di gestire lo stato delle richieste, la refertazione dei risultati parziali, il ritorno delle notifiche e dei risultati finali.

8.6.5 Integrazione con sottosistema di gestione RIS e PACS unico di Area Vasta

L'AORMN sta completando la sostituzione del sistema unico di refertazione delle immagini radiologiche. La soluzione offerta dovrà integrarsi con detto nuovo applicativo o mediante integrazione HL7 bidirezionale o mediante chiamate di contesto che permettano di gestire lo stato delle richieste, la refertazione dei risultati parziali e il ritorno delle notifiche. In particolare il software PMA dovrà poter richiedere o solo recuperare risultati e link ad immagini di diagnostica presenti nel PACS e nel RIS Aziendale oltre a produrre worklist di refertazione ecografica. Si richiede che la funzionalità di visualizzazione delle immagini radiologiche acquisite da detti sistemi possa avvenire in modalità "preview" ovvero anche prima della refertazione finale dei clinici e radiologi. Dovrà essere possibile la visualizzazione delle immagini mediante messaggi HL7 o equivalenti, che permettano il reperimento delle stesse sui sistemi citati (query retrieve su PACS di Area Vasta).

9. Integrazioni Opzionali

L' AORM si riserva la facoltà di affidare le integrazioni di seguito elencate nelle modalità indicate al Cap. 2:

1. integrazione con sistema di dematerializzazione della ricetta sia in prescrizione che in erogazione tramite Fed Cohesion di Regione Marche
2. integrazione con il Repository Aziendale (di fornitura FSE e al momento non disponibile) al fine di poter popolare con i referti il Fascicolo Sanitario Elettronico FSE di Regione Marche (previo esplicito consenso dei pazienti)
3. integrazione con OrmaWeb (blocco operatorio)
4. integrazione con il sistemats.it per l'invio dei certificati di malattia al fine di evitare agli utenti l'inserimento di doppie credenziali e nel contempo, in generale, nel registrare l'effettuata attività di prescrizione elettronica mediante il sistemaTS
5. integrazione SW Pronto Soccorso

9.1.1 Integrazione con il Fascicolo Socio Sanitario Elettronico

L'Integrazione con il Clinical Document Repository CDR FSE XDS oggetto della fornitura del nodo locale per l'informatizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico denominato XDS-FSE (trasferimento di tutti i referti prodotti), rappresenterà futura integrazione al fine di poter inviare in pubblicazione i documenti strutturati e/o pdf prodotti dal software PMA per i soli pazienti che abbiano rilasciato esplicito consenso. All'integrazione del software PMA per la pubblicazione del fascicolo è propedeutica l'integrazione della profilatura utente con credenziali forti rilasciate da FedChoesion di Regione Marche (l'identity manager SAML2).

9.1.2 Integrazione con SAR sistema di accettazione regionale

Integrazione con il sistema di dematerializzazione delle ricette mediche SAR Marche nei casi previsti (DM 2 novembre 2011) (<https://sar.sanita.marche.it/preroga/jsp/index.jsp>). All'integrazione del software PMA per la ricettazione dematerializzata è propedeutica l'integrazione della profilatura utente con credenziali forti rilasciate da FedChoesion, l'identity manager SAML2.

9.1.3 Integrazione con ORMAWEB

Il software PMA deve potersi integrare in modo bidirezionale al software di gestione dei registri operatori OrmaWeb, (ditta Dedalus) al fine di gestire recuperare ed importare dati ed informazioni utili a completare la storia clinica del paziente mediante ricerche anagrafiche, nr SDO, date di ricovero, date intervento (per citare le principali).

9.1.4 Integrazione con sistemats.it

Il software PMA deve potersi integrare al prodotto che si occupa delle prescrizioni dei giorni di malattia richiamando le funzionalità web del sistemats.it e dando la possibilità, a scelta dell'utente, di registrare le credenziali nel software (non nel browser) al fine di poter rendere più agevole e rapido l'accesso dalla cartella clinica PMA al sistema TS.

9.1.5 Integrazione con Pronto soccorso

Il software PMA deve potersi integrare in modo bidirezionale al software di Pronto Soccorso (ditta SCS Computers) al fine di gestire recuperare dati ed informazioni utili a completare la storia clinica del paziente mediante ricerche anagrafiche, nr caso di PS, presidio, date di accesso.

10. Risorse messe a disposizione da AORMN, certificazioni e requisiti minimi hardware

L'AORMN mette a disposizione della Ditta aggiudicataria un sottoinsieme della propria infrastruttura informatica con paravirtualizzatore VMware 5.5 al fine di permettere la realizzazione di server virtuali. In particolare si offre una base complessiva iniziale di:

- 16 Gb di ram
- 500 Gb di HD (disponibilità per i dati inseriti dall'applicativo)
- 4 core

La Ditta partecipante dovrà confermare o meno l'utilizzo delle succitate risorse messe a disposizione. Eventuali necessità ulteriori dovranno essere esplicitate e saranno oggetto di valutazione tecnica.

Si precisa che sono da preferire sistemi operativi (SO) e database open source. Il committente rimane comunque disponibile a fornire SO licenziati Microsoft Server Data Center 2012. Resta inteso che la licenza Data Base sarà comunque a carico della Ditta partecipante.

Le Ditte partecipanti dovranno possedere, per i sistemi forniti (Oracle, SQL Server, MySQL o altri open source), o regolare certificazione o in alternativa dichiarare, ai sensi del D.P.R. 445/2000, che il software e i database forniti siano pienamente compatibili con l'ambiente virtualizzato basato su VMWare e che sia garantito il completo ripristino degli stessi in caso di anomalia, **a pena l'esclusione**.

Qualora la Ditta partecipante ritenga non sufficienti le caratteristiche offerte e consideri necessaria la fornitura di hardware server, si dettagliano sotto le caratteristiche tecniche minime, **pena l'esclusione**, da intendersi per singolo nodo in soluzione ridondata in failover/fault tolerance:

1. server di marche primarie (no assemblati)
2. elevate prestazioni
3. capacità di memorizzazione 10 anni in linea
4. i dispositivi HD SAS/SATA
5. controller configurazione raid ridondanti
6. monitor 19" a colori, tastiera e mouse
7. n. 2 scheda di rete 10/100/1000 mbps
8. scheda di rete e software di gestione remota (scheda controllo remoto con software gestione via interfaccia grafica/web. Il server dovrà essere accessibile indipendentemente dallo stato del SO e/o dell'hardware)
9. unità ottica DVD-ROM SATA
10. sistema operativo e licenza dbms (è ammesso anche S.O. e dbms open source, esempio Linux con Postgres Database)
11. cavi di alimentazione e di collegamento alla rete
12. sistema di backup
13. garanzia 12 mesi on site 6x7 con SLA definite al Articolo 8
14. assistenza hardware, software, sistemi operativi, firmware per citare i principali

La fornitura di hardware non richiesto, non dovrà rallentare la messa in opera del sistema PMA.

10.1 Ambiente parallelo di test

Si richiede al partecipante di fornire gestire e mantenere aggiornate le configurazioni e le attrezzature necessarie ad attivare un ambiente database ed application server di test. Detto sistema dovrà rimanere operativo per tutte le fasi fino ed oltre il completamento dei collaudi. Avrà finalità didattiche e, successivamente ai collaudi, sarà utilizzata ai fini dei test release del software a cura dell'azienda partecipante

11. Servizio di Formazione

La fornitura dovrà prevedere un adeguato piano di formazione a tutto il personale interessato finalizzato all'avviamento e all'utilizzo del sistema che sarà oggetto di valutazione da parte della Commissione giudicatrice.

Per tutto il periodo di vigenza contrattuale dovrà essere garantita la formazione:

- a tutto il personale medico, tecnico sanitario, amministrativo utilizzatore dei sistemi offerti per l'apprendimento delle funzioni generiche e specialistiche e per la gestione amministrativa di basso livello dei sistemi offerti;
- al personale tecnico non sanitario della Servizio Informatico ovvero a personale da questi indicato per la gestione amministrativa ad alto livello del sistema e per il supporto tecnico di primo intervento;

Rientrano tra i servizi formativi da erogare indicativamente e non esclusivamente:

- le attività promozionali, di comunicazione e diffusione del progetto;
- le attività formative di aula programmate;
- le attività di tutoring all'utenza incluso l'affiancamento sul campo
- le attività di e-learning

A tale riguardo il Concorrente dovrà presentare uno specifico piano di formazione comprendente:

- le modalità e gli strumenti di formazione adottati;
- l'individuazione dei diversi profili di formazione sulla base delle funzioni svolte dall'utente nel nuovo ambiente applicativo;
- la programmazione degli eventi formativi;
- la sintesi degli argomenti trattati per ciascun profilo di formazione.

I servizi di Formazione sono da intendersi forniti a corpo nel periodo di garanzia e successivamente forniti a canone.

Successivamente al periodo di garanzia estesa ulteriori servizi di formazione a carattere continuativo saranno inclusi e remunerati nei servizi a canone e saranno finalizzati a:

- mantenimento del livello di formazione raggiunto (refresh course);
- approfondimento nell'uso e nella gestione avanzata delle risorse e degli strumenti messi a disposizione (advanced course);
- formazione per nuove eventuali implementazioni/evoluzioni del sistema;
- formazione per turn-over del personale.

12. Servizi di Assistenza e Manutenzione HW e SW

Si evidenzia che, i servizi di assistenza e manutenzione sull'HW e sulle infrastrutture virtualizzate di proprietà dell'AORMN, restano esclusi dai servizi che dovranno essere garantiti.

I servizi di assistenza e manutenzione come di seguito indicati e dettagliati al Cap. 12 dovranno essere garantiti per tutto il periodo contrattuale ossia almeno 12 mesi di garanzia decorrenti dall'esito positivo del primo collaudo e 36 mesi post-garanzia per software ed eventuale hardware, con intervento NBD (next business day), ricettività chiamate e attività di assistenza dal Lunedì al Venerdì dalle 8.00 alle 17.00 e al Sabato dalle 8.00 alle 14.00

La Ditta partecipante dovrà assicurare durante l'esecuzione della fornitura e per tutta la durata del contratto assistenza tecnica di secondo livello che possa garantire:

1. l'utilizzo di tutte le funzioni del sistema applicativo
2. eventuali modifiche alla configurazione del sistema
3. attività di recupero dati e riconfigurazione a fronte di reinstallazione estemporanea o programmata dei sistemi.

La Ditta partecipante deve specificare nell'offerta le modalità di fornitura dei servizi indicati al

articolo 13 del presente Capitolato dettagliando: assistenza telefonica, help on-line, tempi massimi di intervento per tipologia di guasto, intervento diretto, ecc... oltre ai profili professionali che saranno impiegati nei succitati punti.

Il servizio di assistenza e manutenzione sarà oggetto di valutazione tecnica ed economica.

In particolare si elencano alcuni dei servizi che dovranno essere offerti:

1. manutenzione delle apparecchiature HW fornite
2. manutenzione software ordinaria, correttiva ed adeguativa
3. in relazione al sistema fornito nella sua globalità, supporto di assistenza all'utente sia per problemi di natura sistemistica, di ambiente OS che database, sia applicativa
 - o gestione dei backup, con relativo controllo della consistenza e con notifica degli eventuali errori o interruzioni del servizio.

La Ditta partecipante deve specificare nel dettaglio le modalità di svolgimento dell'attività di manutenzione ed assistenza in remoto ed on-site definendo i canali di comunicazione tecnici per la apertura di segnalazioni bloccanti e non bloccanti e l'indicazione dei tempi massimi di intervento. Il servizio oggetto della proposta deve garantire la tempestività degli interventi, assicurando un elevato livello di servizio, grazie a:

1. modalità di organizzazione della reperibilità di tecnici
2. tempi d'intervento.

12.1 Manutenzione

Nel seguito si descrivono le diverse soluzioni di manutenzione attese:

Manutenzione ordinaria. Attività di corretto funzionamento di server fisici eventualmente forniti e delle postazioni software client (ad eccezione dei personal computer) e di tutte le apparecchiature fornite nell'ambito del presente Capitolato. Il monitoraggio e la gestione dei guasti e/o malfunzionamenti di natura HW deve comportare l'intervento tempestivo di ripristino delle normali condizioni operative prevedendo la sostituzione dell'apparecchiatura stessa in caso di guasto non riparabile, in tempi compatibili con l'interruzione dell'operatività interessata (deve essere inclusa anche nella garanzia).

Manutenzione correttiva. Manutenzione SW volta ad eliminare difetti del prodotto/programma rispetto ai requisiti funzionali previsti. Tali difetti dovranno essere opportunamente segnalati e documentati per iscritto dal Fornitore, via posta elettronica, agli indirizzi comunicati dal Committente. Il rilascio del prodotto/programma oggetto dell'intervento correttivo assume le caratteristiche di urgenza qualora il difetto da correggere sia di natura bloccante per l'operatività degli utenti interessati. In tal senso il Fornitore adotterà a sua discrezione le modalità di aggiornamento più idonee a ripristinare, nel più breve tempo possibile, il regolare utilizzo del prodotto/programma oggetto dell'aggiornamento. In tutti gli altri casi il rilascio dell'aggiornamento segue le stesse modalità indicate per la manutenzione adeguativa (deve essere inclusa anche nella garanzia).

Manutenzione adeguativa. Manutenzione SW volta ad adeguare il prodotto/programma ad aspetti

cogenti (leggi e normative a livello nazionale, regionale, etc...). Tale adeguamento è garantito dagli aggiornamenti resi disponibili dal Fornitore o espressamente richiesti dal Committente. L'applicazione dell'aggiornamento è di competenza del Fornitore. Sono incluse in questa attività la modifica e l'adeguamento del format di documenti di stampa prodotti dal sistema (es: referti, documenti certificativi, etc...) se non già previste quali funzionalità applicative a disposizione dell'utente.

13. Penali e SLA

La Ditta aggiudicataria dovrà prevedere la ricezione delle richieste di intervento tecnico in modalità multicanale: telefono, email ordinaria, email certificata (PEC), fax.

13.1 Penali

Il mancato avvio della fornitura entro 60 gg. (o rispetto a quanto offerto in sede di gara) dalla sottoscrizione del verbale di avvio della esecuzione del contratto comporterà l'applicazione di una penale pari a € 200,00 per ogni giorno (o frazioni arrotondate per eccesso) di ritardo.

Per altri inadempimenti contrattuali si applica una penale in misura giornaliera dal 0,05% al 0,1% dell'importo contrattuale da determinare in relazione all'entità delle conseguenze legate all'eventuale ritardo

13.2 SLA

La manutenzione correttiva e gli interventi per anomalie, guasti, blocchi del sistema e comunque l'intervento circa ogni specifica situazione che non consenta il normale utilizzo del sistema di PMA, deve avvenire nel rispetto dei tempi esposti nella tabella sottostante:

	TIPOLOGIA DI GUASTO	TEMPO DI PRESA IN CARICO	TEMPO DI RISOLUZIONE
A	Guasto bloccante al sottosistema PMA	< 4 ore consecutivi e continui dalla richiesta di intervento	< 8 ore consecutivi e continui dalla richiesta di intervento
B	Guasto integrazioni verso sottosistemi terze parti (i tempi e le relative penali saranno calcolati solo relativamente a guasti imputabili al sistema oggetto di fornitura)	< 8 ore consecutivi e lavorativi dalla richiesta di intervento	< 16 ore consecutivi e lavorativi dalla richiesta di intervento
C	Blocco singola postazione client (per cause imputabili al software e hardware oggetto di gara)	< 8 ore consecutivi e lavorativi dalla richiesta di intervento	< 24 ore consecutivi e lavorativi dalla richiesta di intervento
D	Anomalie definite non bloccanti e tali da non pregiudicare la normale attività di routine	< 8 ore consecutivi e lavorativi dalla richiesta di intervento	< 15 giorni consecutivi e lavorativi dalla richiesta di intervento feriali

In caso di mancato rispetto dei livelli di servizio descritti, la Committenza si riserva di applicare le

penali come di seguito specificato nel rispetto dell'Art. 298 del D.P.R. 207/2010 e s.m.i.:

1. per i guasti di tipo A, la penale applicata sarà in misura dal 0,05% al 0,1% dell'importo contrattuale per ogni ora di ritardo nella risoluzione del guasto
2. per i guasti di tipo B, la penale applicata sarà in misura del 0,1% dell'importo contrattuale per ogni giorno lavorativo di ritardo nella risoluzione del guasto
3. per i guasti di tipo C, la penale applicata sarà in misura del 0,1% dell'importo contrattuale per ogni giorno lavorativo di ritardo nella risoluzione del guasto.
4. per i guasti di tipo C, la penale applicata sarà in misura del 0,1% dell'importo contrattuale per ogni giorno lavorativo di ritardo nella risoluzione del guasto.

Le suddette penali non esimono la Ditta aggiudicataria da rispondere di eventuali danni e/o dell'effettuazione di interventi di ripristino su richiesta dell'Azienda

14. Test di collaudo di quanto offerto

Al fine di pervenire ad un collaudo positivo l'partecipante dovrà produrre a proprie spese i seguenti test volti a verificare il buon funzionamento complessivo di quanto oggetto di fornitura.

I test volgeranno a verificare la rispondenza del sistema a quanto richiesto a Capitolato con le eventuali aggiunte e dettagli presenti in offerta tecnica. Tutti gli archivi dovranno essere popolati con la situazione necessaria alla partenza del sistema, comprensiva di tutti gli utenti e di tutte le configurazioni accessorie – esempio gruppi di utenti e relative abilitazioni funzionali. Il popolamento degli archivi dovrà essere effettuato a spesa e cura della Ditta partecipante.

Durante i test si verificherà la rispondenza del sistema in termini di *performance* in produzione e di completezza. Le verifiche dovranno vertere a simulare il carico di lavoro ovvero la contemporaneità di attività di più utenti nel sistema. Gli utenti presenti contemporaneamente potranno anche essere simulati, attraverso appositi dispositivi che garantiscano un tipo di carico interattivo con caratteristiche simili a quello che si avrebbe in produzione.

14.1 Test di verifica delle integrazioni con altri sottosistemi applicativi

Durante i test si verificherà il soddisfacimento dei requisiti richiesti nelle integrazioni con altri sottosistemi applicativi (anagrafe centrale, laboratori analisi, ADT, ecc...) ovvero il pieno funzionamento delle integrazioni richieste.

14.2 Test dei sistemi di back up e valutazione della documentazione

Test di funzionamento dei back up e consegna dei documenti che descrivono back up e piano di disaster recovery. La commissione di collaudo potrà richiedere ulteriori dettagli o integrazioni alla documentazione ai fini del collaudo.

15. Backup e supporto al Disaster Recovery

Compito della Ditta partecipante sarà quello di fornire una soluzione tecnica, procedure organizzative e tutto il necessario per garantire la gestione, il controllo e la verifica dei backup del sistema offerto, inclusi i dati, i referti, i risultati, le configurazioni d'interfacciamenti e tutto quanto sia necessario al corretto ripristino di tutti i dati e i componenti del sistema in caso di guasto. In caso

di fault del sistema i dati dovranno essere allineati almeno alla transazione conclusa un'ora prima del guasto.

La Ditta partecipante dovrà porsi come referente esterno al trattamento dei dati e dei backup, fornendo il supporto di secondo livello per la risoluzione problematiche inerenti ai back up ed intervenire tempestivamente e proattivamente da remoto ed on site a supporto dei referenti PMA e della UOC Servizio Informatico Aziendale Sistemi Informativi e Reti, al fine di minimizzare disagi all'utenza e disservizi.

La Ditta partecipante in sede di collaudo dovrà presentare un piano sintetico di controllo della consistenza dei back up e dei test periodici di simulazione e ripristino, al fine di soddisfare le procedure di Disaster Recovery aziendali. L'Azienda Committente metterà a disposizione il proprio sistema di Disaster Recovery.

16. Documentazione tecnica e demo software

16.1 Composizione documentazione tecnica

Il progetto tecnico, tenuto conto dell'oggetto della gara (Cap. 1 del presente Capitolato), contenente non più di circa 100 pagine (ossia 200 facciate) formato A4, carattere Calibri, dimensione carattere 11, dovrà essere articolato nei seguenti paragrafi:

	Documentazione Tecnica
A	Descrizione del sistema in riferimento al flusso di lavoro e alla gestione dei diversi casi d'uso (rif. Cap. 8.1, 8.2, 8.3, 8.4.1, dal Cap.8.4.4 al Cap.8.4.11 e Cap.8.5)
B	Descrizione del sistema in riferimento alla tracciabilità (rif. Cap. 8.4.3)
C	Descrizione del sistema in riferimento alla modalità di erogazione dei servizi di assistenza e manutenzione hardware/software (rif. Cap.12 e 12.1) e del progetto di backup e disaster recovery (rif. Cap.15) (es. periodo di garanzia, tempi, livelli dei servizi offerti, modalità di erogazione da remoto/on site, ambiti dell'assistenza, i sistemi di controllo forniti per la corretta esecuzione dei backup e del disaster recovery)
D	Descrizione del sistema in riferimento alla massima aderenza alle richieste definite Funzionalità di Base (rif. Cap. 8.4.2)
E	Descrizione del sistema in riferimento a: crono programma, modalità di avviamento, formazione, recupero informazioni, risorse impegnate (es. Gantt di progetto per tutte le fasi fino al collaudo con il dettaglio analitico delle giornate di formazione, delle attività di affiancamento e delle fasi di avviamento) (rif. Cap. 7 e Cap.11)
F	Descrizione del sistema rispetto alla realizzazione delle integrazioni richieste (rif. Cap. 8.6 e i suoi sottocapitoli)

G	Descrizione del sistema rispetto ai suoi requisiti funzionali minimi (rif. Cap. 8.4)
H	Descrizione della modalità di realizzazione del sistema (es. caratteristiche offerte per virtualizzazione, server applicativi e database virtualizzati e/o eventuale descrizione dell'hardware proposto e delle soluzioni di ambiente di test) e <u>certificazioni/autodichiarazioni per compatibilità con ambienti virtualizzati</u> (rif. Cap. 10 e 10.1)
I	Copia del modulo esplicitazione offerta senza prezzi
L	Dichiarazione di autorizzazione all'accesso agli atti (modulo A2 del disciplinare di gara)

LA DOCUMENTAZIONE TECNICA DOVRÀ ESSERE PRESENTATA SUDDIVISA IN PARAGRAFI/SOTTOPARAGRAFI SECONDO L'ORDINE SOPRA INDICATO unitamente ad un elenco riepilogativo di tutta la documentazione tecnica presentata.

La commissione giudicatrice si riserva di richiedere alle società partecipanti una dimostrazione del software offerto come specificato all'Cap. 12.2 del Capitolato tecnico.

16.2 Svolgimento delle dimostrazioni software

Le ditte partecipanti saranno chiamate ad effettuare una demo calendarizzata del prodotto offerto. Il calendario sarà pubblicato sul mercato elettronico dall'AORMN subito dopo la seduta pubblica di apertura dei plichi contenenti la documentazione tecnica.

Ogni demo dovrà durare circa 2 ore.

L'obiettivo della demo è mostrare il funzionamento dell'intero sistema in modalità "demo live". Qualora la Ditta partecipante abbia necessità di mostrare un ambiente live "remoto", dovrà essere autonomo negli strumenti informatici e connettività necessaria.

Le Ditte partecipanti dovranno illustrare durante le demo a titolo indicativo non vincolante quanto segue:

1. Breve presentazione della ditta e dei prodotti offerti;
2. Esempi di flusso di lavoro e percorso paziente rispetto ai requisiti generali;
3. Descrizione delle funzionalità offerte dal software;
4. Descrizione delle funzionalità di tracciabilità;
5. Note a corredo della fornitura ritenute pertinenti in demo.

Nelle demo non sono richieste integrazioni "live" con sistemi di terze parti, se non per descrivere in modo simulato, i dati che verranno popolati e ricevuti da altri sistemi.

17. Progetto di riferimento

L' AORMN ritiene auspicabile l'implementazione progettuale di cui al presente Capitolato. Tuttavia, ai sensi dell' Art. 68 del D.lgs 50/2016, le Ditte partecipanti sono libere di presentare soluzioni progettuali differenti, provando nel contempo con qualsiasi mezzo appropriato, che le soluzioni proposte ottemperano in maniera almeno equivalente ai requisiti richiesti nel progetto di

riferimento della AORMN.

Si intende salva ed impregiudicata la facoltà di scelta e valutazione della AORMN

18. Documentazione post aggiudicazione

La Ditta aggiudicataria del servizio dovrà altresì produrre, ad avvenuta aggiudicazione definitiva, la seguente documentazione entro e non oltre la data di collaudo:

1. utenti password e software per il completo controllo del sistema e verifica delle funzionalità a livello database;
2. dichiarazione che il sistema è conforme alla normativa ex D.Lgs. 196/03 e ss.mm.ii. in tema di protezione dei dati, sicurezza degli accessi, cifratura delle informazioni sensibili, ecc...;
3. schema ER (Entità Relazioni) del database ed ogni altra informazione utile a referenziare i prodotti software offerti;
4. documentazione relativa a tutto l'hardware ed il software installato, detta documentazione dovrà essere obbligatoriamente redatta in lingua italiana;
5. documentazione relativa a tutte le interfacce realizzate sia software che con analizzatori, complete di "End to End Mapping" e modalità di interfacciamento e messaggistica utilizzata;
11. una procedura di intervento in caso di guasti, dettagliata per aree di intervento contenente i numeri di telefono, fax, email, PEC da contattare al fine di attivare assistenza, ricettività chiamate e attività di assistenza dal Lunedì al Venerdì dalle 8.00 alle 17.00 e il Sabato dalle 8.00 alle 14.00;
6. produzione delle procedure ai fini del controllo dei processi di tracciabilità;
7. proposte di miglioramento dei processi con la razionalizzazione e gestione di casi d'uso trattabili.

Inoltre la Ditta aggiudicataria dovrà presentare tutto quanto richiesto dal presente Capitolato.

19. Criteri di valutazione del punteggio tecnico

La Commissione giudicatrice a proprio insindacabile giudizio, assegnerà il punteggio riservato alla qualità secondo i sottocitati criteri di valutazione:

	Criteri di valutazione qualitativi	Peso/Punteggio massimo attribuibile
A	Qualità del sistema in riferimento al flusso di lavoro e alla gestione dei diversi casi d'uso (rif. Cap. 8.1, 8.2, 8.3, 8.4.1, dal Cap.8.4.4 al Cap.8.4.11 e Cap.8.5)	20
B	Qualità del sistema in riferimento alla tracciabilità (rif. Cap. 8.4.3)	15
C	Qualità del sistema in riferimento alla modalità di erogazione dei servizi di assistenza e manutenzione hardware/software (rif. Cap.12 e Cap. 12.1) e del progetto di backup e disaster recovery (rif. Cap.15)	8

D	Qualità del sistema in riferimento alla massima aderenza alle richieste definite Funzionalità di Base (rif. Cap. 8.4.2)	7
E	Qualità del sistema in riferimento a: crono programma, modalità di avviamento, formazione, recupero informazioni, risorse impegnate (rif. Cap. 7 e Cap.11)	7
F	Qualità del sistema rispetto alla realizzazione delle integrazioni richieste (rif. Cap. 8.6 e i suoi sottocapitoli)	5
G	Qualità del sistema rispetto ai suoi requisiti funzionali minimi (rif. Cap. 8.4)	5
H	Modalità di realizzazione del sistema (Cap. 10 e 10.1)	3
	Totale	70

Elenco Allegati

Allegato	Ambito e descrizione
1	Topologia di rete dati e infrastruttura virt.
2	Sistema informativo ospedaliero
3	Flusso C
4	Specifiche di integrazione APC Dataprocessing
5	Specifiche di integrazione XMPI Engineering
6	Specifiche ADT
7	Specifiche di integrazione CUP Insiel
8	Specifiche di integrazione SCS LIS WS Accett.
9	Specifiche di integrazione SCS LIS WS Referto
10	Specifiche di integrazione RIS Exprivia

Glossario

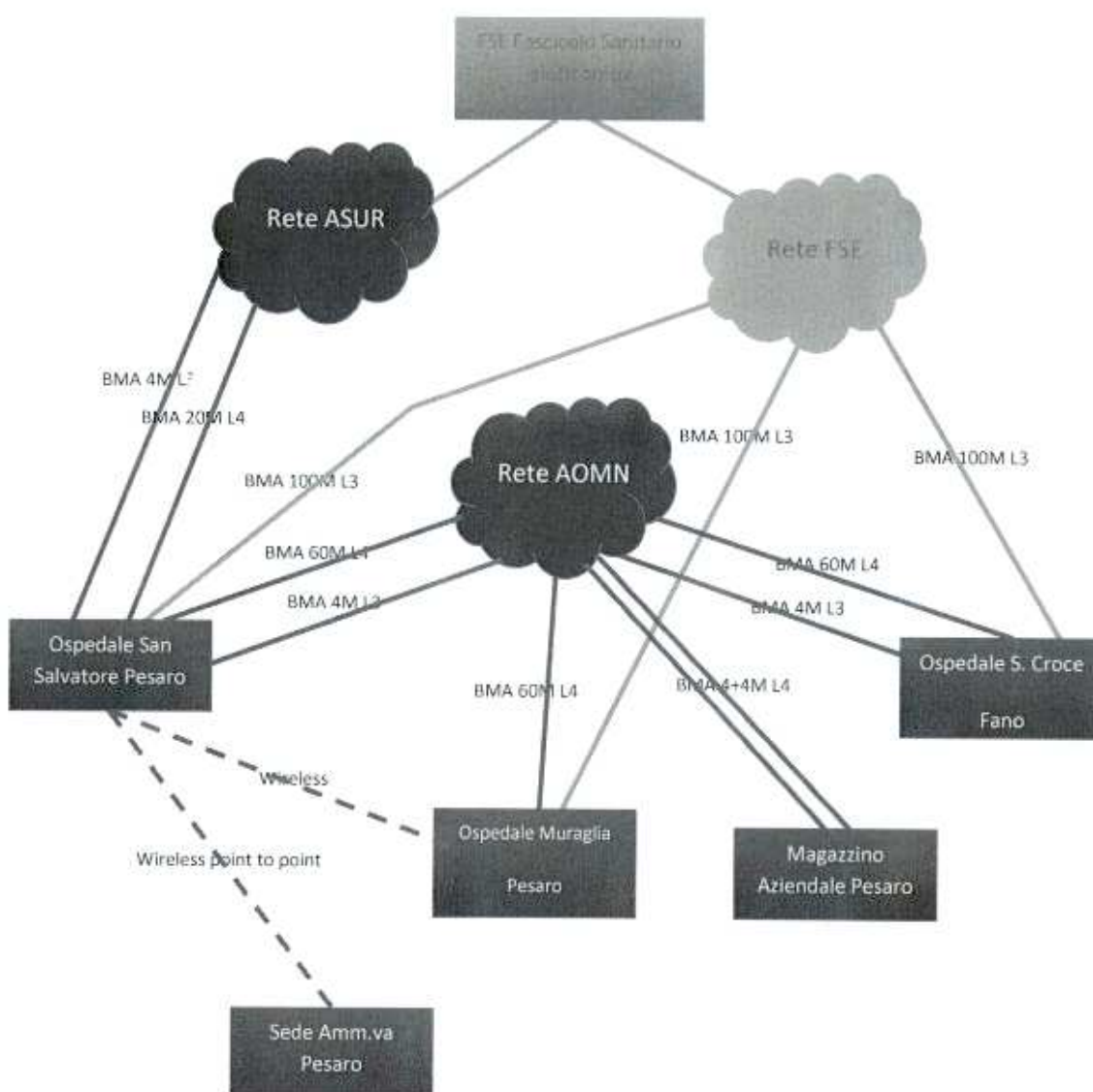
Sigla	Descrizione
NBD	Next business day
AORMN	Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

APC, MPI	Anagrafe Pazienti Centrale, Master patient index
XMPI	Attuale anagrafe centrale Ditta Engineering
ASxMN	Anagrafe centrale aziendale integrata con Anagrafe sanitaria Regionale del Fascicolo Sanitario Elettronico (ASR)
PACS	Picture Archiving and Communication System
RIS	Radiology Information System
LIS	Laboratory Information System
CIS	Cardiology information system
API	Application Programming Interface
PMA	Procreazione medicalmente assistita
HIS	Hospital information system
CUP-R	Centro unico di prenotazione della Regione Marche
SAR MARCHE	Sistema di accoglienza centrale di regione Marche https://sar.sanita.marche.it/preroga/jsp/index.jsp
RFID	Radio-Frequency IDentification
NFC	<i>Near Field Communication</i>

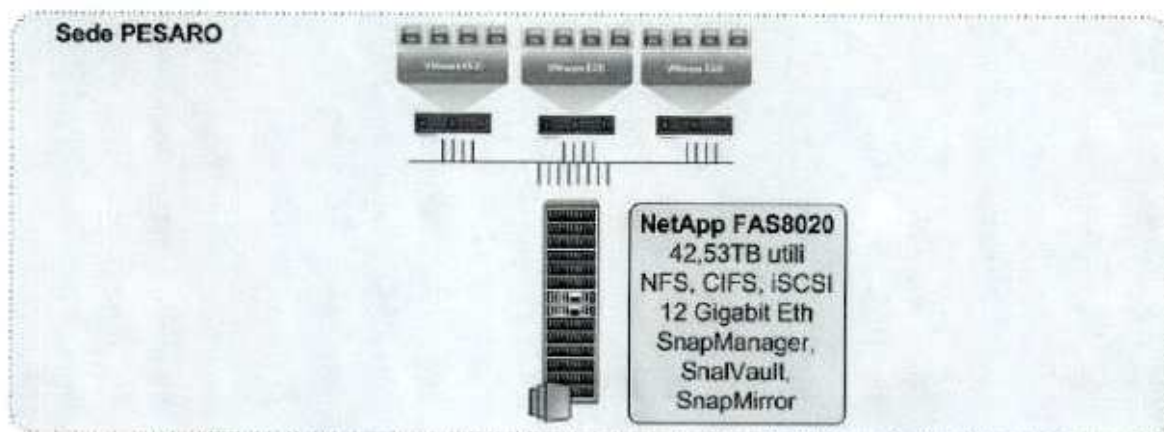
Allegato 1 Topologia di rete dati e infrastruttura virtualizzata AOMN

Nel presente allegato è presentata l'infrastruttura generale di rete dati dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord".

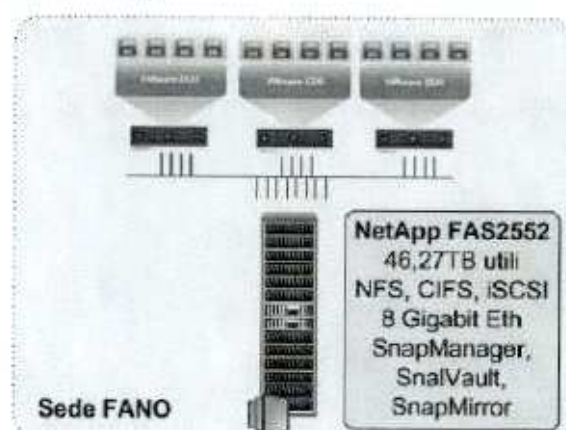
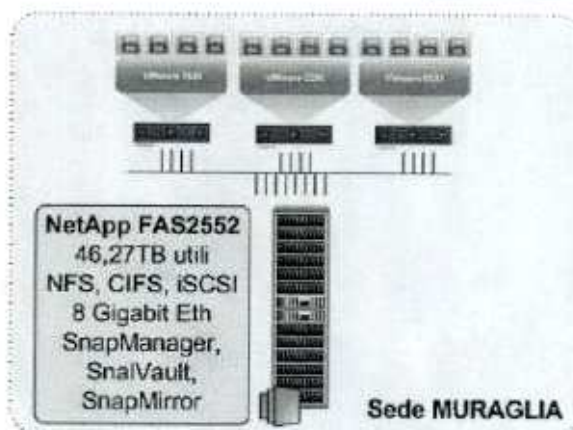
AOMN per la connettività intersede di un'infrastruttura WAN basata su servizi in Convenzione SPC (servizio di pubblica connettività), con collegamenti MPLS e reti a 60 mb in fibra ottica ridondati in due sedi con tratte a 4 Mbps e in una (Muraglia) con soluzione ridondante wireless punto-punto. Le reti del in verde sono rappresentano la connettività dedicata al Fascicolo Sanitario risultano in progress già attive e in produzione.



Nei presidi di Pesaro S. Salvatore, Muraglia e Ospedale Fano S. Croce sono presenti zone server nelle quali sono presenti i sottosistemi del sistema informativo aziendale su parvirtualizzatori VmWare, come mostrato nello schema logico successivo.



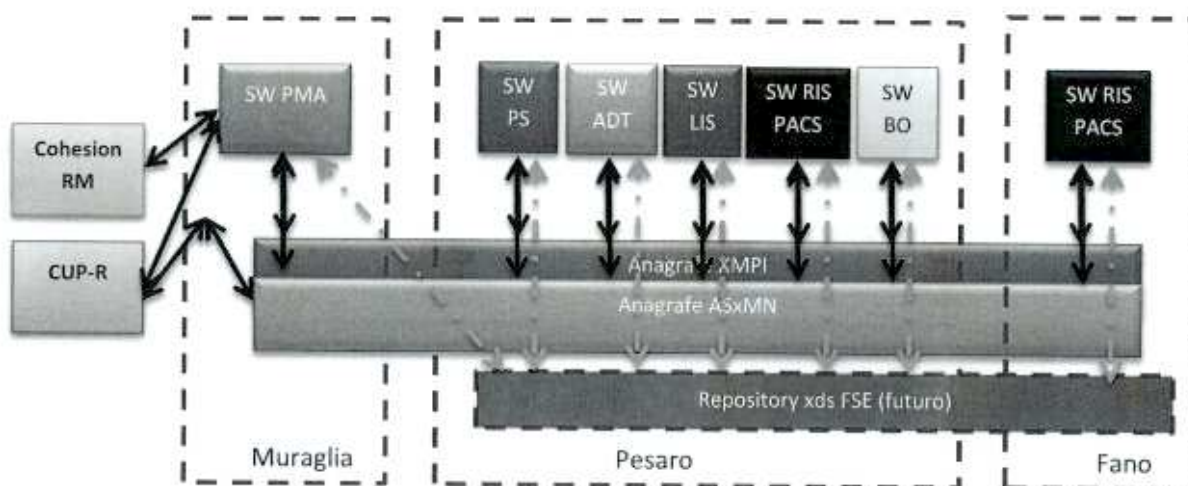
Integrazione Host VMware



Allegato 2 - Sistema informativo Ospedaliero

Il contenuto del presente allegato vuole descrivere in sintesi lo stato attuale del Sistema Informativo Ospedaliero (limitatamente alle aree di interesse circa il capitolato de quo) in dotazione allo scopo di illustrare un possibile approccio di sviluppo delle integrazioni per le Ditte interessate a presentare offerta.

Anagrafe Ospedaliera XMPI , APC AsxMN, Ormaweb (Blocco Operatorio), ADT, LIS, CUP-R , Repository FSE e RIS



AOMN dispone di un anagrafe centrale master "XMPI" nel sito di Fano e una anagrafe ASMN (futuro MPI aziendale) in fase di integrazione sia con XMPI che con i RIS unico regionale e PS ADT Aziendale.

L'integrazione con l'anagrafe APC è descritta in allegato 4.

L'integrazione con web services l'anagrafe XMPI è descritta in allegato 5.

Software Accettazione amministrativa e PS

L'integrazione è descritta nell'Allegato 6.

Software CUP - Regionale

L'integrazione è descritta nell'Allegato 7.

Laboratorio Analisi Unico

Il software dei laboratori analisi unico denominato "Alchymia" è della ditta SCS Computers di Fermo. E' sviluppato in ambiente open source e dispone di database open source Mysql.

L'integrazione con web services è descritta negli allegati 8 e 9.

Allegato4_SCSLISWSAccettazione.pdf

Allegato5_SCSLSIWSReferto.pdf

Sistema di Refertazione Immagini Radiologiche e sistema archiviazione immagini PACS

L'integrazione con RIS PACS è descritta nell'allegato 10.

Allegato 3

TRACCIATO RECORD SPECIALISTICA PER L'ANNO 2008

FILE C1 ⇒ ARCHIVIO DATI ANAGRAFICI

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
1-3	Regione addebitante	AN 3	Valore ammesso: - 110 = Marche, per le prestazioni erogate da strutture marchigiane - <u>nel caso della mobilità passiva interregionale</u> il codice della regione inviante l'addebito	OBB	scartante
4-6	Zona territoriale / Azienda Ospedaliera inviante	AN 3	Valore ammesso: - codice a tre cifre identificativo della Zona territoriale/Azienda ospedaliera/TNRCA che trasmette il dato relativo alla prestazione erogata da strutture sia a gestione diretta che, per le Zone territoriali, anche da strutture e professionisti accreditati nell'ambito del proprio territorio; - <u>nel caso della mobilità passiva interregionale</u> il codice della USL/AO inviante l'addebito	OBB V	scartante
7-12	Codice struttura accettante / richiedente	AN 6	Valore ammesso: codice identificativo della struttura accettante/richiedente usato nei modelli STS 11 e RIA 11 dei flussi ministeriali La struttura che va inserita in questo campo è quella che ritira l'impegnativa o che ha il contatto con l'utente e che non sempre risulta essere la stessa che materialmente eroga la prestazione. Es. quando il prelievo ematico è effettuato presso un distretto e l'esame del campione viene effettuato in uno dei laboratorio analisi a gestione diretta della stessa Zona territoriale; Nel caso di prestazioni richieste in regime di cessione di servizi si precisa che si dovrà indicare la struttura STS11 che ha il contatto con l'utente e che si vedrà attribuito l'eventuale ticket riscosso	OBB V	scartante

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
13-18	Codice struttura erogante la prestazione	AN 6	Valore ammesso: codice identificativo della struttura che eroga materialmente la prestazione usato nei modelli STS 11 e RIA 11 dei flussi ministeriali - per le prestazioni erogate in regime libero professionale , qualora la struttura dove si eroga la prestazione non risulti codificata nel modello STS11, indicare la struttura di appartenenza del medico erogante la prestazione; - nel caso di prestazioni richieste in cessione di servizi , se la struttura richiedente non disponesse del codice identificativo della struttura erogante è sufficiente segnalare il codice della Zona territoriale/Azienda Ospedaliera/INRCA erogante (i primi tre caratteri riguarderanno il codice della Zona Territoriale o dell'Azienda Ospedaliera o dell'INRCA i successivi tre caratteri andranno riempiti con zeri)	OBB	scartante
19	Tipologia del medico prescrittore	AN 1	Valori ammessi: E* indicata la codifica del D. M. 24.06.2004, integrata da ulteriori codici individuati a livello regionale F = medico di medicina generale P = pediatra di libera scelta H = ospedaliero A = specialista ambulatoriale (ex SUMAI) G = guardia medica T = guardia medica turistica C = specialista di struttura privata accreditata U = medico di azienda ospedaliero-universitaria D = dipendente dei servizi territoriali ASL/ASUR Z = altra specializzazione W = medico di altra regione X = medico pronto soccorso Y = medico SERT	OBB	segnalazione
20-35	Codice fiscale medico prescrittore	AN 16	Valori ammessi: il codice fiscale del medico prescrittore	OBB	segnalazione
36-51	Codice fiscale del medico che eroga la prestazione	AN 16	Valori ammessi: il codice fiscale del medico che ha erogato la prestazione	FAC	segnalazione
52-81	Cognome dell'utente	AN 30	TUTTO MAIUSCOLO per i casi di anonimato va inserita la dicitura ANONIMO	OBB V	segnalazione

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
82-101	Nome dell'utente	AN 20	TUTTO MAIUSCOLO per i casi di anonimato va inserita la dicitura ANONIMO	OBB V	segnalazione
102	Sesso dell'utente	AN 1	Valori ammessi: 1 = maschio 2 = femmina	OBB	segnalazione
103-110	Data di nascita dell'utente	Data 8	formato ggmmaaaa	OBB V	scartante Solo nel caso di soggetti assicurati da istituzioni estere
111-126	Codice fiscale dell'utente	AN 16	Valori ammessi: - cittadini italiani e cittadini stranieri residenti in Italia = codice fiscale rilasciato dal Ministero dell'Economia e Finanze - stranieri non in regola con le norme di ingresso/soggiorno (DPR 394/94) = codice regionale STP così composto: ["STP"+ codice regione + codice Zona Territoriale + progressivo] - cittadini europei non in regola = codice regionale ENI così composto ["ENI" + codice regione + codice Zona Territoriale + progressivo] - anonimi = deve essere obbligatoriamente indicato il codice fiscale - soggetto assicurato da istituzioni estere = blank	OBB	scartante
127-132	Comune di residenza dell'utente	AN 6	Va indicato il comune dove l'utente risulta legalmente residente per i residenti in Italia = codice ISTAT del Comune italiano di residenza per i residenti all'estero = 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno per gli stranieri STP = 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno per i neonati = il comune di residenza è quello della madre , fatto salvo quanto previsto dalla Legge 127/1997 per i senza fissa dimora = 999999	OBB	scartante

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
133-135	Regione di residenza dell'utente	AN 3	Valori ammessi: per i residenti in Italia: codice definito dal D.M. 17.09.1986 relativo alla Regione cui appartiene il Comune di residenza dell'utente per i residenti all'estero: codice dello stato estero definito dal Ministero dell'Interno per gli stranieri STP: codice dello stato estero definito dal Ministero dell'Interno	OBB	scartante
136-138	Zona Territoriale/azienda U.S.L. di residenza dell'utente	AN 3	Valori ammessi: - se residente fuori Regione va indicato Codice della U.S.L. (stabiliti per singola Regione con decreti ministeriali del 1995) che comprende il Comune di residenza dell'utente; - se residente nella Regione Marche va indicato il codice della Zona territoriale; - se straniero non iscritto al SSN = 999	OBB	scartante
139-140	Stato estero risultante nella TEAM	AN 2	Sigla dello stato estero di appartenenza dell'assistito Necessario (nel caso in cui sia presente nella ricetta) al fine dell'attribuzione della spesa all'istituzione estera	OSP	scartante Solo nel caso di soggetti assicurati da istituzioni estere
141-168	Istituzione competente (soggetti assicurati da istituzione estera) Campo 7 della TEAM	AN 28	Necessario nel caso in cui sia presente in ricetta al fine di attribuire la spesa all'Istituzione estera del soggetto. Da compilare quando il campo "tipo ricetta" del file C2 assume uno dei seguenti valori: EE, UE, NE, NX Valori ammessi: Il codice della istituzione competente del soggetto assicurato da Istituzione estera Tale informazione è desumibile dalla Tessera europea di malattia o documento equivalente dell'assicurato estero	OSP	scartante Solo nel caso di soggetti assicurati da istituzioni estere
169-188	Numero identificazione personale (soggetti assicurati da istituzione estera) Campo 6 della TEAM	AN 20	Necessario nel caso in cui sia presente in ricetta al fine di attribuire la spesa all'Istituzione estera del soggetto. Numero di identificazione personale del soggetto assicurato da Istituzione estera Tale informazione è desumibile dalla Tessera europea di malattia o documento equivalente dell'assicurato estero	OSP	scartante Solo nel caso di soggetti assicurati da istituzioni estere

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
189-208	Numero identificativo tessera (soggetti assicurati da istituzione estera) Campo 8 della TEAM	AN 20	Necessario nei casi in cui sia presente in ricetta al fine di attribuire la spesa all'Istituzione estera del soggetto Numero di identificazione della tessera del soggetto assicurato da Istituzione estera Tale informazione è desumibile dalla Tessera europea di malattia o documento equivalente dell'assicurato estero. Se il documento equivalente non riporta il numero di identificazione della tessera, le caselle possono essere lasciate in bianco	OSP	scartante Solo nel caso di soggetti assicurati da istituzioni estere
209-216	Scadenza della tessera Campo 9 della TEAM	Data 8	Va indicata la data di scadenza riportata sulla tessera nel formato ggmmaaaa	OSP	scartante Solo nel caso di soggetti assicurati da istituzioni estere
217-232	Numero ricetta	AN 16	Dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta. Nel caso di: - prestazioni ad accesso diretto; - prestazioni di pronto soccorso; - ricetta specialistica interna; - prestazioni richieste in regime di cessione di servizi il "numero ricetta" va costruito nel seguente modo: Per le strutture pubbliche: codice regione: 3 caratteri e precisamente 999 anno: 2 caratteri codice ZT/AO/INRCA: 3 caratteri progressivo: 7 caratteri Per le strutture/professionisti accreditati: codice regione: 3 caratteri e precisamente 999 anno: 2 caratteri codice STS 11 o RIA 11: 6 caratteri progressivo: 4 caratteri	OBB	scartante

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
233-234	Progressivo riga per ricetta	N 2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'utente e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilati ed andranno codificati con i progressivi 02, 03 , ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta Nel file C2 (dati prestazioni sanitarie) deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga	OBB V	scartante
235	Posizione contabile	AN 1	La posizione contabile del file C1 e del file C2 devono essere coincidenti Valori ammessi: 1 = primo invio (da usare nelle varie fasi di "Trasmissione in Regione") 3 = prestazione addebitata in ritardo a seguito di storno ad altri 4 = prestazione non acquisita nel data base regionale 5 = prestazione contestata (da usare solo nella <u>fase delle contestazioni</u>) Valori da usare solo nella <u>fase delle controdeduzioni</u> : A = contestazione non accettata, conferma della prestazione B = contestazione accettata, con correzione degli errori segnalati nella prestazione C = contestazione accettata	OBB	scartante
236	Modalità di compilazione ricetta	AN 1	Valori ammessi: 1 = ricetta compilata manualmente 2 = ricetta informatizzata con presenza della biffatura "Stampa PC", ma assenza del codice fiscale in modalità barcode 3 = ricetta informatizzata con presenza della biffatura "Stampa PC" e del codice fiscale in modalità barcode	OBB	segnalazione
237	Modalità di rilevazione del codice fiscale	AN 1	Valori ammessi: D = da ricetta Da compilare solo nel caso che il codice fiscale non sia rilevato dalla Tessera Sanitaria	OSP	segnalazione

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
238	Onere della prestazione	AN 1	Valori ammessi: 1 = SSN 2 = Ministero della Salute per personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile 3 = Istituzioni estere in base a norme comunitarie o Accordi bilaterali di sicurezza Sociale 4 = Paganti in proprio (libera professione, prestazioni fuori LEA)	OBB	scartante
239-258	ID	AN 20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del numero ricetta e deve essere univoco a livello regionale per l'anno di riferimento una volta unito al progressivo riga	OBB V	scartante

FILE C2 ⇒ ARCHIVIO DATI PRESTAZIONI SANITARIE

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
1-3	Regione addebitante	AN 3	Valore ammesso: - 110 = Marche ⇒ per le prestazioni erogate da strutture marchigiane - <u>nel caso della mobilità passiva interregionale</u> il codice della regione inviante l'addebito	OBB	scartante
4-6	Zona Territoriale/Azienda Ospedaliera inviante	AN 3	Valore ammesso: - codice a tre cifre identificativo della Zona territoriale/Azienda Ospedaliera/INRCA che trasmette il dato relativo alla prestazione erogata da strutture sia a gestione diretta che, per le Zone territoriali, anche da strutture e professionisti accreditati nell'ambito del proprio territorio; - <u>nel caso della mobilità passiva interregionale</u> il codice della USL/AO inviante l'addebito	OBB	scartante
7-12	Codice struttura accettante / richiedente	AN 6	Valore ammesso: codice identificativo della struttura accettante/richiedente usato nei modelli STS 11 e RIA 11 dei flussi ministeriali Il valore di questo campo di norma coincide con quello denominato "Codice struttura erogante la prestazione", assume un valore diverso solo nel caso in cui la struttura che ritira l'impegnativa o che ha il contatto con l'utente è diversa dalla struttura che materialmente erogherà la prestazione. Es. quando il prelievo ematico è effettuato presso un distretto e l'esame del campione viene effettuato in uno dei laboratorio analisi a gestione diretta della stessa azienda sanitaria; Nel caso di prestazioni erogate in regime di cessione di servizi si precisa: Si dovrà indicare la struttura STS11 che <u>ha il contatto con l'utente</u> e che si vedrà attribuito l'eventuale ticket riscosso	OBB V	scartante

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
13-18	Codice struttura erogante la prestazione	AN 6	Valori ammessi: codice identificativo usato nei modelli STS11 e RIA11 dei flussi ministeriali della struttura che esegue la prestazione Va inserita la struttura che materialmente esegue la prestazione (solitamente coincide con la struttura accettante/richiedente) - per le prestazioni erogate in regime libero professionale , qualora la struttura dove si eroga la prestazione non risulti codificata nel modello STS11, indicare la struttura di appartenenza del medico erogante la prestazione; - nel caso di prestazioni richieste in cessione di servizi , se non si dispone del codice identificativo della struttura erogante è sufficiente segnalare il codice della zona territoriale o dell'azienda ospedaliera erogante.	OBB	scartante
19-28	Codice centro di costo	AN 10	Indicare il centro di costo aziendale relativo alla struttura che eroga la prestazione	OBB	segnalazione
29-44	Numero ricetta	AN 16	Dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta (allineati a sinistra) Nel caso di: - prestazioni ad accesso diretto; - prestazioni di pronto soccorso; - ricetta specialistica interna; - prestazioni richieste in regime di cessione di servizi il "numero ricetta" va costruito nel seguente modo: Per le strutture pubbliche: codice regione: 3 caratteri e precisamente 999 anno: 2 caratteri codice ZT/AO/INRCA: 3 caratteri progressivo: 7 caratteri Per le strutture/professionisti accreditati: codice regione: 3 caratteri e precisamente 999 anno: 2 caratteri codice STS 11 o RIA 11: 6 caratteri progressivo: 4 caratteri	OBB	scartante

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
45	Priorità per l'accesso alle prestazioni	AN 1	Va inserita l'indicazione della priorità di richiesta della prestazione da parte del medico prescrittore. Valori ammessi: Z = non classificato U = casella contrassegnata dalla lettera "U" per urgente ; B = casella contrassegnata dalla lettera "B" per breve ; D = casella contrassegnata dalla lettera "D" per differita ; P = casella contrassegnata dalla lettera "P" per programmata ;	OBB	segnalazione
46	Effettiva priorità riscontrata al momento dell'esecuzione delle prestazioni	AN 1	Va indicato l'esito della valutazione della priorità effettuato da chi esegue la prestazione. Valori ammessi: Z = non classificato U = prestazione considerata urgente ; B = prestazione considerata breve ; D = prestazione considerata differita ; P = prestazione considerata programmata ;	OBB	segnalazione
47	Tipologia di prescrizione	AN 1	Valori ammessi: S = suggerita A = altro	OSP	segnalazione
48-49	Tipo ricetta	AN 2	Valori ammessi: EE = assicurati extraeuropei in temporaneo soggiorno UE = assicurati europei in temporaneo soggiorno NA = assistiti SASN con visita ambulatoriale ND = assistiti SASN con visita domiciliare NE = assistiti da Istituzioni estere NX = assistito SASN extraeuropeo ST = straniero in temporaneo soggiorno AD = pazienti in assistenza domiciliare integrata	OSP	segnalazione
50	Attività richiesta dal pronto soccorso	AN 1	Valori ammessi: 0 = no pronto soccorso 1 = sì pronto soccorso	OBB	segnalazione

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
51	Prestazione ambulatoriale complessa (PAC)	AN 1	Valori ammessi: 0 = no PAC 1 = si PAC	OBB	segnalazione
52	Ciclo di prestazioni	AN 1	Valori ammessi: 0 = no prestazione a ciclo 1 = si prestazione a ciclo	OBB	segnalazione
53-54	Progressivo riga per ricetta	N 2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'utente, la data della prestazione e la prima prescrizione Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilati e conterranno le informazioni relative alle altre prestazioni ed andranno codificati con i progressivi 02, 03 , ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta, in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale netto (a carico del S.S.N.) e tutte le informazioni, escluse "quantità", "data", "codifica nomenclatore", "codice prestazioni" e "Tariffa della prestazione erogata" Ogni ricetta deve essere composta di almeno due righe/record: la riga 01 : dove i campi "data", "codice prestazione", "quantità" e "Tariffa della prestazione erogata" sono valorizzati mentre i campi "importo a carico dell'utente", "posizione ticket" non sono valorizzati la riga 99 : ha una valorizzazione inversa rispetto alla riga 01 e precedenti, ovvero: campi "codice prestazione", "quantità" e "Tariffa della prestazione erogata" non sono valorizzati, mentre i campi "data", "importo a carico dell'utente", "posizione ticket" valorizzati	OBB V	scartante
55-62	Data di compilazione della ricetta	data 8	formato ggmmaaaa Va indicata la data di compilazione della prescrizione da parte del medico	OBB V	scartante

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
63-70	Data di prima disponibilità di erogazione	data 8	(informazione inerente il monitoraggio delle liste d'attesa) formato ggmmaaaa riportare, solo se diversa dalla data di prenotazione, la prima data di possibile erogazione che il sistema ha presentato all'utente, ma che l'utente per sua valutazione personale può rifiutare in favore della data di erogazione prenotata.	OSP	segnalazione
71-78	Data di prenotazione	data 8	(informazione inerente il monitoraggio delle liste d'attesa) formato ggmmaaaa data con la quale la richiesta di prestazioni è pervenuta all'operatore addetto alla prenotazione, con conseguente iscrizione del paziente in lista di attesa In caso di mancata prenotazione va indicata la data di erogazione della prestazione	OBB	scartante
79-86	Data inizio Prestazione Ambulatoriale Complessa (PAC) / data inizio ciclo di prestazioni	data 8	formato ggmmaaaa data di erogazione della prima prestazione del PAC data di erogazione della prima prestazione del ciclo	OSP	scartante
87-94	Data di erogazione delle prestazioni	data 8	formato ggmmaaaa - indicare la data di effettuazione delle prestazioni - nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di chiusura ciclo - nel caso di un P.A.C. va inserita la data di chiusura dello stesso - nel caso di prestazioni di medicina sportiva, la data di erogazione deve intendersi come la data del rilascio della certificazione medico sportiva	OBB	scartante
95-102	Data di refertazione	data 8	(informazione inerente il monitoraggio delle liste d'attesa) formato ggmmaaaa data in cui il referto è effettivamente disponibile all'utente per essere ritirato	OSP	segnalazione

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
103-104	Modalità di accesso alle prestazioni	AN 2	Valori ammessi: 10 = prestazione specialistica ambulatoriale prescritta su ricettario S.S.N. 11 = prestazione aggiuntiva qualora il medico specialista ritenga necessario effettuare ulteriori prestazioni rispetto a quelle inizialmente prescritte dal medico di fiducia del paziente, deve procedere alla compilazione di una nuova ricetta 12 = prestazione specialistica su invito (relativa agli screening) 13 = prestazione ex art. 26 Legge 833/1978 14 = prestazione erogata presso il domicilio del paziente 15 = Libera professione prestazione rientrante tra le attività aziendali aggiuntive (ex art. 55, comma 2 CCNL 1998/2001) finalizzate alla riduzione delle liste d'attesa 16 = prestazione erogata al fine del rilascio della certificazione medico – sportiva 17 = prestazione Centro Antidiabetico 18 = prestazione di Radioterapia 19 = prestazione di Dialisi 20 = prestazione a libero accesso 21 = prestazione erogata in regime di libera professione 22 = prestazione erogata dai SERT 23 = prestazione non rientrante nei LEA 30 = prestazione di pronto soccorso (non seguito da ricovero) <u>non classificata</u> 31 = prestazione di pronto soccorso (non seguito da ricovero) classificata <u>codice bianco</u> 32 = prestazione di pronto soccorso (non seguito da ricovero) classificata <u>codice verde</u> 33 = prestazione di pronto soccorso (non seguito da ricovero) classificata <u>codice giallo</u> 34 = prestazione di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) 35 = prestazione di pronto soccorso (non seguito da ricovero) classificata <u>codice rosso</u> 50 = prestazione <u>richiesta</u> in regime di cessione di servizi 99 = ricetta specialistica interna	OBB	scartante
105	Tipo di accesso	N 1	(informazione inerente il monitoraggio delle liste d'attesa) Valori ammessi: 0 = non classificato 1 = primo accesso 2 = secondo accesso (per approfondimento, controlli, ecc)	OBB	segnalazione
106-112	Codice diagnosi/quesito diagnostico	AN 7	Va inserito il codice della patologia ICD9-CM nella versione in uso stabilita a livello regionale (attualmente è la versione 2002)	FAC	segnalazione

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
113	Verifica dell'effettiva presenza del quesito diagnostico	AN 1	Valori ammessi: 0 = no 1 = si	OBB	segnalazione
114	Codifica nomenclatore	AN 1	Valori ammessi: - se si utilizzano codici nazionali (ex D. M. 22.07.2006) ⇒ codificare con N (maiuscola) - se si utilizzano codici regionali ⇒ codificare con la lettera o (minuscola) identificativa della Regione Marche nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario Nazionale - se si utilizzano codici aziendali ⇒ codificare con A (maiuscola) solo nel caso di prestazioni deliberate dalle Zone territoriali/aziende richieste in regime di <u>Cessione di servizi</u>	OBB V	scartante
115-117	Codice branca specialistica della prestazione erogata	AN 3	Valori ammessi: - le branche specialistiche sono quelle indicate nel D. M. 22.07.1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del S.S.N. e relative tariffe"; - le prestazioni di <u>diagnostica strumentale</u> , se nell'Allegato 3 del Nomenclatore tariffario sono comprese all'interno di una branca specialistica vanno conteggiate come prestazione della branca stessa; - l'elenco "Altre prestazione" dell'Allegato 3 del Nomenclatore tariffario include prestazioni erogate da specialisti di diverse branche specialistiche (anche in funzione dell'organizzazione delle singole strutture erogatrici) e non identifica una ulteriore branca specialistica ai fini della applicazione delle suddette disposizioni. Qualora una delle prestazioni incluse in tale elenco sia prescritta nella stessa ricetta con prestazioni ad essa complementari, riconducibili ad una delle branche specialistiche individuate, deve essere considerata come appartenente a tale branca. Qualora invece, una di tali prestazioni sia prescritta singolarmente, deve essere considerata come appartenente alla branca specialistica di riferimento della specifica struttura o del professionista che la eroga.	OBB	scartante

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
118-122	Codice specialità della prestazione erogata	AN 5	Valori ammessi: Codici delle specialità cliniche e reparti ospedalieri. I primi tre caratteri identificano la specialità clinica o il reparto ospedaliero, i successivi due: - se l'ambulatorio non risulta all'interno di un presidio ospedaliero devono essere riempiti con due zeri; - se l'ambulatorio risulta all'interno di un presidio ospedaliero deve essere inserito il numero progressivo con il quale viene distinta l'Unità operativa nell'ambito della stessa disciplina;	OBB	scartante
123-130	Codice della prestazione erogata	AN 8	Valori ammessi: - codice della prestazione secondo il Nomenclatore tariffario nazionale (mantenendo i punti separatori) o codici regionali secondo le indicazioni contenute negli atti regionali; - codice della prestazione ambulatoriale ex art. 26 Legge 833/1978 definito da atti regionali; - per prestazioni diverse, richieste in regime di <u>Cessione di servizi</u> , va indicato il codice della prestazione individuato dagli atti della Zona territoriale / Azienda Ospedaliera / INRCA	OBB V	scartante
131-133	Numero delle prestazioni	N 3	Valori ammessi: Nelle righe da 1 a 98 : - 1 di norma - se trattasi di cicli di prestazioni ⇒ inserire il numero effettivo di prestazioni erogate Nella riga 99 : - indicare il numero totale delle prestazioni prescritte nella ricetta	OBB V	scartante
134-141	Tariffa della prestazione erogata	N 8	Valori ammessi: nelle righe da 1 a 98 indicare - con due cifre decimali separate dalla virgola - - le tariffe delle prestazioni stabilite da provvedimenti nazionali/regionali; - il valore stabilito da eventuali accordi contrattuali - le tariffe, stabilite con atti deliberativi delle Zone territoriali/Aziende Ospedaliere eroganti, per prestazioni diverse richieste in regime di <u>Cessione di servizi</u> ; nella riga 99 inserire 00000000	OBB	scartante

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
142-143	Percentuale di sconto da applicare	N 2	Valori ammessi: nelle righe da 1 a 98 indicare: 00 = nessuno sconto 02 = 2% di sconto 20 = 20% di sconto nella riga 99 inserire 00	OBB	scartante
144-151	Importo sconto	N 8	Valori ammessi: nelle righe da 1 a 98 indicare: l'importo dello sconto va indicato con due cifre decimali separate dalla virgola nella riga 99 inserire 00000000	OBB	scartante
152	Tipo esenzione	AN 1	Valori ammessi: 0 = altro (voce residuale, che riguarda comunque assistiti esenti) 1 = non esente (assistito soggetto al pagamento del ticket) 2 = esente per condizione 3 = esente per patologia 6 = esente per reddito (autocertificazione) 7 = esente per reddito e presenza di altra esenzione A = utente pagante in proprio (libera professione, prestazioni fuori L.E.A.)	OBB	scartante
153-158	Codice esenzione	AN 6	Per i codici da utilizzare si deve far riferimento a quanto stabilito con le deliberazioni di Giunta regionale n. 866/2005, n. 1552/2005, n. 1369/2007 e n. 1075/2008 (vedi allegato)	OBB	scartante
159	Quota fissa per ricetta	AN 1	Valori ammessi: Z = no quota fissa A = quota fissa per prestazioni specialistiche B = quota fissa per prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero	OBB	scartante
160-167	Ticket pagato dall'assistito	N 8	Valorizzare sempre a zero tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket pagato dall'utente non esente (codice 1 nel campo "tipo esenzione" o dell'importo pagato dall'utente pagante in proprio (codice A nel campo "tipo esenzione") l'importo va indicato con due cifre decimali separate dalla virgola	OBB	scartante
168-175	Quota fissa pagata dall'assistito	N 8	Valorizzare sempre a zero tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo della quota fissa l'importo va indicato con due cifre decimali separate dalla virgola	OBB	scartante

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
176-183	Importo totale	N 8	Valori ammessi: l'importo va indicato con due cifre decimali separate dalla virgola - Nelle righe da 1 a 98 il campo "importo totale" è dato dal prodotto tra il valore inserito nel campo "quantità" per [il valore inserito nel campo "tariffa della prestazione erogata" detratto del valore inserito nel campo "importo sconto"] - Nella riga 99 il campo "importo totale" è dato dalla somma dei valori inseriti nei campi "importo totale" delle righe precedenti (da 1 a 98) meno il valore inserito nei campi "ticket pagato dall'assistito" e "quota fissa a carico dell'assistito" della riga 99 Va inserito il valore effettivo della differenza, anche nel caso di valore negativo	OBB V	scartante
184	Posizione contabile	AN 1	La posizione contabile del file C1 e del file C2 devono essere coincidenti Valori ammessi: 1 = primo invio (da usare nelle varie fasi di "Trasmissione in Regione") 3 = prestazione addebitata in ritardo a seguito di storno ad altri 4 = prestazione non acquisita nel data base 5 = prestazione contestata (da usare solo nella <u>fase delle contestazioni</u>) Valori da usare solo nella <u>fase delle controdeduzioni</u> : A = contestazione non accettata, conferma della prestazione B = contestazione accettata, correzione degli errori segnalati nella prestazione C = contestazione accettata	OBB	scartante
185	Trasmissione in Regione	AN 1	Valori ammessi: 1 = primo invio : gruppi ricetta appartenenti al mese di competenza 3 = variazione : gruppi ricetta modificati dalla Zona territoriale, Azienda Ospedaliera, INRCA 5 = cancellazione : gruppi ricetta eliminati definitivamente 7 = altro : da utilizzare unicamente per indicare la tardività nell'invio – quando le ricette di un mese non vengono trasmesse entro la scadenza prevista (il 7 del mese successivo) ma successivamente	OBB	scartante

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
186	ERR01 - Errori anagrafici	AN 1	Valori ammessi: 0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente/errato 2 = utente assente da anagrafe residenti Segnalazioni di errore nell'ambito dei controlli regionali: A = nessun errore B = "codice fiscale dell'utente" assente o errato Nel caso di soggetti assicurati da istituzioni estere: C = "data di nascita dell'utente" assente o errata D = "stato estero risultante nella TEAM" assente E = "Istituzione competente" assente F = "Numero identificazione personale" assente G = "Numero Identificativo Tessera" assente H = "Scadenza Tessera" assente		
187	ERR02 - Errori sulla residenza	AN 1	Valori ammessi: 0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza assente/errato 2 = comune di residenza non appartenente alla regione (per utenti residenti fuori regione) alla Zona Territoriale (per utenti residenti nelle Marche) che riceve l'addebito Segnalazioni di errore nell'ambito dei controlli regionali: A = nessun errore B = "comune di residenza dell'utente" assente o errato C = "regione di residenza dell'utente" assente o errato D = "zona territoriale/azienda USL di residenza dell'utente" assente o errata E = "comune di residenza dell'utente" incongruente con "regione di residenza dell'utente" F = "zona territoriale/azienda USL di residenza dell'utente" incongruente con "comune residenza utente"		
188	ERR03 - Errori sulla prestazione	AN 1	Valori ammessi: 0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) Segnalazioni di errore nell'ambito dei controlli regionali: <u>Controlli effettuati solo sulle righe da 01 a 98</u>		

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
			A = nessun errore B = "codifica nomenclatore" assente o errata C = "codice della prestazione erogata" assente o errato D = "codice branca specialistica della prestazione erogata" assente o errato E = "codice specialità della prestazione erogata" assente o errata F = "tariffa della prestazione erogata" assente o errata <u>Segnalazioni di errore da segnalare su tutto il set ricetta</u> G = "modalità di accesso alle prestazioni" assente o errato H = "onere della prestazione" assente o errato		
189	ERR04 - Errori sull'identificativo della struttura	AN 1	Valorizzare sempre a 0 Segnalazioni di errore nell'ambito dei controlli regionali: A = nessun errore B = "Regione addebitante" assente o errata C = "Zona territoriale/Azienda Ospedaliera inviante" assente o errata D = "Codice struttura accettante/richiedente" assente o errato E = "Codice struttura erogante la prestazione" assente o errato		
190	ERR05 – Errori del record	AN 1	Valori ammessi: 0 = nessun errore 3 = mancanza righe di dettaglio (righe zn da 01 a 98) - da segnalare sulla riga 99 4 = mancanza di riga totale (riga 99) riga zn senza riga 99 Segnalazioni di errore nell'ambito dei controlli regionali: A = nessun errore B = "numero ricetta" assente o errato C = "progressivo riga per ricetta" assente o errato D = "posizione contabile" assente o errata E = "ID" assente o errato F = record doppio G = "trasmissione in regione" assente o errata H = mancanza righe di dettaglio (righe zn da 01 a 98) - da segnalare sulla riga 99 I = mancanza di riga totale (riga 99) righe zn senza riga 99 da segnalare su tutte le righe zn		

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
191	ERR06 - Errori sull'importo	AN 1	Da segnalare solo se l'importo è maggiore di zero Valori ammessi: 0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico <u>I successivi errori sono evidenziabili solo sulla riga 99</u> 2 = importo ticket riga 99 non valorizzato come numerico 3 = importo totale riga 99 non valorizzato come numerico e importo ticket riga 99 non valorizzato come numerico 4 = importo totale della riga 99 maggiore della somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga 99 5 = importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa del nomenclatore regionale solo sulle righe zn Segnalazioni di errore nell'ambito dei controlli regionali: A = nessun errore B = campo "ticket pagato dall'assistito" non valorizzato oppure maggiore di € 36,20 quando il campo "tipo esenzione" assume valore 1 C = campo "quota fissa pagata dall'assistito" assente o errata quando il campo "quota fissa per ricetta" assume i valori A o B D = importo totale della riga 99 diverso della somma dell'importo delle righe zn meno il "ticket pagato dall'assistito" e della "quota fissa pagata dall'assistito" della riga 99 o non valorizzato come numerico E = "importo totale" delle righe da 1 a 98 diverso dall'importo calcolato come prodotta tra "numero delle prestazioni" per ["tariffa della prestazione erogata" meno "importo Sconto"] per "tariffa prestazione erogata" meno "importo sconto" o non valorizzato come numerico F = "percentuale sconto da applicare" non numerico G = "importo sconto" assente o errato quando il valore del campo "percentuale di sconto da Applicare" è diversa da 00 H = "quota fissa per ricetta" assente o errata		

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
192	ERR07 – Errori sul numero delle prestazioni	AN 1	Valori ammessi: 0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzata o non numerico (solo sulle righe zn) Segnalazioni di errore nell'ambito dei controlli regionali: A = nessun errore B = “numero delle prestazioni” assente o errato		
193	ERR08 - Errori sulla data della prestazione	AN 1	Valori ammessi: 0 = nessun errore 1 = la data di erogazione o di fine ciclo è assente/errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza) Segnalazioni di errore nell'ambito dei controlli regionali: A = nessun errore B = “data ricetta” assente o errata C = “data di prenotazione” assente o errata D = “data di erogazione delle prestazioni” assente o errata E = data inizio P.A.C./inizio ciclo di prestazioni assente o errata se i campi “P.A.C.” e “ciclo di prestazioni” assumono valore 1		
194	ERR09 - Errori sulle esenzioni	AN 1	Valorizzare sempre a 0 Segnalazioni di errore nell'ambito dei controlli regionali: A = nessun errore B = “tipo esenzione” assente o errato C = “codice esenzione” assente o errato se il campo “tipo esenzione” assume valori diversi da 1 D = “tipo esenzione” non univoco nello stesso gruppo ricetta		
195	ERR10 - Errore sulla Regione/Zona territoriale iniziale di addebito	AN 1	Solo se il campo “posizione contabile” = 3 Valori ammessi: 0 = nessun errore 1 = codice Regione/Azienda U.S.L. assente o errato		

Posizione	NOME CAMPO	Tipo Lung.	DESCRIZIONE	Vincolo	Livello di controllo
196-217	Prestazione erogata in concomitanza di ricovero ospedaliero	AN 22	Questo campo è stato previsto per la segnalazione, in fase di contestazione , delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che risultano addebitate in concomitanza di un ricovero ospedaliero. Va inserita la chiave che consenta l'aggancio con la concomitante prestazione di ricovero ospedaliero è formata da: codice regione + codice azienda + codice istituto + numero SDO		
218-237	ID	AN 20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni dalla riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del numero ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore ed al progressivo riga	OBB V	scartante
238-240	Regione/Azienda iniziale di addebito	AN 3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla "posizione contabile" 3 Valori ammessi: per utenti residenti in altre regioni (o erroneamente considerati tali) = codice Regione alla quale erroneamente era stato fatto l'addebito per utenti residenti in altre Zone territoriali delle Marche (o erroneamente considerati tali) = codice Zona territoriale alla quale erroneamente era stato fatto l'addebito	OBB (solo se posizione contabile = 3)	scartante (solo se posizione contabile = 3)

Specifiche di Integrazione

HL7 per APC

Integrazione tramite standard HL7 tra ANAGRAFE PAZIENTI CENTRALIZZATA e sistemi dipartimentali integrati.

Versione 5.1

Dicembre 2013



REVISIONI DOCUMENTO

Rev.	Descrizione delle modifiche	Data
1	Prima emissione	19/12/2007
2	Modificata introduzione al documento. Inserimento informazioni aggiuntive nei messaggi trattati. Distretto di residenza e domicilio – segmento PD1 Territorio di residenza e domicilio – segmento PD1 comune di immigrazione (provenienza) – segmento PID data di immigrazione – segmento PID data di emigrazione – segmento PID comune di emigrazione – segmento PID	25/02/2008
2.1	Introdotta compilazione del campo EVN-4 (Reason Code), del segmento EVN (in particolare per la ricezione da parte di APC di messaggi ADT^A31 – vedi paragrafo 2.1)	16/01/2009
2.2	Variazione trattamento campo PID-32 Inserita la data di riferimento della certificazione MEF	30/04/2009
2.3	Introdotta compilazione del campo PV1-18 (Patient Type), del segmento PV1. Introdotta Paragrafo 10 - Riferimenti alla documentazione Standard HL7	11/11/2010
3	Introdotta gestione consenso informato.	23/12/2010
4	Gestione Consenso Informato: modifica compilazione segmento NK1 (gestione dei dati nel PD1 lasciata per compatibilità con le versioni precedenti) Gestione relazione su allergie; introdotta gestione del segmento OBX nei messaggi in entrata e in uscita. Aggiornamento introduzione e paragrafo tabelle e dizionari.	28/01/2011
4.1	Aggiunta compilazione dei segmenti NK1 al messaggio RSP^K22. Aggiunta compilazione dei campi : - NK1-7: aggiunta compilazione del componente Alternate Text = note alla compilazione consenso - EVN-5: aggiunta dell'indicazione dell'utente di procedura APC che ha effettuato l'unificazione della posizione dell'assistito.(compilazione aggiunta all'evento ADT^A40) Aggiunti riferimenti ai documenti allegati ("Elenco allegati")	18/03/2011
4.2	Variazione compilazione del campo: EVN-5: il campo viene valorizzato con l'utente di procedura che ha effettuato l'operazione (utente sia APC che del NODO) Il campo viene gestito per gli eventi ADT^A28, ADT^A31 Aggiunti riferimenti ai documenti allegati (vedi "Elenco allegati")	14/04/2011
4.3	Modificati riferimenti ai documenti allegati (vedi "Elenco allegati")	10/08/2011
4.4	Rispetto alle modifiche introdotte nella versione 2.3 , viene	21/11/2011

<i>Rev.</i>	<i>Descrizione delle modifiche</i>	<i>Data</i>
	specificato meglio quali valori possono venire utilizzati per il campo PV1-18	
5	Aggiunta la gestione del segmento QRI al messaggio RSP^K22. Modificato il paragrafo "Interrogazioni anagrafiche": Aggiunta gestione del messaggio di interrogazione QRY^A19 (e segmenti : QRD, QRF) e relativa risposta ADR^A19	Agosto 2013
5.1	Modificati riferimenti ai documenti allegati (vedi "Elenco allegati")	Dicembre 2013

ELENCO ALLEGATI

ALLEGATO 1 : Allegato 1 a HL7 per APC - Gestione del consenso SOLE (documento specifico che descrive la gestione dei dati del consenso alla trasmissione dei dati come richiesto da progetto SOLE della Regione Emilia – Romagna)

Allegato 2 : Allegato 2 HL7 per APC DIZIONARI (documento specifico che descrive l'allineamento dei dizionari utilizzati da APC tramite messaggi HL7)

Allegato 3 : Allegato3 a HL7 per APC - Stato consenso Anagrafe Provinciale Cuneo (documento specifico che descrive la trasmissione dei dati dello stato del consenso , come richiesto da progetto Anagrafe provinciale di Cuneo)

INDICE

INDICE	4
1. INTRODUZIONE	6
1.1 Guida alla lettura.	6
1.2 Breve presentazione Anagrafe Pazienti Centralizzata.	6
1.3 Glossario.	7
1.4 Generazione dei messaggi , encoding e modalità di trasporto.	7
1.5 Data set minimo per l'inserimento di una nuova posizione anagrafica.	8
1.6 Identificazione dei nodi.	8
1.7 Nota sui messaggi di Acknowledgment.	9
1.8 Dati gestiti in APC	9
2 Messaggi per la Richiesta servizi ad APC.	10
2.1 Invio messaggi dai NODI verso APC.	10
2.2 Interrogazioni anagrafiche	11
3 Messaggi per la pubblicazione delle informazioni da parte di APC	16
3.1 Pubblicazione delle variazioni sull'Anagrafe Centralizzata (dall'anagrafe verso i NODI)	16
4 Note generali e convenzioni.	18
4.1 Cardinality.	18
4.2 Usage.	18
5 MESSAGGI HL7 GESTITI – Struttura dei messaggi.	19
5.1 ADT^A28- Add Person Information e ADT^A31- Update Person Information.	19
5.2 ADT^A40- Merge Patient - Patient Identifier List.	19
5.3 ACK General Acknowledgment.	19
5.4 QBP^Q22- Query By parameter.	19
5.5 RSP^K22- Segment Pattern Response	20
5.6 QRY^A19 – Patient query	20
5.7 ADR^A19 – Patient Response.	21
6 Modalità di compilazione dei segmenti	22
6.1 MSH Message Header.	22
6.2 EVN – Event type Segment	23
6.3 PID Patient Identification.	23
6.4 PD1 Patient Additional Demographic.	25
6.5 NK1 - Next of kin / associated parties.	26
6.6 PV1 -Patient visit.	27
6.7 ROL- Role.	28
6.8 OBX- Observation/Result	28
6.9 MRG - Merge Segment	29
6.10 MSA-Message Acknowledgment.	29
6.11 ERR-Error.	29
6.12 QPD – Query Parameter Definition.	29
... @PID.5.1^SMITH~@PID.5.2^JOHN	30
@PID.11.3^IMOLA~@PID.11.7^L	30
@PID.11.3^FAENZA~@PID.11.7^N	30
6.13 RCP – response control parameter segment.	31
6.14 QAK- query acknowledgment segment.	31
6.15 QRI – query response instance segment.	32
6.16 QRD- Original-Style Query Definition.	32
6.17 QRF – Original style query filter.	33
7 Modalità di valorizzazione dei campi	34
7.1 MSH - Message header segment.	34

7.2	EVN - Event Type Segment	34
7.3	PID Patient Identification	35
7.4	PD1- Patient Additional Demographic Segment	43
7.5	PV1- Patient Visit Segment	45
7.6	NK1- Next of Kin / Associated Parties Segment	46
7.7	ROL - ROL- Role.	50
7.8	OBX - Observation/Result.....	51
7.9	MRG Merge Segment.....	52
7.10	ERR - error segment	52
7.11	QRD - original-style query definition segment.....	53
7.12	QRF - original style query filter segment.	54
8	Abbinamento tra dati e campi HL7.	55
8.1	Dati TEAM.....	57
8.2	Trasmissione del consenso.....	58
8.3	Rilevazione dati allergie , descrittiva.	58
9	TABELLE HL7 e Dizionari APC.....	59
9.1	Associazione dizionari HL7 – dizionari APC:	59
9.2	Altri dizionari utili per integrazione.....	61
10	Riferimenti alla documentazione Standard HL7	61

1. INTRODUZIONE

In questo documento sono espone le modalità di integrazione tra l'ANAGRAFE PAZIENTI CENTRALIZZATA (di seguito denominata APC) ed i sottosistemi collegati (NODI).

Il protocollo di comunicazione adottato è lo standard internazionale **HL7 (Health Level 7) versione 2.5**.

Questo documento intende descrivere tecnicamente i messaggi HL7 adottati e relative specifiche di interpretazione ed utilizzo.

1.1 Guida alla lettura.

E' molto importante considerare che:

- le politiche descritte in questo documento sono soggette a modifiche in dipendenza dal progetto di integrazione anagrafica adottato dalle singole Aziende Sanitarie, cui è opportuno fare riferimento
- i protocolli HL7 e le specifiche riportate sono sempre validi a prescindere dalle politiche di integrazioni previste dai singoli progetti aziendali: **questo documento è esaustivo per quanto concerne le specifiche tecniche relative ai messaggi HL7 previsti**.

Le indicazioni presenti in questo documento rappresentano pertanto il funzionamento di base e non pretendono di dettagliare in questa sede tutte le attività di integrazione anagrafica (tale livello di dettaglio è proprio dei singoli progetti avviati da ogni Azienda Sanitaria): questo documento non è esaustivo in merito alla gestione dei nodi e delle regole che possono essere personalizzate per ogni installazione.

1.2 Breve presentazione Anagrafe Pazienti Centralizzata.

Prerequisito per l'utilizzo del presente protocollo è che l'Anagrafe Pazienti Centralizzata sia gestita tramite l'applicativo software **APC – Anagrafe Pazienti Centralizzata**, appartenente alla Suite Smarth* Health di Data Processing.

In questa sede è sufficiente specificare che **APC** è un'applicazione software che consente di:

- Gestire i dati anagrafici
- Mantenere i dizionari centralizzati (regioni, comuni, stati civili, professioni, ...)
- Compiere operazioni sulle posizioni anagrafiche (inserimento, modifica, eliminazione, unificazione, ...)
- Gestire le "certificazioni" del dato anagrafico (da MEF, da Comune, da Amministratore, ...)
- Impostare le "regole" di aggiornamento di APC per ogni "nodo" integrato
- Lavorare le cosiddette "candidature anagrafiche" per le quali serve un intervento da parte di un amministratore

Le movimentazioni anagrafiche vengono inviate da APC e pervengono all'APC mediante i messaggi **HL7** descritti nel presente documento.

Ogni proposta di movimentazione anagrafica recapitata ad APC è trasformata in "**candidatura**" anagrafica ovvero una proposta inviata da un nodo ad APC avente come attributi il tipo e l'origine:

- il **tipo** rende riconoscibile l'**evento** che ha prodotto la candidatura (proposta di inserimento, modifica, unificazione).
- l'**origine** rende riconoscibile **chi** (quale nodo) ha proposto la candidatura; ogni nodo deve essere univocamente riconosciuto da APC grazie ad un codice identificativo.

Ad ogni coppia di tipo-origine si associano **regole** di comportamento per consentire un trattamento automatico dell'informazione **in ingresso** (verso APC), ovvero l'esecuzione automatica della

candidatura (automatica intesa senza intervento dell'Amministratore APC). Ogni candidatura anagrafica è dunque giudicata da una regola impostabile dall'amministratore per ogni tipologia di variazione e per ogni possibile origine del dato, che stabilisce se la candidatura debba produrre automaticamente effetti in APC oppure se questa debba essere rifiutata o posta all'attenzione dell'amministratore APC.

La **certificazione anagrafica** è un'operazione di controllo e di validazione delle informazioni anagrafiche che può avvenire, ad esempio, tramite:

- Intervento diretto dell'amministratore APC.
- Allineamento periodico con le Anagrafi Comunali.
- Allineamento periodico con dati MEF.

Non vi sono limiti alle possibili certificazioni del dato, perché la tipologia della certificazione viene impostata a livello di sistema.

Le CERTIFICAZIONI devono essere concepite come "bollini" appiccicati al record anagrafico che implicano, a livello di "gruppo di dati anagrafici", la PROTEZIONE del dato anagrafico.

APC colloquia con i sistemi collegati scambiando le informazioni inoltrando sia la **chiave centrale** che il relativo **codice identificativo locale** (quando conosciuto da APC).

1.3 Glossario.

Termine	Definizione.
APC.	Anagrafe Pazienti Centralizzata - Data Processing.
Nodo.	Dipartimentale collegato ad APC mediante il presente protocollo.
Candidatura Anagrafica.	Proposta di inserimento o variazione anagrafica inviata dal Nodo ad APC.
Chiave APC o chiave univoca di identificazione anagrafica.	Codice alfanumerico univoco calcolato secondo un apposito algoritmo e associato al record anagrafico in APC

1.4 Generazione dei messaggi, encoding e modalità di trasporto.

La modalità di integrazione si basa sull'esistenza un "motore HL7", presente sulla base dati nella quale risiedono i dati di attività, che provvede alla composizione ed alla lettura (parsing) dei messaggi HL7 in uscita ed in entrata; questo meccanismo provvede al **disaccoppiamento della piattaforma applicativa da quella integrativa**, dal momento che gli eventi prodotti dall'attività degli utenti scatenano (dove previsto) la creazione di messaggi, posizionati in apposite tabelle, pronti per essere utilizzati.

Gli scambi dati tra le applicazioni avverranno **quindi in maniera asincrona**, tramite processi in background.

I sistemi da integrare dovranno quindi solo rispettare alcuni requisiti ben definiti.

(ad esempio l'utilizzo dello standard HL7 V2.5 ed eventuale predisposizione di web services).

Vanno concordate ogni volta tra le parti i dettagli con i quali realizzare lo scambio, in particolare potranno differire da un'installazione all'altra:

- **La modalità di encoding dei messaggi**
- **La modalità di trasporto dei messaggi**

Le modalità di encoding dei messaggi supportate sono:

- Integrazione mediante messaggi **HL7 in formato XML/SOAP**
- Integrazione mediante messaggi **HL7 in formato Interchange**

La modalità di trasporto principali supportate sono :

- **web services**
- **TCP/MLLP**

E' possibile prevedere diverse combinazioni tra Encoding e Trasporto, ma in caso utilizzo di **web services** , si assume che i messaggi **HL7 siano in formato XML/SOAP** .¹

Si segnala inoltre come ulteriore possibilità per il trasporto l'utilizzo del PL/SQL ; il sistema ricevente dovrà invocare una apposita PROCEDURE presente sul DataBase nel quale è presente il " motore HL7 " precedentemente descritto.

Questa funzione tratta il "prossimo" messaggio da pubblicare, prelevandolo con apposito metodo dal sistema di tabelle dove risiedono tutti i movimenti pubblicabili e formattati già come messaggi HL7, fornendo tale messaggio come parametro di output e sotto forma di stream di dati. Infine, la funzione stessa elimina dall'elenco dei messaggi pubblicabili quello appena trattato.

1.5 Data set minimo per l'inserimento di una nuova posizione anagrafica.

Per la gestione dell'integrazione, si ipotizza che sia rispettato un dataset minimo ,ovvero un set di dati minimali necessari per consentire una corretta registrazione anagrafica da parte di tutti i dipartimentali. Il data set minimo per l'inserimento di un nuovo paziente può essere variato a seconda dell'installazione , un esempio può essere il seguente:

Nominativo	Cognome e Nome dell'Assistito
Sesso	Sesso (M/F) dell' Assistito
Data nascita	Data di Nascita
Codice del comune di nascita	Se sconosciuto, occorre riportare l'apposita codifica ISTAT prevista dall'archivio centralizzato 999888 = comune sconosciuto
Codice del comune di residenza	Se sconosciuto, occorre riportare l'apposita codifica ISTAT prevista dall'archivio centralizzato 999888 = comune sconosciuto

I sistemi che non prevedono l'obbligatorietà di questi campi devono provvedere almeno all'inserimento di valori di default che dovranno essere inseriti nei messaggi HL7 inviati.

I dati che entrano a far parte del dataset minimo, risultano quindi essere necessari ed obbligatori (R : "Required") sia nei messaggi HL7 in entrata che in quelli in uscita .

1.6 Identificazione dei nodi.

All'interno di ogni singolo progetto dovranno essere attribuiti ai sistemi integrati dei codici che dovranno essere conosciuti da APC, e che nei messaggi HL7 verranno utilizzati:

- per identificare le applicazioni invianti e riceventi
- per indicare quali siano le "Assigning Authority " ove sia necessario identificare chi ha originato un certo codice anagrafico o ha modificato o aggiunto un dato

Non esistono vincoli particolari per la creazione di questi identificativi, che devono però essere condivisi e devono permettere l'immediata e certa identificazione di un nodo collegato ; tali codici verranno gestiti e memorizzati anche da APC.

¹ 1

Se viene attivata questa modalità , le specifiche relative ai web services sono descritte in apposito e separato documento tecnico che descrive l'interfaccia pubblica dei servizi web relativamente allo scambio di messaggistica HL7 - Si

1.7 Nota sui messaggi di Acknowledgment.

Per quanto detto in precedenza in merito alla gestione delle candidature, i messaggi di ACK restituiti al NODO inviante hanno significato di corretta ricezione del messaggio, che è divenuto quindi "candidatura", non danno garanzia che l'operazione richiesta sia stata effettivamente completata su APC.

1.8 Dati gestiti in APC.

Per ogni referenza anagrafica presente in Anagrafe centrale sono gestite le seguenti tipologie di dato; nella tabella riepilogativa che segue vengono indicate sia le tipologie gestite e le modalità di aggiornamento.

Nel caso in cui un nodo non sia abilitato a inviare ad APC alcuni dati, non è necessario che compili i segmenti o campi corrispondenti (es: le esenzioni non devono essere inviate a APC)
Nel caso in cui alcuni dati non vengano gestiti in una particolare installazione, i segmenti o campi corrispondenti possono essere ignorati (es: allergie)

Tipologia di dato	Aggiornabile dai nodi collegati	Note
Dati anagrafici generali (nome, cognome, nascita, documento sanitario, decesso, residenza e domicilio, telefono, attributi, emigrazione immigrazione ecc)	SI	Candidature dei nodi approvate o meno a seconda delle regole
Certificazioni anagrafiche	NO	Il dato è aggiornato dall'amministratore oppure tramite allineamenti periodici
Medico base, dati scelta e revoca	Solo medicina di base	Aggiornabile solo da funzione scelta e revoca del medico
Esenzioni	Solo medicina di base	
Tessera TEAM	SI	Rilevabile per cittadini comunitari, se inviati devono essere compilati tutti i dati
Codice STP	SI	
Consenso Informato	SI	
Nucleo Familiare	Solo medicina di base	
Note relative ad allergie	SI	

Per quanto riguarda il dettaglio dei dati gestiti e inviati con la seguente integrazione, si vedano i paragrafi relativi alla compilazione dei segmenti e lo schema di sintesi nel paragrafo "Abbinamento tra dati e campi HL7".

2 Messaggi per la Richiesta servizi ad APC.

2.1 Invio messaggi dai NODI verso APC.

Le possibili richieste di servizi da parte di un NODO collegato si possono così schematizzare:

- Inserimento nuova posizione: invio di richiesta di registrazione di una nuova posizione anagrafica.(candidatura in inserimento)
- Variazione posizione: invio dati relativi ad una posizione da variare. (candidatura di aggiornamento)
- Notifica utilizzo di un 'anagrafica da parte di un dipartimentali .
(il messaggio in questo caso serve a comunicare l'utilizzo di un 'anagrafica senza modifica dei dati)
- Unificazione posizione anagrafica: invio di una richiesta di riconciliazione (merge) di due posizioni anagrafiche .

Nota: la proposta di merge viene presentata come proposta che può pervenire ad APC da un qualsiasi nodo.

A livello di singolo progetto, è possibile impostare la comunicazione in modo che le proposte di merge siano accolte da APC solo se provenienti da determinate origini ; ad esempio possono essere accettate da APC solo se originate dal "Nodo" medicina di base e sistematicamente rifiutate o poste all'attenzione dell'amministratore tutte le proposte di merge che provengono da altri nodi.

2.1.1 Messaggi HL7 da inviare ad APC.

Eventi	Messaggi e segmenti			
	Richiesta		Risposta	
Richiesta di inserimento di un assistito	ADT^A28	MSH,EVN,PID,[PD1],[{NK1}],PV1,[ROL],[OBX]	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Comunicazione variazione dati anagrafici di un assistito	ADT^A31	MSH,EVN,PID,[PD1],[{NK1}],PV1,[ROL],[OBX]	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Notifica di utilizzo dell'anagrafica da parte di un dipartimentale .	ADT^A31 Con EVN- 4= 'NOT'			
Comunicazione unificazione dati anagrafici	ADT^A40	MSH,EVN,PID,MRG	ACK	MSH,MSA,[ERR]

Note

- Gli elementi racchiusi fra parentesi quadre [...] sono opzionali.
- Il segmento ERR in particolare può essere compilato solo nel caso in cui nel MSA.1 (Acknowledgment Code) viene segnalata una condizione di errore .
- Le parentesi graffe {...} indicano che nel messaggio possono esistere zero, uno o più raggruppamenti degli elementi indicati.

2.1.2 Richiesta d'inserimento di una nuova posizione (invio ADT^A28)

Il nodo chiede all'anagrafica centrale di inserire una nuova posizione in APC, inviando il set di dati in suo possesso per eseguire l'operazione.

L'inserimento in APC può essere accettato o rifiutato (ad esempio, se il dataset minimo di dati non è rispettato).

2.1.2.1 Richiesta inserimento- breve descrizione

Il nodo che genera il messaggio candida un assistito inviando un messaggio contenente i dati anagrafici in suo possesso e una chiave anagrafica locale ; la chiave va collocata nel segmento PID (campo PID -3 - Patient identifier list, che permette di gestire la lista degli identificativi associati al paziente.)²

Al nodo inviante può essere affidata anche la generazione della chiave anagrafica centrale : in questo caso nel segmento PID, nel campo PID-3, nella lista degli identificatori verrà aggiunta la chiave centrale.

Eventuali limiti o imposizioni alla generazione della chiave da parte del nodo inviante possono essere fissati a livello di singolo progetto.

L'APC, nel caso in cui accolga la candidatura, dovrà inserire l'assistito in anagrafe e non potrà quindi abbinare la candidatura ad un assistito già esistente, salvo diverse indicazioni a livello di progetto.

L'APC provvederà altresì alla generazione di una nuova PK qualora la generazione della chiave non fosse di competenza del richiedente.

2.1.2.2 Modalità di restituzione della chiave anagrafica .

Dopo l'inserimento, APC notifica l'avvenuto inserimento a tutti i nodi partecipanti (compreso il nodo richiedente) **tramite invio di un messaggio ADT^A28** (inserimento) , che ha il significato di "Notifica (a tutti i sistemi interessati) di inserimento posizione in anagrafe centrale " .

Il messaggio ADT^A28 inviato comprenderà sia i dati anagrafici (segmento PID) , che le chiavi anagrafiche note ad APC

Tali identificativi sono inseriti in un campo dalla struttura composta , che permette di indicare sia un identificativo (campo PID3.1) , e da un "Assigning authority" (PID3.4) ovvero un valore che permette di identificare l'entità che ha effettuato l'assegnazione della chiave ; l'associazione di questi due dati permette di identificare univocamente la chiave anagrafica e permette di verificare se il paziente possiede una registrazione in una determinata anagrafe .

Tramite queste informazioni, ogni nodo locale dovrà associare la propria chiave locale alla chiave centrale.

2.1.3 Variazione posizione anagrafica (ADT^A31)

2.1.3.1 Breve descrizione

Il nodo chiede all'Anagrafe Pazienti Centralizzata l'autorizzazione per variare una posizione (ovvero: una posizione anagrafica è stata variata nell'anagrafe locale, relativamente ad uno dei campi che entrano nel dataset trasmesso tramite i messaggi HL7) .

L'anagrafe locale invia il set di dati in suo possesso .

La richiesta di variazione viene inoltrata solo per posizioni presenti sull'anagrafe centrale , ovvero dovranno riportare (nel campo PID 3.1). l'identificativo univoco dell'anagrafe centrale L'APC verifica la richiesta e la considera "candidatura anagrafica ", da trattare secondo le regole impostate . Una volta accettata, la modifica è divulgata a tutti i nodi collegati mediante apposito messaggio come indicato nel paragrafo relativo alla propagazione dei messaggi .

2.2 Interrogazioni anagrafiche .

A partire dalla versione 5 di queste specifiche , sono supportate due diverse tipologie di query che i nodi possono inoltrare ad APC.

² Si vedano i paragrafi relativi al dettaglio della compilazione dei segmenti.

In entrambi i casi, il sistema esterno può interrogare l'anagrafe centrale mediante alcuni criteri di ricerca e ottenere in risposta la lista dei pazienti che soddisfano la richiesta stessa, completa dei dati presenti in APC al momento della risposta.

- **Ricerca posizioni anagrafiche**

La prima query supportata è un'interrogazione **Find Candidates (QBP) and Response (RSP)**³, che permette ad un sistema di inviare una serie di parametri di ricerca (vedi paragrafo successivo), nella forma :<segment field name (ST)> ^ <value1 (ST) & value2 (ST) & value3 (ST...)> tramite segmento QPD. APC risponde con una parte dei dati a sua disposizione

- **Interrogazione completa**

La seconda query è un'interrogazione **Patient query and response** (original mode)⁴; che permette ad un sistema di inviare una serie di parametri di ricerca tramite segmenti QRD e QRF; la risposta permette l'invio degli stessi segmenti utilizzati per i messaggi ADT gestiti nel presente protocollo. Questa tipologia di query è quindi da preferire nel caso in cui il nodo necessiti di una risposta contenente tutti i dati associati al paziente che APC è in grado di fornire.

Eventi	Messaggi e segmenti			
	Richiesta		Risposta	
Find Candidates (QBP) and Response (RSP)	QBP^Q22	MSH,QPD,RCP	RSP^K22	MSH,MSA, { [ERR] },QAK, QPD, {PID, [PD1],[NK1]}, QRI }
Patient query and response	QRY^A19	MSH,QRD,[QRF]	ADR^A19	MSH,MSA, [ERR],QAK, QRD, [QRF], {PID, [PD1],[NK1]},PV1, [{ROL}], [{OBX}] }

Note

- Gli elementi racchiusi fra parentesi quadre [...] sono opzionali.
- Il segmento ERR in particolare può essere compilato solo nel caso in cui nel MSA.1 (Acknowledgment Code) viene segnalata una condizione di errore, il segmento QRF se sono inviati ulteriori parametri di ricerca
- Le parentesi graffe {...} indicano che nel messaggio possono esistere zero, uno o più raggruppamenti degli elementi indicati.

2.2.1 Caratteristiche generali delle query supportate da APC.

Il nodo interroga l'Anagrafe Pazienti Centralizzata con opportuni parametri di filtro; quest'ultima restituisce la lista di posizioni anagrafiche che soddisfano i criteri di ricerca.

- **Le risposte sono immediate: non sono ammesse query differite.**
- E' necessario impostare la richiesta secondo specifici criteri.
- La ricerca deve però contenere **ALMENO** uno dei seguenti parametri; **cognome, documento sanitario, codice fiscale, PIN TEAM, codice STP, chiave anagrafe centrale**.
- Possono rappresentare ulteriori parametri di ricerca
 - Cognome
 - Nome
 - Data Nascita
 - Comune nascita
 - Comune di residenza
 - Sesso
 - Chiave centrale APC
 - Codice Fiscale

³ Paragrafo 3.3.57, Capitolo 3 Standard HL7 Versione 2.5

⁴ Paragrafo 3.3.19, Capitolo 3 Standard HL7 Versione 2.5

- PIN TEAM
- Documento sanitario
- Codice STP
- Il numero MASSIMO di posizioni anagrafiche restituite al richiedente può essere indicato nella query inoltrata tramite il segmento RCP o QRD , ma a meno di diversi accordi dipendenti dai singoli progetti, il numero massimo restituito è definito da APC. In particolare il numero massimo di posizioni anagrafiche viene fissato in 50 referenze.
- L'anagrafe risponderà con un numero di record pari al massimo numero richiesto se minore di 50 limitandosi alle prime 50 trovate , dando indicazione nei segmenti di risposta dei rimanenti record che corrispondono ai criteri impostati .

2.2.2 Parametri delle query supportate da APC: tabella riepilogativa.

Nella tabella riepilogativa che segue, sono schematizzati alcuni dei valori ammessi nelle due differenti query inoltrate ad APC (per una maggiore dettaglio si vedano i paragrafi relativi alla compilazione dei segmenti e dei campi).

Caratteristica della query	Valore ammesso (Find Candidates)	Valore ammesso (Patient query and response)
Impostazione dei parametri di ricerca	QPD-3	QRD-8 :who subject filter (cognome e nome) QRD-10 : identificativi anagrafici QRF-5 : altri parametri di ricerca tra quelli ammessi
Tipologia d'interrogazione	QPD-1	QRD- 9 (Valori come da HL7 Table 0048)
Identificativo univoco della query assegnato dal richiedente, da utilizzare per la risposta	QPD -2	QRD-4
La risposte sono immediate query priority =I : risposta immediata (HL7 Table 0091)	RCP-1	QRD-3
Numero massimo di posizioni anagrafiche (quantità e unità di misura) Per l'unità di misura , si fa riferimento alla HL7 Table 0126 – Quantity limite requested Valore ammesso RD - record	RCP-2	QRD-7
Formato/modalità risposta della risposta		QRD-2 Per i valori , si fa riferimento alla HL7 Table 0106 – Query/response format code Valore ammesso R = Response is in record-oriented format
Modalità di risposta	RCP-3 assume valore 'R' – Real Time'	

Caratteristica della query	Valore ammesso (Find Candidates)	Valore ammesso (Patient query and response)
	(tabella HL7- 394 , Response modality	

2.2.3 Esempi possibili scambi ed esito query

La risposta restituita da APC contiene nel segmento MSA l'esito della transazione, nel segmento QAK contiene le indicazioni in merito al risultato dell'interrogazione.

Nel caso in cui nessuna posizione soddisfi i parametri richiesti, nel messaggio di risposta **non** saranno inseriti i segmenti contenenti i dati riguardanti il dettaglio delle anagrafiche trovate (PID, PD1, ecc) , in caso contrario i segmenti presenti nella risposta conterranno i dati relativi alle posizioni anagrafiche che soddisfano i criteri ricevuti.

2.2.3.1 Viene rilevato errore nel messaggio di domanda inviato.

QBP^Q22 (MSH,QPD, RCP)

RCP-1=I ; RCP-2.2=RD ; RCP-3.1=R

QPD : parametri ricerca (almeno uno tra quelli ammessi)



RSP^K22 (MSH,MSA,[ERR], QAK, QPD)

QAK-2 =AE , MSA-1 = AE.

Dettaglio errore : segmento ERR

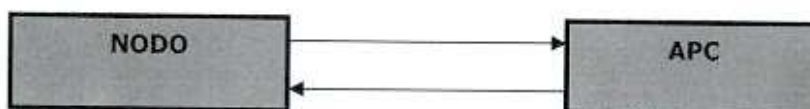
APC non accetta il messaggio , segnala che la query presenta un errore.

2.2.3.2 Non vengono trovate posizioni anagrafiche corrispondenti ai criteri inseriti.

QBP^Q22 (MSH,QPD, RCP)

RCP-1=I ; RCP-2.2=RD ; RCP-3.1=R

QPD : parametri ricerca (almeno uno tra quelli ammessi)



RSP^K22 (MSH,MSA,[ERR], QAK, QPD)

QAK-2 = NF , MSA-1 = AA

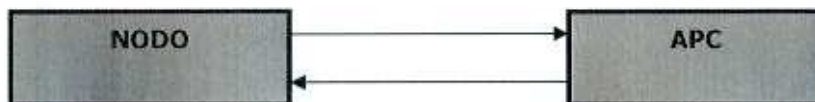
APC accetta il messaggio , segnala che non esistono anagrafiche che corrispondono ai criteri inviati.

2.2.3.3 Vengono rilevati uno o più record relativi ai parametri inviati .

QBP^Q22 (MSH,QPD, RCP)

RCP-1=I ; RCP-2.2=RD ; RCP-3.1=R

QPD : parametri ricerca (almeno uno tra quelli ammessi)



RSP^K22

MSH,MSA, ,QAK, QPD, {PID, [PD1],[{NK1}], QRI}

QAK-2 = OK , MSA-1 = AA

Viene inviato un gruppo di segmenti {PID, [PD1],[{NK1}]} per ogni posizione anagrafica trovata e che corrisponde ai criteri inviati

QAK-4= n, totale record trovati

QAK-5= m, totale record inviati (m< 50)

APC accetta il messaggio, invia i dati trovati.

Il messaggio potrà contenere tanti gruppi di segmenti PID (con segmento PD1, opzionale), quante sono le posizioni anagrafiche che risultano presenti in anagrafe centrale e che rispondono ai criteri di ricerca inoltrati dal sistema richiedente.

Il numero di posizioni, può essere pari a un numero n (con n dipendente dalle posizioni trovate e avente valore massimo indicato nel segmento RCP del messaggio HL7 di richiesta , **comunque non superiore a 50 referenze**).

3 Messaggi per la pubblicazione delle informazioni da parte di APC .

3.1 Pubblicazione delle variazioni sull'Anagrafe Centralizzata (dall'anagrafe verso i NODI)

Le possibili movimentazioni intervenute su APC (sia quelle avvenute direttamente sull'anagrafe centrale che quelle ricevute dai sistemi collegati) e pubblicate ai nodi integrati si possono così schematizzare:

- Inserimento nuova posizione: invio ai sistemi interessati di un messaggio contenente l'identificativo (chiave anagrafica) aziendale associato alla posizione inserita
- Notifica inserimento di una posizione in anagrafe centrale (al sistema che ne ha fatto espressamente richiesta)
- Variazione di una posizione anagrafica : invio ai sistemi interessati di un messaggio relativo alla posizione variata
- Unificazione posizioni: invio ai sistemi interessati della unificazione di due posizioni.

3.1.1 Messaggi HL7 utilizzati

Eventi	Messaggi e segmenti			
		<i>Pubblicazione</i>	<i>Risposta</i>	
Notifica inserimento posizione in anagrafe centrale a tutti i nodi interessati.	ADT^A28	MSH,EVN,PID,[PD1],[{NK1}],PV1,[ROL],[OBX]	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Notifica aggiornamento di una posizione in anagrafe centrale a tutti i nodi interessati.	ADT^A31	MSH,EVN,PID,[PD1],[{NK1}],PV1,[ROL],[OBX]	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Notifica di unificazione anagrafica	ADT^A40	MSH,PID,MRG	ACK	MSH,MSA,[ERR]

Note

- Gli elementi racchiusi fra parentesi quadre [...] sono opzionali.
- Il segmento ERR in particolare può essere compilato solo nel caso in cui nel MSA.1 (Acknowledgment Code) viene segnalata una condizione di errore .
- Le parentesi graffe {...} indicano che nel messaggio possono esistere zero, uno o più raggruppamenti degli elementi indicati.

3.1.2 Notifica inserimento di una posizione in anagrafe centrale (ADT^A28)

APC, dopo aver ricevuto ed accettato una richiesta di inserimento da parte di uno dei nodi , provvede alla generazione di una PK centrale (definitiva) mantenendo quella eventualmente proposta dal nodo ; provvede inoltre alla propagazione di messaggi idonei alla notifica della PK al nodo proponente ed agli altri nodi interessati.

In particolare il messaggio ADT^A28 (Update Person Information) conterrà nel segmento PID , (campo PID3 - Patient identifier list) la lista di tutti gli identificativi associati al paziente.

Tali identificativi sono inseriti in un campo dalla struttura composta, che permette di indicare sia un identificativo (campo PID3.1) , e da un "Assigning authority" (PID3.4), ovvero un campo che permette di identificare l'entità che ha effettuato l'assegnazione della chiave ; l'associazione di questi due dati permette di identificare univocamente la chiave anagrafica e permette di verificare se il paziente possiede una registrazione in una determinata anagrafe .

3.1.3 Notifica aggiornamento di una posizione in anagrafe centrale (ADT^A31).

APC provvede alla generazione di un messaggio ADT^A31 di notifica di variazione delle posizione ,contenete una lista inviata tramite segmento PID con la chiave Centrale (in prima posizione) e a seguire le chiavi del dominio anagrafico locale . Il messaggio viene propagato dopo aver ricevuto e accettato una richiesta di aggiornamento , o all'atto della variazione di uno dei dati anagrafici che entrano a far parte della comunicazione HL7,

<i>Invio da Anagrafe Centrale</i>	<i>Azione intrapresa da anagrafe locale</i>
Viene inviato da Anagrafe Centrale un ADT^A31 che riporta nella lista inviata tramite segmento PID la chiave Centrale (in prima posizione) e a seguire la chiave del dominio anagrafico locale	• Verifica gli identificativi (e la presenza di un identificativo che riconosce come proprio) • Nel caso che la chiave centrale gli sia nota (quindi sia associata ad una propria anagrafica locale) , interpreta il messaggio come invio di dati a seguito di un 'aggiornamento • E' possibile verificare tramite i dati inviati nei segmenti PID la data di aggiornamento dei dati inviati e il soggetto che ha effettuato l'aggiornamento dei dati e ha quindi determinato l'invio del messaggio. • Ricevuti i dati, esegue l'aggiornamento dell'anagrafica nel proprio dominio e in questo caso NON notifica l'aggiornamento tramite invio all'anagrafe centrale di ADT^A31
Esempio : APC000001^^^APC~*SRVZODEG0000190^^^LK1~234245^^^LK2	
Viene inviato da Anagrafe Centrale un ADT^A31 che riporta nella lista inviata tramite segmento PID la chiave Centrale (in prima posizione) ; a seguire non invia nessuna chiave del dominio anagrafico locale	• Verifica gli identificativi (e la assenza di un identificativo che riconosce come proprio) • Nel caso che la chiave centrale non gli sia nota , non effettua nessuna operazione ⁵
Esempio : APC000001^^^APC~123456^^^LK	

3.1.4 Comunicazione unificazione posizione anagrafica (ADT^A40)

3.1.4.1 Unificazione - Breve descrizione

Il messaggio inviato contiene gli identificativi centrali delle anagrafiche che sono da unificare in particolare

- Codice unificato (non più valido), o posizione secondaria nel campo MRG-1
- Codice valido, che identifica la posizione anagrafica ritenuta principale , nel campo PID-3

Il messaggio può essere inviato da APC per una unificazione avvenuta direttamente ed effettuata con gli strumenti messi a disposizione dell'APC , o a seguito dell'accettazione di un 'unificazione proposta da una delle anagrafi locali abilitate ad effettuare l'operazione .

⁵ Non dovrebbe mai accadere in quanto l'anagrafe centrale invia la lista completa degli identificativi in proprio possesso

4 Note generali e convenzioni.

Nei prossimi paragrafi sono esaminati nel dettaglio i messaggi utilizzati secondo quanto esposto nella parte introduttiva.

In modo particolare sono esaminati :

- La struttura di ogni messaggio che entra a far parte del flusso d'informazioni previsto dalla presente versione del protocollo.
- La struttura di ogni segmento e i campi valorizzati.
- La struttura di ogni campo con indicazione dei componenti e sottocomponenti valorizzati.
- I vocabolari HL7 utilizzati (HL7 e User Table), con indicazione di eventuali variazioni o particolarità nell'utilizzo dei valori proposti da HL7.⁶

Rispetto alle possibilità offerte dallo standard, le specifiche indicano :

- la **cardinalità** prevista per ogni elemento (segmento , campo)
- l'**utilizzo** di ogni elemento nel messaggio

4.1 Cardinality.

Value	Comment
[0..0]	Elemento non valorizzato
[0..1]	Elemento che può essere omissso o inviato una sola volta
[1..1]	Elemento valorizzato una ed una sola volta
[0..n]	Elemento può essere omissso oppure inviato n volte .
[1..n]	L'elemento è inviato con un minimo di una ripetizione e con un massimo di n ripetizioni
[0..*]	L'elemento può essere omissso o ripetuto un numero di volte illimitato
[1..*]	L'elemento è inviato da un minimo di una ripetizione fino ad un numero illimitato di volte.
[m..n]	L'elemento è inviato con un minimo di m ripetizioni e con un massimo di n ripetizioni

4.2 Usage.

Value	Description	Note
R	Required	Elemento obbligatorio ; deve essere sempre valorizzato.
RE	Required but may be empty	Elemento richiesto ,ma che può anche non essere valorizzato.
C	Conditional	Elemento che deve essere valorizzato se si verificano particolari condizioni.
CE	Conditional but it may be empty	Valorizzato se si verificano particolari condizioni ; può anche essere vuoto.
X	Not supported	Elemento non valorizzato. (non utilizzato nel profilo in esame)

⁶ Si fa riferimento per la valorizzazione dei campi , ai lavori di HL7 Italia , con particolare riferimento ai documenti relativi allo studio dei segmenti della Patient Administration . (ballot 2008) – vedi : www-hl7italia.it

Per qualsiasi indicazione che non sia prevista in tale trattazione , si è fatto riferimento alla documentazione **ufficiale di HL7 , versione 2.5** .

5 MESSAGGI HL7 GESTITI – Struttura dei messaggi.

5.1 ADT^A28- Add Person Information e ADT^A31- Update Person Information.

MSH	Message Header	[1,1]	
EVN	Event Type	[1,1]	
PID	Patient Identification	[1,1]	Dati Anagrafici
[PD1]	Additional Demographics	[0,1]	Dati anagrafici aggiuntivi, ASL
[{NK1}]	Next of Kin / Associated Parties	[0,3]	Consenso , professione , nucleo familiare
PV1	Patient Visit	[1,1]	Medico di base, esenzioni
[ROL]	Role	[0,1]	Movimenti di scelta e revoca
[OBX]	Observation/Result	[0,1]	Allergie

5.2 ADT^A40- Merge Patient - Patient Identifier List.

MSH	Message Header	[1,1]	
EVN	Event Type	[1,1]	
PID	Patient Identification	[1,1]	Dati Anagrafici
MRG	Merge Information	[1,1]	Identificativi da unificare

5.3 ACK General Acknowledgment.

MSH	Message Header	[1,1]	
MSA	Message Acknowledgment	[1,1]	
[{ ERR }]	Error segment	[0,1]	Dettaglio errore

5.4 QBP^Q22- Query By parameter.

MSH	Message Header	[1,1]	
QPD	Query Parameter definition	[1,1]	Parametri query
RCP	Response Control Parameter	[1,1]	Modalità risposta (valori ammessi da APC)

5.5 RSP^K22- Segment Pattern Response

MSH	Message Header	[1,1]	
MSA	Message Acknowledgment	[1,1]	
[ERR]	Error segment	[0,1]	
QAK	Query Acknowledgment	[1,1]	
QPD	Query Parameter Definition Segment	[1,1]	
[{	QUERY_RESPONSE begin	[0,*]	
PID	Patient Identification	[1,1]	Dati Anagrafici
.....[PD1]	Additional Demographics	[0,1]	Dati anagrafici aggiuntivi, ASL
[{ NK1 }]	Next of Kin / Associated Parties	[0,3]	Consenso , professione , nucleo familiare
[QRI]	Query Response Instance	[0,1]	
}]	-QUERY_RESPONSE end		

5.6 QRY^A19 – Patient query

MSH	Message Header	[1,1]	
QRD	Query Definition	[1,1]	Parametri della query
[QRF]	Query Filter	[0,1]	

5.7 ADR^A19 – Patient Response.

MSH	Message Header	[1,1]	
MSA	Message Acknowledgment	[1,1]	
[ERR]	Error	[0,1]	
[QAK]	Query Acknowledgment	[1,1]	
QRD	Query Definition	[1,1]	
[QRF]	Query Filter		
{	--- QUERY_RESPONSE begin	[0,*]	
PID	Patient Identification	[1,1]	Dati Anagrafici
[PD1]	Additional Demographics	[0,1]	Dati anagrafici aggiuntivi, ASL
[{ NK1 }]	Next of Kin / Associated Parties	[0,3]	Consenso , professione , nucleo familiare
PV1	Patient Visit	[1,1]	Medico di base , esenzioni
[{ ROL }]	Role	[0,1]	Movimenti di scelta e revoca
[{ OBX }]	Observation/Result	[0,1]	Allergie
}	--- QUERY_RESPONSE end		

6 Modalità di compilazione dei segmenti

Nelle tabelle seguenti vengono indicati i campi gestiti nei vari segmenti ; le modalità di compilazione di tali campi sono evidenziate nella colonne "cardinalità" e "utilizzo" .

Rispetto ai campi previsti nei segmenti nella versione 2.5 di HL7, a seguire sono indicati **solo i campi gestiti nella presente versione del protocollo di integrazione.**

Accanto a ogni elemento sono indicate delle note concernenti la compilazione di ogni campo e , ove previsto, e i valori ammessi.

I campi più complessi o per i quali è necessaria una trattazione più dettagliata (tali campi sono evidenziati in grassetto) sono descritti nel capitolo successivo , dedicato alla compilazione dei campi e contenenti dettagli relativi ai componenti e sottocomponenti valorizzati.

6.1 MSH Message Header.

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardinality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
1	1	ST	R	[1,1]		Field Separator	Valori di default
2	4	ST	R	[1,1]		Encoding Characters	Valori di default ^~\&
3	227	HD	R	[1,1]	361	Sending Application	Codice applicazione inviante (codifica concordata tra le parti)
5	227	HD	RE	[0,1]	361	Receiving Application	Codice applicazione ricevente (codifica concordata tra le parti)
7	26	TS	R	[1,1]		Date/Time Of Message	Data ed ora creazione messaggio
9	15	MSG	R	[1,1]		Message Type	Va compilato con il tipo messaggio , tipo di evento , e ID della struttura del messaggio In particolare : message type = valore HL7 table 76 (es : ACK , ADT , ORM , ecc) trigger event = valore HL7 table 3 (es : A01,A31, O01, ecc) message structure = da HL7 table 354 (es : ADT_A05) Esempio :ADT^A31^ADT_A05
10	20	ST	R	[1,1]		Message Control ID	Progressivo del messaggio
11	3	PT	R	[1,1]		Processing ID	Valore P
12	60	VID	R	[1,1]		Version ID	2.5
15	2	ID	RE	[0,1]	0155	Accept Acknowledgment Type	Valori da tabella HL7
16	2	ID	RE	[0,1]	0155	Application Acknowledgment Type	Valori da tabella HL7
17	3	ID	RE	[0,1]	0399	Country Code	Valore fisso "ITA"

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardinality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
18	16	ID	R	[1,1]	0211	Character Set	Valore fisso "ASCII"

6.2 EVN – Event type Segment .

SEQ	LEN	DT	Usag e	Cardin ality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE								
2	26	TS	R	[1,1]		Recorded Date/Time	Data e ora di ultimo aggiornamento riguardante l'evento								
4	3	IS	RE	[0,1]	0062	Event Reason Code	In alcuni particolari casi , usato per indicare la motivazione codificata dell'invio dell'evento . La User Table 00 62 può essere ricodificata a seconda delle installazioni. In questa versione valorizzato nel messaggio ADT^A31 usato per sola notifica .(Valore =NOT)								
5	250	XCN	RE	[0,1]	0188	Operator ID	Indicazione dell'utente di procedura (di APC o del nodo a seconda dell'applicazione che invia il messaggio) Vengono inviati codice e descrizione dell'operatore, che ha effettuato l'operazione . <table><tr><th>Evento</th><th>Utente</th></tr><tr><td>ADT^A28</td><td>Utente inserimento</td></tr><tr><td>ADT^A31</td><td>Utente aggiornamento</td></tr><tr><td>ADT^A40</td><td>Utente che ha effettuato l'unificazione</td></tr></table>	Evento	Utente	ADT^A28	Utente inserimento	ADT^A31	Utente aggiornamento	ADT^A40	Utente che ha effettuato l'unificazione
Evento	Utente														
ADT^A28	Utente inserimento														
ADT^A31	Utente aggiornamento														
ADT^A40	Utente che ha effettuato l'unificazione														

6.3 PID Patient Identification.

Dati anagrafici del paziente.

SEQ	LEN	DT	Usag e	Cardinali ty	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
3	250	CX	R	[1,*]		Patient Identifier List	Codici identificativi del paziente : • Chiave anagrafica centrale di APC • Chiave /chiavi anagrafiche nodi • Codice fiscale • Tessera sanitaria (con data di scadenza) • Codice STP • Tessera TEAM (con date scadenza e istituto)
5	250	XPB	R	[1,1]		Patient Name	Cognome e nome dell'assistito (Dato obbligatorio : appartiene al DATASET MINIMO)
7	26	TS	RE	[0,1]		Date/Time of Birth	Data di nascita (Dato obbligatorio : appartiene al DATASET MINIMO)
8	1	IS	R	[1,1]	0001	Administrative Sex	Sesso dell'assistito (Dato obbligatorio : appartiene al DATASET MINIMO)
11	250	XAD	R	[1,5]		Patient Address	• Indirizzo di residenza e di domicilio. • Comune di Nascita • Comune e data emigrazione • Comune e data immigrazione (nascita e residenza : appartengono al DATASET MINIMO)
13	250	XTN	RE	[0,2]		Phone Number - Home	Indicazione numeri di telefono dell'assistito (massimo due recapiti telefonici) .
16	250	CE	RE	[0,1]	0002	Marital Status	Stato civile
26	250	CE	RE	[0,1]	0171	Citizenship	Cittadinanza (nazionalità)
29	26	TS	RE	[0,1]		Patient Death Date and Time	Data di decesso
32	20	IS	RE	[0..*]	0445	Identity Reliability Code	Codice o codici di certificazione anagrafica e data della certificazione.
33	26	TS	R	[1,1]		Last Update Date/Time	Data ultimo aggiornamento dell'anagrafica .
34	241	HD	R	[1,1]		Last Update Facility	Indicazione di chi ha effettuato ultimo aggiornamento.

6.4 PD1 Patient Additional Demographic.

Dati anagrafici aggiuntivi.

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardinality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
1	2	IS	RE	[0,1]	0223	Living Dependency	Codice che indica le condizioni di vita dell'assistito. Utilizzato per indicare eventuali condizioni di indigenza .(nel caso in cui nel PID 3.5 identifier type code = PNT , ovvero è la condizione di indigenza associata al codice STP)
3	250	XON	RE	[0,6]		Patient Primary Facility	Azienda USL, territorio residenza , territorio domicilio , distretto di residenza , distretto domicilio.
11	250	CE	RE	[0,1]	0215	Publicity Code	Codice consenso informato al trattamento dati .
18	8	DT	RE	[0,1]		Publicity Code Effective Date	Data Espressione Consenso Al Trattamento Dati

6.5 NK1 - Next of kin / associated parties.

Il segmento serve a indicare legami del paziente, ruoli personali e professionali esercitati da persone e organizzazioni nei confronti di un assistito ; in questa versione del protocollo , il segmento è **utilizzato per indicare i dati lavorativi del paziente , i dati del nucleo familiare e i dati di consenso .**

In particolare il valore nel NK1-7 identifica i dati inviati nell'occorrenza del segmento secondo quanto indicato nella tabella seguente:

Valore NK1-7	Contenuto Segmento	Dati significativi compilati nell'occorrenza del segmento
NF	Dati del nucleo familiare	Ruolo codificato in NK1-3 Codice Nucleo in NK1-33
PR	Professione e condizione professionale	Se NK1-3 =SEL Codice e descrizione professione : NK1-11 Condizione professionale : NK1-34
CONF	Consenso alla finalità di cura e assistenza	Se oltre a NK1-7 =CONF il campo NK1-3 =SEL allora sono inviati in un segmento i seguenti valori: NK1-29: finalità rilevate, una ripetizione del campo per ogni finalità - NK1-7 =Note associate alla rilevazione - NK1-8 = Data rilevazione del consenso - NK1-9 = Data scadenza - NK1-13 = Nodo che rileva e operatore descrittivo. - NK1-33= Identificativo anagrafico centrale (PK) relativo al soggetto che ha effettuato il rilascio del consenso per l'assistito <i>I codici della finalità presenti nel NK1-29 hanno in comune la stessa data di rilevazione, Nodo, Operatore.</i>

SEQ	LEN	DT	Usag e	Cardin ality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
1	4	SI	R	[1,1]		Set ID - NK1	Indicazione dell'occorrenza del segmento
3	250	CE	R	[1,1]	0063	Relationship	Relazione del paziente con i dati inviati nel segmento (può assumere di i valori previsti come ruoli del nucleo familiare che il valore Sel- Self)
7	250	CE	RE	[0,1]	0131	Contact Role	Identificazione dei dati inviati nell'occorrenza del segmento . se NK1-7=CONF, contiene anche delle note reative alla rilevazione
8	8	DT	RE	[0,1]		Start date	Data rilevazione consenso (se NK1-7=CONF)
9	8	DT	RE	[0,1]		End date	Data scadenza consenso

SEQ	LEN	DT	Usag e	Cardin ality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
							(se NK1-7=CONF)
11	20	JCC	RE	[0,1]	0327/ 0328	Next of Kin / Associated Parties Job Code/Class	Professione – codice e descrizione (se NK1-3 sel-self)
13	250	XON	RE	[0,2]		Organization Name	se NK1-7=CONF :codice del nodo che ha eseguito la rilevazione (se inviato da APC agli altri nodi collegati) ⁷ e operatore che ha effettuato la rilevazione (campo ripetibile)
29	250	CE	RE	[0,*]		Contact Reason	se NK1-7=CONF :codice e descrizione della finalità del consenso (minimale , ecc) Ripetibile, possono essere inviate più espressioni di consenso rilevate nella stessa data
33	250	CX	RE	[0,1]		Next of Kin/Associated Party's Identifiers	NK1-3 =NF Codice identificativo del nucleo familiare
							NK1-3=CONF Identificativo anagrafico centrale relativo al soggetto che ha effettuato il rilascio del consenso per l'assistito
34	2	IS	RE	[0,1]	0311	Job Status	Condizione professionale (se NK1- 7=PR e NK1-3 sel-self)

6.6 PV1 -Patient visit.

Utilizzato per inviare il nominativo del medico di base (PV1-7) e i dati delle esenzioni (PV1-20) .
I dati del medico di base vengono completati nel segmento ROL (vedi) che segue il PV1.

SEQ	LEN	DT	Usag e	Cardin ality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
2	1	IS	R	[1,1]	0004	Patient Class	Classificazione del paziente . Utilizzato solo il valore "N".
7	250	XCN	RE	[0,1]	0010	Attending Doctor	Medico di base (nominativo e codici)
18	2	IS	RE	[0,1]	0018	Patient Type	Tipo assistito
20	50	FC	RE	[0,*]	0064	Financial Class	Codici esenzioni e relativa scadenza ⁸

⁷ Se inviato ad APC , il codice nodo viene rilevato dal campo MSH

⁸ Solo da APC verso i nodi

6.7 ROL- Role.

Il segmento ROL è usato nei messaggi ADT per comunicare "fornitori di cure" (providers) legati al paziente e legati ai segmenti precedenti il ROL.

In questo caso il segmento ROL può essere utilizzato per completare i dati sul medico di base dell'assistito, riprendendo i dati riportati nel campo PV1-7 ed aggiungendo le date dei movimenti di scelta e revoca con la relativa motivazione.

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardinality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
2	2	ID	R	[1,1]	0287	Action Code	Valore da tabella HL7 ; valore ammesso : AD
3	250	CE	R	[0,1]	0443	Role-ROL	Tipologia medico di base.
4	250	XCN	R	[1,1]		Role Person	Riprende il codice inviato in PV1-7, al quale collegare i dati (tipologie e date) contenuti nel segmento
5	26	TS	RE	[0,1]		Role Begin Date/Time	Data Scelta medico
6	26	TS	RE	[0,1]		Role End Date/Time	Data scadenza medico (revoca)
8	250	CE	RE	[0,1]		Role Action Reason	Motivo scelta revoca

6.8 OBX- Observation/Result .

Il segmento OBX può servire per trasmettere una singola rilevazione relativa ad un assistito ; nel presente protocollo viene utilizzato per la trasmissione della rilevazione di una relazione descrittiva contenente la situazione di un paziente nei confronti delle allergie.

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardinality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
1	4	SI	R	[1,1]		Set ID – OBX	Indicazione dell'occorrenza del segmento
2	2	ID	R	[1,1]	0125	Value Type	Formato dei dati inseriti nel segmento. valori da HL7 Table 125 ; valore gestito e ammesso : TX
3	250	CE	R	[1,1]		Observation Identifier	Descrizione del dato trasmesso. Valore fisso: « Relazione su allergie»
5	4000	TX	R	[1,1]		Observation Value	Dati da trasmettere : testo contenente la relazione
11	1	ID	R	[1,1]	0085	Observation Result Status	Valore fisso : F- final
14	26	TS	RE	[0,1]		Date/Time of the Observation	Data aggiornamento
15	250	CE	RE	[0,1]		Producer's ID	Nodo che ha effettuato la rilevazione delle allergie
16	250	XCN	RE	[0,1]		Responsible Observer	Operatore (descrittivo)

6.9 MRG - Merge Segment

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardinality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
1	250	CX	R	[1,1]		Prior Patient Identifier List	Codice assistito unificato (dimesso) e data movimento unificazione

6.10 MSA-Message Acknowledgment.

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardinality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
1	2	ID	R	[1,1]	0008	Acknowledgment Code	Valori da tabella HL7
2	20	ST	R	[1,1]		Message Control ID	Progressivo messaggio
6	250	CE	B		0357	Error Condition	Identifier= valore tab 357 Text=descrizione tab 357 alternate identifier=codifica interna alternate text=descrizione interna (Vedere segmento ERR ; campo lasciato per backward compatibility)

6.11 ERR-Error.

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardinality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
3	705	CWE	R	[1,1]	0357	HL7 Error Code	Stringa di descrizione o codifica dell'errore rilevato secondo la HL7 Table di riferimento.
4	2	ID	R	[1,1]	0516	Severity	Indicazione della gravità dell'errore comunicato.

6.12 QPD – Query Parameter Definition.

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardinality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
1	250	CE	R	[1,1]	0471	Message Query Name	Contiene il nome della query inviata. Conterrà dei valori fissi : CE-1 : Q22 CE-2 : Find Candidates CE-3 : HL7v2.5 In questo caso : Q22^Find Candidates^HL7v2.5
2	32	ST	R	[1,1]		Query Tag	ETICHETTA (TAG) della QUERY ovvero , stringa di identificazione univoca della query . Questa stringa viene inoltrata dal sistema che effettua la richiesta e deve essere utilizzata per creare associazione tra la domanda e la risposta

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardinality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
							Se viene valorizzato dal sistema inviante , allora Anagrafe pazienti centralizzata riporterà la stringa inoltrata dal sistema chiamante.(segmento QAK)
3	256	QIP	R	[1,*]		User Parameters (in successive fields)	PARAMETRI DI RICERCA nella FORMA : <segment field name (ST)> ^ <value1 (ST) & value2 (ST) & value3 (ST...> Possibili valori di segment field name : '@PID.5.1' = cognome '@PID.5.2' = nome '@PID.7.1' = data nascita '@PID.8.1' = sesso '@PID.11.3' = descrizione comune residenza '@PID.3.1' = chiave anagrafica assistito Value1...n = dato corrispondente al segment field name con il quale effettuare la ricerca La ricerca può anche essere posta con più parametri , che verranno utilizzati insieme (come condizioni AND) nella risposta di APC. (alcuni esempi nel prossimo paragrafo)

ESEMPI

Per cercare nome e cognome , oppure comune di residenza , la domanda deve essere necessariamente posta con più parametri . Quindi per cercare John Smith possono essere inviati 2 parametri di ricerca

... / @PID.5.1^SMITH~@PID.5.2^JOHN/

La ricerca del comune di Bologna , come comune di residenza e per descrizione , può essere fatta inviando la descrizione e specificando che si tratta di un comune di residenza mediante il campo (PID.11) che lo identifica.

/ @PID.11.3^IMOLA~@PID.11.7^L/

Quindi , per cercare Faenza come comune di nascita , si utilizza analoga combinazione di campi.

/ @PID.11.3^FAENZA~@PID.11.7^N/

6.13 RCP – response control parameter segment.

Segmento da utilizzare per pilotare la quantità di dati da inviare con la risposta.

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardinality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE						
1	1	ID	RE	[0,1]	0091	Query Priority	Per i valori , si fa riferimento alla HL7 Table 0091 – Query Priority per i possibili valori – IL valore ammesso è =I (non sono effettuate risposte differite) <table><tr><th>Value</th><th>Description</th></tr><tr><td>D</td><td>Risposta differita – NON SUPPORTATA nella presente versione</td></tr><tr><td>I</td><td>Risposta immediata</td></tr></table>	Value	Description	D	Risposta differita – NON SUPPORTATA nella presente versione	I	Risposta immediata
Value	Description												
D	Risposta differita – NON SUPPORTATA nella presente versione												
I	Risposta immediata												
2	10	CQ	RE	[0,1]	0126	Quantity Limited Request	Quantity=Numero massimo di record che deve essere restituito Units='RD' – record (tabella HL7-126 , - Quantity limited request)						
3	250	CE	R	[0,1]	0394	Response Modality	Identifier='R' Text='Real Time' (tabella HL7- 394 , Response modality)						

6.14 QAK- query acknowledgment segment

Questo segmento permette di comunicare una serie di informazioni in risposta ad una query , in particolare le indicazioni utili per individuare quanti record sono stati trovati e quanti inviati.

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardinality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE										
1	32	ST	R	[1,1]		Query Tag	SISTEMA RICHIEDENTE (stringa di identificazione univoca). Viene riportata la stringa inoltrata dal sistema chiamante ed inviata nel QPD .										
2	2	ID	RE	[0,1]	0208	Query Response Status	Stato della risposta, valori tabella HL7 Table 208 <table><tr><td>AE</td><td>Application error</td></tr><tr><td>AR</td><td>Application reject</td></tr><tr><td>NF</td><td>No data found, no errors</td></tr><tr><td></td><td>Data found, no errors</td></tr><tr><td>OK</td><td>(this is the default)</td></tr></table>	AE	Application error	AR	Application reject	NF	No data found, no errors		Data found, no errors	OK	(this is the default)
AE	Application error																
AR	Application reject																
NF	No data found, no errors																
	Data found, no errors																
OK	(this is the default)																
3	250	CE	RE	[1,1]	0471	Message Query Name	Viene riportata la stringa inoltrata dal sistema chiamante										
4	10	NM	RE	[1,1]		Hit Count	Totale record che matchano la query										
5	10	NM	RE	[1,1]		This payload	Totale record inoltrati in questa risposta (tra tutti quelli che matchano la query)										
6	10	NM	RE	[1,1]		Hits remaining	Totale dei record trovati , corrispondenti ai criteri inviati e che Non sono stati ancora inviati .										

6.15 QRI – query response instance segment.

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardinality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
1	10	NM	O			Candidate Confidence	
2	2	IS	RE	[0,*]	0392	Match Reason Code	Indicazione codificata di quale campo di ricerca è stato trovata la corrispondenza che ha generato la risposta. (data nascita, nome, codice ecc) Descrive come è stato trovato un particolare record – Al momento viene gestito solo valore NA
3	250	CE	RE		0393	Algorithm Descriptor	Nome algoritmo utilizzato (valore inserito : MATCH01)

6.15.1.1 QRI-2 Match Reason Code (IS) 01437

User-defined Table 0392 – Match reason

Value	Description	Comment
DB	Match on Date of Birth	
NA	Match on Name (Alpha Match)	
NP	Match on Name (Phonetic Match)	
SS	Match on Social Security Number	

6.16 QRD- Original-Style Query Definition.

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardinality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE						
1	26	TS	R	[1,1]		Query Date/Time	Dat e ora di generazione della query da parte dell'applicazione che effettua la richiesta						
2	1	ID	R	[1,1]	0106	Query Format Code	Per i valori, si fa riferimento alla HL7 Table 0106 – Query/response format code Valore ammesso R = Response is in record-oriented format						
3	1	ID	R	[1,1]	0091	Query Priority	Per i valori, si fa riferimento alla HL7 Table 0091 – Query Priority per i possibili valori – IL valore ammesso è =I (non sono effettuate risposte differite) <table><tr><th>Value</th><th>Description</th></tr><tr><td>D</td><td>Risposta differita – NON SUPPORTATA nella presente versione</td></tr><tr><td>I</td><td>Risposta immediata</td></tr></table>	Value	Description	D	Risposta differita – NON SUPPORTATA nella presente versione	I	Risposta immediata
Value	Description												
D	Risposta differita – NON SUPPORTATA nella presente versione												
I	Risposta immediata												
4	10	ST	R			Query ID	stringa di identificazione univoca della query.						

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardi nality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
							Questa stringa viene inoltrata dal sistema che effettua la richiesta e deve essere utilizzata per creare associazione tra la domanda e la risposta Se viene valorizzato dal sistema inviante, allora Anagrafe pazienti centralizzata riporterà la stringa inoltrata dal sistema chiamante.(nel segmento QAK)
7	10	CQ	R	[1,1]	0126	Quantity Limited Request	<u>Quantity</u> =Numero massimo di record che deve essere restituito <u>Units</u> = 'RD' – record (tabella HL7-126 , - Quantity limited request)
8	250	XCN	R	[1,*]		Who Subject Filter	Utilizzato per indicare il soggetto al quale si riferisce la richiesta (query) Utilizzato per inserire I parametri di ricerca cognome e nome
9	250	CE	R	[1,1]	0048	What Subject Filter	Tipologie di query inviate , codificate secondo i valori ammessi nella tabella 0048 CE.1 : codice query CE.2: descrizione
10	250	CE	RE	[0,*]		What Department Data Code	Utilizzato per inserire I parametri di ricerca legati agli identificativi anagrafici ; una ripetizione del campo per ogni parametro inviato.

6.17 QRF – Original style query filter.

SEQ	LEN	DT	Usage	Cardi nality	TBL#	ELEMENT NAME	NOTE SULLA COMPILAZIONE
1	20	ST	R	[1,1]		Where Subject Filter	Indica il sistema cui si riferisce la query ; utilizzare valore fisso APC .
4	60	ST	O	Y		What User Qualifier	IL campo può contenere informazioni che servono ad identificare in dettaglio I dati di interesse (utilizzato insieme ai valori del campo QRF-5 per identificare e inviare ulteriori parametri di ricerca da associare a quelli previsti nel segmento QRD)
5	60	ST	O	[1,*]		Other QRY Subject Filter	Ulteriori parametri di ricerca – inviare una ripetizione del campo per ogni parametro inviato

7 Modalità di valorizzazione dei campi .

Di seguito vengono analizzati alcuni dei dati gestiti in ogni segmento, per i quali sia necessario dettagliare le relative modalità di valorizzazione.

7.1 MSH - Message header segment.

7.1.1 MSH-3 Sending Application (HD) 00003

Components: <Namespace ID (IS)> ^ <Universal ID (ST)> ^ <Universal ID Type (ID)>

In questo campo andrà inserita dal nodo (in caso d'invio di messaggi ad APC) la codifica concordata tra le parti per identificare univocamente i nodi dipartimentali interessati allo scambio.

(da utilizzare anche per il campo MSH-4)

User-defined Table 0361 –Application

Value	Description	Comment
NODO1	Descrizione NODO 1	
....		
NODO n	Descrizione NODO n	

7.2 EVN - Event Type Segment.

7.2.1 EVN-4 Event Reason Code (IS) 00102

In questo campo andrà inserita la codifica concordata tra le parti per identificare la motivazione per la quale viene inviato un messaggio (Riferimento :User-defined Table 0062 - Event reason)

User Table 0062 - Name Type

Value	Description	Comment
NOT	Notifica	Da utilizzare solo nei messaggi ADT^A31 dei NODI , per comunicare ad APC utilizzo di un'anagrafica senza modifiche

7.2.2 EVN-5 Operator ID (XCN) 00103

Components: <ID Number (ST)> ^ <Family Name (FN)> ^ <Given Name (ST)> ^ <Second and Further Given Names or Initials Thereof (ST)> ^ <Suffix (e.g., JR or III) (ST)> ^ <Prefix (e.g., DR) (ST)> ^ <Degree (e.g., MD) (IS)> ^ <Source Table (IS)> ^ <Assigning Authority (HD)> ^ <Name Type Code (ID)> ^ <Identifier Check Digit (ST)> ^ <Check Digit Scheme (ID)> ^ <Identifier Type Code (ID)> ^ <Assigning Facility (HD)> ^ <Name Representation Code (ID)> ^ <Name Context (CE)> ^ <Name Validity Range (DR)> ^ <Name Assembly Order (ID)> ^ <Effective Date (TS)> ^ <Expiration Date (TS)> ^ <Professional Suffix (ST)> ^ < Assigning Jurisdiction (CWE)> ^ < Assigning Agency or Department (CWE)>

Indicazione dell'utente di procedura che effettua l'operazione (potrà essere l'utente come definito in APC oppure l'utente come definito nel nodo collegato , a seconda dell'applicazione che invia il messaggio)

Vengono inviati codice e descrizione dell'operatore.

A seconda dell'evento il campo conterrà :

Evento	Utente
ADT^A28	Utente inserimento
ADT^A31	Utente aggiornamento
ADT^A40	Utente che ha effettuato l'unificazione

Sono valorizzati i componenti :

ID Number = codice operatore

Family Name . Surname = descrizione operatore

Name type code (tipologia di nome inviato) , da HL7 Table 200 , unico valore gestito :

HL7 Table 0200 - Name Type

Value	Description	Comment
U	Unspecified	Non si tratta di un'anagrafica dell'operatore , ma della descrizione delle credenziali dell'utente

7.3 PID Patient Identification.

7.3.1 PID.3 - Patient identifier list (CX) 00106

Components: <ID Number (ST)> ^ <check Digit (ST)> ^ <Check Digit Scheme (ID)> ^ <Assigning Authority (HD)> ^ <Identifier Type Code (ID)> ^ <Assigning Facility (HD)> ^ <Effective Date (DT)> ^ <Expiration Date (DT)> ^ <Assigning Jurisdiction (CWE)> ^ <Assigning Agency or Department (CWE)>

In questo campo andranno mappati:

- Codice Fiscale dell'assistito;
- Codice anagrafici assegnati da APC e dai nodi (dipartimentali)
- Tessera Sanitaria
- Codice STP
- Dati Tessera TEAM

Verrà inviato un codice per ogni ripetizione gestita .

La ripetizione viene distinta sulla base dell'« identifier type code » , che assume i valori della **HL7 Table 203 , in particolare :**

Value	Description	Comment
PI	Patient internal identifier	Identificativo aziendale Se identifier type code =PI, l'identificativo (ID (PID3.1)) dovrà essere valutato insieme all'Assigning authority" (PID3.4), ovvero il campo che permette di identificare l'entità che ha effettuato l'assegnazione della chiave ; l'associazione di questi due dati permette di identificare univocamente la chiave anagrafica e permette di verificare se il paziente possiede una registrazione in una determinata anagrafe .
HC	Health Card Number	Codice CIN della Tessera TEAM

Value	Description	Comment
NNxxx	National Person Identifier where the xxx is the ISO table 3166 3-character (alphabetic) country code	NNITA – Per codice fiscale e PIN della tessera TEAM Oppure NNXX, PIN della tessera TEAM di uno straniero (si veda nota specifica relativa alla compilazione della Tessera TEAM)
PNT	Temporary Living Subject Number	Codice STP
SS	Social Security number	Codice della tessera sanitaria

Da notare che la lista può essere estesa a tutti gli identificativi che servono a identificare il paziente , purché correttamente classificati mediante un identificativo che permetta di distinguere il tipo di codice inviato in ciascuna ripetizione utilizzata nel campo .

La tabella seguente riepiloga i componenti che sono valorizzati

Attenzione : per i codici "interni" (identifier type code = PI) va assolutamente compilato anche il componente " assigning authority".

In particolare il componente Assigning Authority. Namespace ID = deve riportare il codice concordato tra le parti , che identifica univocamente il dipartimentale (nodo) inviante e che ha generato il codice riportato nel campo ID .

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	COMPONENT NAME	SUB COMPONENTS	MODALITA' DI COMPILAZIONE
1	20	ST	R		ID Number		CODICE FISCALE CODICE STP CODICE CIN TEAM CODICI ANAGRAFICI APC E NODI TESSERA SANITARIA Un codice per ogni ripetizione , riconoscibile tramite il
4	227	HD	RE	0363	Assigning Authority	<Namespace ID (IS)> & <Universal ID (ST)> & <Universal ID Type (ID)>	Namespace ID= APC per codice anagrafico APC OPPURE Namespace ID = codice nodo Per i codici anagrafici generati dai nodi
5	5	ID	R	0203	Identifier Type Code		Vedi selezione valori da HL7 Table 203
6	227	HD	RE		Assigning Facility	<Namespace ID (IS)> & <Universal ID (ST)> & <Universal ID Type (ID)>	Nazione emissione per TESSERA TEAM

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	COMPONENT NAME	SUB COMPONENTS	MODALITA' DI COMPILAZIONE
7	8	DT	RE		Effective Date	<Time (DTM)> & <Degree of Precision (ID)>	DATA RILASCIO per CODICE STP DATA INIZIO VALIDITA' per CODICI INTERNI
8	8	DT	RE		Expiration Date	<Time (DTM)> & <Degree of Precision (ID)>	DATA FINE VALIDITA' per TESSERA SANITARIA DATA FINE VALIDITA' per TESSERA TEAM DATA FINE VALIDITA' per CODICE STP

7.3.1.1 Dati TEAM e campi HL7

I dati riportati nella Tessera Europea di Assistenza Malattia sono registrati nei campi descritti nella tabella sotto riportata.

I dati, se gestiti, sono **riportati tutti**.

Nota bene : il PIN della tessera TEAM corrisponde in Italia al valore del codice fiscale ; viene riportato quindi nella ripetizione del campo PID 3 , avente PID 3.5 identifier type code = NNITA- National Person Identifier (valore da HL7 Table 203)

Per un paziente italiano per il quale è stata rilevata la tessera TEAM , il PID 3 riporterà almeno una ripetizione avente PID 3.5 identifier type code = NNITA , National National Person Identifier.

Per tale ripetizione il PID 3.1 sarà riempito con il valore del **codice fiscale =PIN (Personal Identification Number** , numero di identificazione personale della Tessera TEAM).

Per un paziente straniero per il quale è stata rilevata la tessera TEAM , il PID 3 riporterà almeno una ripetizione avente PID 3.5 identifier type code = NNXX , National Person Identifier dove xx è il codice ISO corrispondente al codice della Nazione.

(si utilizza per gli stranieri , anche per l'identifier type code , per uniformità il codice a 2 cifre , previsto dalla normativa , che indica nella tessera TEAM l'uso di una **sigla di identificazione dello Stato che Rilascia la Tessera , secondo il codice ISO 3166 – 1, a due cifre**)

Per tale ripetizione il PID 3.1 sarà riempito con il valore presente nel PIN (Personal Identification Number) della Tessera TEAM.

In entrambi i casi , li altri valori riportati nella carte TEAM sono riportati in una ripetizione separata con PID 3.5 identifier type code = HC- Health Card Number , che riporta nel PID 3.1 il CIN (Card Identification Number) , come indicato a seguire .

CAMPO	DESCRIZIONE- NOTE		DATO TEAM CORRISPONDENTE
PID 3.1	Patient Identifier List		PIN (Personal Identification Number)
PID 3.1	Patient Identifier List	Ripetizione con PID 3.5 identifier type code = HC- Health Card Number (valore da HL7 Table	CIN (Card Identification Number)

CAMPO	DESCRIZIONE- NOTE	DATO TEAM CORRISPONDENTE
		203)
PID 3.4.1	Assigning Authority.namespace ID	Ripetizione con PID 3.5 identifier type code = HC- Health Card Number (valore da HL7 Table 203)
PID 3.6.1	Assigning Facility.namespace ID	Ripetizione con PID 3.5 identifier type code = HC- Health Card Number (valore da HL7 Table 203)
PID 3.8	Expiration Date	Ripetizione con PID 3.5 identifier type code = HC- Health Card Number (valore da HL7 Table 203)
PID 5.1.1	Patient Name – Family Name	Cognome
PID 5.2	Patient Name - Given Name	Nome
PID 7	Date of Birth	Data di Nascita

7.3.2 PID-5 Patient Name (XPN) 00108

Components: <Family Name (FN)> ^ <Given Name (ST)> ^ <Second and Further Given Names or Initials Thereof (ST)> ^ <Suffix (e.g., JR or III) (ST)> ^ <Prefix (e.g., DR) (ST)> ^ <Degree (e.g., MD) (IS)> ^ <Name Type Code (ID)> ^ <Name Representation Code (ID)> ^ <Name Context (CE)> ^ <Name Validity Range (DR)> ^ <Name Assembly Order (ID)> ^ <Effective Date (TS)> ^ <Expiration Date (TS)> ^ <Professional Suffix (ST)>

Name type code (tipologia di nome inviato) , da HL7 Table 200 , unico valore gestito :

HL7 Table 0200 - Name Type

Value	Description	Comment
L	Legal Name	NOME LEGALE

Nome cognome e titolo di studio dell'assistito.

Family Name , Surname = cognome , Given Name = nome Degree = codice titolo di studio ;

Riferimento : User-defined Table 0360 – Degree/license/certificate

Tutti i valori ammessi e gestiti saranno presenti nel dizionario centralizzato corrispondente.⁹

7.3.3 PID-7 Date/Time of Birth (TS) 00110

Components: <Time (DTM)> ^ <Degree of Precision (ID)>

Time =Data di nascita.

7.3.4 PID-8 Administrative Sex (IS) 00111

Sesso dell'assistito ,Valori ammessi e gestiti:

User Defined Table 0001 - Administrative Sex

Value	Description	Comment
F	Female	Sesso femminile
M	Male	Sesso maschile

⁹ si veda il paragrafo "TABELLE HL7 e Dizionari APC" per l'associazione tra tabelle HL7 e dizionari centralizzati

7.3.5 PID-11 Patient Address (XAD) 00114

Components: <Street Address (SAD)> ^ <Other Designation (ST)> ^ <City (ST)> ^ <State or Province (ST)> ^ <Zip or Postal Code (ST)> ^ <Country (ID)> ^ <Address Type (ID)> ^ <Other Geographic Designation (ST)> ^ <County/Parish Code (IS)> ^ <Census Tract (IS)> ^ <Address Representation Code (ID)> ^ <Address Validity Range (DR)> ^ <Effective Date (TS)> ^ <Expiration Date (TS)>

Subcomponents for Street Address (SAD): <Street or Mailing Address (ST)> & <Street Name (ST)> & <Dwelling Number (ST)>

Subcomponents for Effective Date (TS): <Time (DTM)> & <Degree of Precision (ID)>

Subcomponents for Expiration Date (TS): <Time (DTM)> & <Degree of Precision (ID)>

Vengono indicate in questo campo , utilizzando differenti ripetizioni , i dati relativi a

- **comune nascita**
- **dati di residenza (comune e indirizzo)**
- **dati di domicilio (comune e indirizzo)**
- **comune e data di immigrazione**
- **comune e data di emigrazione**

Ogni ripetizione viene differenziata dal valore nel campo Address Type (ID) , per il quali vengono utilizzati i seguenti valori :

HL7 Table 0190 - Address type

Value	Description	Comment
N	Birth (nee) (birth address, not otherwise specified)	Comune di nascita
H	Home	Dati di domicilio
L	Legal Address	Dati di residenza
I	Immigrazione	Comune di immigrazione
E	Emigrazione	Comune di emigrazione

Attenzione : nelle ripetizioni contenenti :

- I dati di nascita
- I dati di emigrazione
- I dati di immigrazione

non viene riportato alcune dato relativo all'indirizzo , ma solo al comune .

Codifica comuni: riferimento a User-defined Table 0289 – County/parish

Tutti i valori ammessi e gestiti saranno presenti nel dizionario centralizzato corrispondente.¹⁰

La tabella seguente riepiloga i componenti che sono valorizzati

Attenzione : per le ripetizioni concernenti i dati di emigrazione e l'immigrazione è valorizzato il componente "Effective Date" , che corrisponde rispettivamente alla **data di immigrazione e emigrazione** .

¹⁰ si veda il paragrafo "TABELLE HL7 e Dizionari APC" per l'associazione tra tabelle HL7 e dizionari centralizzati

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	COMPONENT NAME	Subcomponents	MODALITA' DI COMPILAZIONE
1	184	SAD	RE		Street Address	<Street or Mailing Address (ST)> & <Street Name (ST)> & <Dwelling Number (ST)>	Via/piazza e numero civico dell'indirizzo Valorizzato solo per "Address type" H oppure L. Street or Mailing Address (ST) : indirizzo completo , via e numero civico Street Name (ST) : viene ripetuto solo il nome della via Dwelling Number = ripetuto il numero civico
2	120	ST	RE		Other Designation		LOCALITA'
3	50	ST	RE		City		COMUNE , SOLO DESCRIZIONE
4	50	ST	RE		State or Province		SIGLA PROVINCIA
5	12	ST	RE		Zip or Postal Code		CAP – CODICE AVVIAMENTO POSTALE
6	3	ID	X	0399	Country		
7	3	ID	RE	0190	Address Type		Tipo di indirizzo. I valori ammessi saranno quelli definiti nella HL7 Table 0190 - Address type riportata a inizio paragrafo
8	50	ST	RE		Other Geographic Designation		REGIONE (CODICE ISTAT A TRE CIFRE)
9	20	IS	R	289	County/Parish Code		CODICE ISTAT a 6 CIFRE DEL COMUNE E STATI ESTERI
10	20	IS	X	288	Census Tract		NON VALORIZZATO
11	1	ID	X	465	Address Representation Code		NON VALORIZZATO
12	53	DR	B		Address Validity Range		NON VALORIZZATO

SEQ	LEN	DT	OPT	TBL#	COMPONENT NAME	Subcomponents	MODALITA' DI COMPILAZIONE
13	26	TS	O		Effective Date	<Time (DTM)> & <Degree of Precision (ID)>	Solo per "Address type" I oppure E. Data immigrazione o emigrazione
14	26	TS	O		Expiration Date		NON VALORIZZATO

7.3.6 PID-13 Phone Number - Home (XTN) 00116

Components: <Telephone Number (ST)> ^ <Telecommunication Use Code (ID)> ^ <Telecommunication Equipment Type (ID)> ^ <Email Address (ST)> ^ <Country Code (NM)> ^ <Area/City Code (NM)> ^ <Local Number (NM)> ^ <Extension (NM)> ^ <Any Text (ST)> ^ <Extension Prefix (ST)> ^ <Speed Dial Code (ST)> ^ <Unformatted Telephone number (ST)>

Recapiti telefonici personali del paziente .

Telephone Number = Numero di telefono, comprensivo del prefisso, della persona
Telecommunication Use Code (l'utilizzo specifico del dato che si sta trasmettendo) ,
Valori ammessi e gestiti:

HL7 Table 0201 - Telecommunication use code

Value	Description	Comment
PRN	Primary Residence Number	Numero di telefono principale
ORN	Other Residence Number	Numero di telefono secondario

7.3.7 PID-16 Marital Status (CE) 00119

Components: <Identifier (ST)> ^ <Text (ST)> ^ <Name of Coding System (ID)> ^ <Alternate Identifier (ST)> ^ <Alternate Text (ST)> ^ <Name of Alternate Coding System (ID)>

Stato civile . Identifier : codice stato civile Text: descrizione stato civile

Riferimento :User-defined Table 0002 – Marital Status

Tutti i valori ammessi e gestiti saranno presenti nel dizionario centralizzato corrispondente.¹¹

7.3.8 PID-26 Citizenship (CE) 00129

Components: <Identifier (ST)> ^ <Text (ST)> ^ <Name of Coding System (ID)> ^ <Alternate Identifier (ST)> ^ <Alternate Text (ST)> ^ <Name of Alternate Coding System (ID)>

Cittadinanza . Identifier : codice Text : descrizione

Tutti i valori ammessi e gestiti saranno presenti nel dizionario centralizzato corrispondente¹

PID-29 Patient Death Date and Time (TS) 00740

Components: <Time (DTM)> ^ <Degree of Precision (ID)>

Data decesso paziente.

¹¹ si veda il paragrafo "TABELLE HL7 e Dizionari APC" per l'associazione tra tabelle HL7 e dizionari centralizzati

7.3.9 PID-30 Patient Death Indicator (ID) 00741

Indicazione decesso del paziente

Valori ammessi e gestiti:

HL7 Table 0136 – yes/no Indicator

Value	Description
Y	Assistito deceduto
N	Assistito non deceduto

7.3.10 PID-32 Identity Reliability Code (IS) 01536

Certificazioni anagrafiche e data di inizio validità.

Viene sfruttata la ripetibilità del campo per inviare tutte le informazioni relative alle certificazioni associate alla posizione anagrafica associata.

Attenzione: il campo viene composto in modo da riportare per ogni ripetizione il codice e la data nel formato **CODICE CERTIFICAZIONE@YYYYMMDD**

ovvero la certificazione e la data di riferimento della certificazione separati da @

I valori previsti per il codice di certificazione sono quelli elencati nella tabella che segue.

User-defined Table 0445 - Identity Reliability Code

Value	Description	Comment
APC	CERTIFICAZIONE APC	Assistito verificato mediante controllo esercitato direttamente sul assistito dall'amministratore AC.
ASL	CERTIFICAZIONE ASL	assistito verificato da medicina di base della azienda asl
COM	CERTIFICAZIONE COMUNE	assistito verificato dalla asl per impatto con anagrafe comunale dei residenti
MEF	CERTIFICAZIONE MEF	assistito verificato dalla asl per impatto con anagrafe tributaria tramite sogei.

7.3.11 PID-33 Last Update Date/Time (TS) 01537

Components: <Time (DTM)> ^ <Degree of Precision (ID)>

Data di ultimo aggiornamento dati anagrafici.

7.3.12 PID-34 Last Update Facility (HD) 01538

Indicazione del codice identificativo di chi ha effettuato l'ultima modifica dei dati anagrafici .

Components: <Namespace ID (IS)> ^ <Universal ID (ST)> ^ <Universal ID Type (ID)>

I valori ammessi per Namespace ID sono molto simili a quelli previsti per la User-defined Table 0361 – Application (si vedano note alla compilazione del campo MSH- 3) .

Chi ha effettuato può essere il nodo (dipartimentale) presso la quale è avvenuta l'ultima modifica dei dati anagrafici o la stessa APC .

User-defined Table 0300 – Namespace ID

Value	Description	Comment
APC	Anagrafe pazienti centralizzata	
NODO1	Descrizione NODO 1	
....		
NODO n	Descrizione NODO n	

7.4 PD1- Patient Additional Demographic Segment

7.4.1 PD1-1 Living Dependency (IS) 00755

Dichiarazione di indigenza per stranieri temporaneamente presenti.

Il campo serve per indicare la condizioni di vita della persona ; in questo protocollo di integrazione viene utilizzato al fine di rilevare la condizione di indigenza certificata in relazione al codice STP , per Stranieri Temporaneamente Presenti , per i quali lo stato d'indigenza del soggetto viene attestato al momento dell'assegnazione del codice STP, mediante la sottoscrizione di una dichiarazione.

Si faccia riferimento alla User-defined Table 0223 - Living Dependency per i valori possibili, tabella ricodificata come segue .

User-defined Table 0223 - Living Dependency

Value	Description	Comment
I	Assistito indigente	Dato rilevato in relazione al codice STP

Lo stato d'indigenza segnalato dalla presenza del codice , indica in questo contesto che lo straniero ha presentato la dichiarazione d'indigenza. (la rilevazione associata è indigenza = 'Y'; se non valorizzato, la rilevazione associata è indigenza = 'N')

E' un'indicazione che va quindi associata al codice STP (ovvero la ripetizione del PID 3 , con PID 3.5 identifier type code = PNT).

7.4.2 PD1-3 Patient Primary Facility (XON) 00756

Components: <Organization Name (ST)> ^ <Organization Name Type Code (IS)> ^ <ID Number (NM)> ^ <Check Digit (NM)> ^ <Check Digit Scheme (ID)> ^ <Assigning Authority (HD)> ^ <Identifier Type Code (ID)> ^ <Assigning Facility (HD)> ^ <Name Representation Code (ID)> ^ <Organization Identifier (ST)>

Vengono indicati in questo campo , utilizzando differenti ripetizioni , i dati relativi a

- AUSL di assistenza e AUSL di residenza
- Territorio di residenza e territorio di assistenza
- Distretto di residenza e distretto di assistenza

Componenti utilizzati:

Organization name : descrizione dell'AUSL , distretto oppure territorio

Organization Identifier : codice identificativo dell'AUSL composto di sei cifre (3 cifre del codice della Regione + 3 cifre del Codice regionale dell'Azienda Sanitaria oppure codice distretto, oppure codice territorio .

Ogni ripetizione viene differenziata dal valore nel campo "Identifier type code"

I valori da utilizzare per l'Identifier Type Code sono:

HL7 Table 0203 – Identifier Type Code

Valore	Descrizione
ASLA	AUSL di assistenza
ASLR	AUSL di residenza
DISA	Distretto assistenza
DISR	Distretto residenza
TERR	Territorio residenza
TERA	Distretto assistenza

7.4.3 PD1-11 Publicity Code (CE) 00743

Components: <Identifier (ST)> ^ <Text (ST)> ^ <Name of Coding System (ID)> ^ <Alternate Identifier (ST)> ^ <Alternate Text (ST)> ^ <Name of Alternate Coding System (ID)>

Consenso dell'assistito – dalla versione 4 delle specifiche HL7 per APC , i dati vengono trattati nel segmento NK1 ; la trattazione esposta per PD1-11 e PD1-18 viene lasciata per compatibilità con le versioni precedenti.

Si faccia riferimento alla User-defined Table 0215 - Living Dependency per i valori possibili ; ad esempio la tabella può ricodificata come segue ,

User-defined Table 0215 - Publicity Code

Value	Description
1	Consenso Minimale
2	Consenso per la divulgazione dei dati al medico di base
3	Consenso per la divulgazione dei dati a terzi
4	Consenso per l'utilizzo dei dati ai fini della ricerca.

identifier = codice o codici identificativi della tipologia del trattamento (vedi nota)

text = descrizione

name of coding system = viene utilizzato per trasmettere chi ha attribuito (rilevato) il consenso (ovvero codice del nodo che ha attribuito e inviato consenso ; può anche avere valore APC)

Poiché alcuni dei consensi di cui è prevista la codifica possono essere espressi contemporaneamente , il campo **identifier** potrà essere valorizzato con un codice o con una concatenazione dei codici corrispondenti alle tipologie del consenso espresso.

Esempio di compilazione del codice : in maniera convenzionale si propone l'utilizzo del \$ per la concatenazione dei codici . In particolare seguendo questa convenzione

- Il codice 1 indicherà l'invio di un consenso minimale
- 1\$3 indicherà il consenso minimale espresso insieme al consenso alla divulgazione di dati a terzi ecc.ecc
- Le descrizioni sono separate da "," (virgola)

7.4.4 PD1-18 Publicity Code Effective Date (DT) 01571

Data rilevazione consenso indicato nel campo PD1-11.

7.5 PV1- Patient Visit Segment .

7.5.1 PV1-2 Patient Class (IS) 00132

Gestito solo valore N.

(valore da *User-defined Table 0004 - Patient Class*)

7.5.2 PV1-7 Attending Doctor (XCN) 00137

Utilizzato per indicare i dati che si riferiscono al **medico di base dell'assistito**, sono gestite più ripetizioni e in particolare sono valorizzati i campi :

<ID Number (ST)> ^ <Family Name (FN)> ^ <Given Name (ST)> ^ <Second and Further Given Names or Initials Thereof (ST)> ^ <Suffix (e.g., JR or III) (ST)> ^ <Prefix (e.g., DR) (ST)> ^ <Degree (e.g., MD) (IS)> ^ <Source Table (IS)> ^ <Assigning Authority (HD)> ^ <Name Type Code (ID)> ^ <Identifier Check Digit (ST)> ^ <Check Digit Scheme (ID)> ^ <Identifier Type Code (ID)> ^ <Assigning Facility (HD)> ^ <Name Representation Code (ID)> ^ <Name Context (CE)> ^ <Name Validity Range (DR)> ^ <Name Assembly Order (ID)> ^ <Effective Date (TS)> ^ <Expiration Date (TS)> ^ <Professional Suffix (ST)> ^ < Assigning Jurisdiction (CWE)> ^ < Assigning Agency or Department (CWE)>

ID number : codice regionale (codice MBA a 5 cifre) e codice fiscale del medico

Family Name , Given Name = nome e cognome medico (inviati solo nella ripetizione con identifier type =NNITA)

Identifier Type Code. I valori ammessi sono:

HL7 Table 0203 - Identifier type

Value	Description	Comment
RRI	Regional Registry ID	Identificativo Regionale (per codice MBA)
NNxxx	National Person Identifier	NNITA (Per codice fiscale)

7.5.3 PV1-18 Patient Type (IS) 00148

Questo campo contiene le informazioni che identificano ulteriormente la tipologia di paziente.

In questa versione del protocollo il campo viene utilizzato per indicare sempre il dato "tipologia di assistito" . Va posta attenzione al fatto che il campo può assumere differenti range di valori a seconda dell'origine del dato; in particolare si segnalano due casi :

a) Se viene inviata la tipologia di assistito come dato rilevato in APC (unico caso gestibile se APC non è collegata con la Medicina di Base della stessa suite) il dato è attualmente gestito come **attributo collegato ad un singolo paziente.**

In questo caso , si faccia riferimento alla User defined Table 0018 ricodificata con i valori previsti ; tali valori non sono vengono riportati perché possono variare a seconda dell' integrazione e di specifici accordi .

b) Se viene inviata la tipologia di assistito (come rilevato dal servizio medicina di base , inteso come il software applicativo appartenente alla stessa Suite di APC) i valori sono fissi e sono quelli utilizzati dal Servizio di Medicina di base . Si faccia riferimento alla user-defined table 0018 - Patient type codificata come segue :

User-defined Table 0018

Value	Description	Comment
1	Residente	
2	Non residente in deroga	
3	Straniero	
4	Domiciliato	
5	Residente in deroga	
6	Trasferito	
7	Deceduto	
8	Occasionale	
9	Errore o altro	
0	Deroga interna	

7.5.4 PV1-20 Financial Class (FC) 00150

Components: <Financial Class Code (IS)> ^ <Effective Date (TS)>

Subcomponents for Effective Date (TS): <Time (DTM)> & <Degree of Precision (ID)>

Possono venire gestite più ripetizioni , per cui saranno inviate tante occorrenze quante sono le **esenzioni dell'assistito**.¹²

Se il campo è inviato da un soggetto esterno diverso dalla medicina di base , i dati contenuti , non vengono presi in considerazione da APC.

Financial Class Code = codice esenzione

Effective Date.time = data di scadenza dell'esenzione.

Si faccia riferimento alla User-defined Table 0064 - Financial class per i possibili valori del primo componente, indicante il codice esenzione .

Tutti i valori ammessi e gestiti saranno presenti nel dizionario centralizzato corrispondente¹

7.6 NK1- Next of Kin / Associated Parties Segment

7.6.1 NK1-1 Set ID - NK1 (SI) 00190

Questo campo contiene il numero che identifica l'occorrenza del segmento. "1" per la prima, "2" per la seconda, etc.

7.6.2 NK1-3 Relationship (CE) 00192

Components: <Identifier (ST)> ^ <Text (ST)> ^ <Name of Coding System (ID)> ^ <Alternate Identifier (ST)> ^ <Alternate Text (ST)> ^ <Name of Alternate Coding System (ID)>

Relazione dell'assistito nei confronti dei dati contenuti nel segmento .

Identifier = codice

Text = descrizione

¹² NOTA: secondo le necessità, un maggiore dettaglio dei dati relativi alle esenzioni potrà essere implementato nelle prossime versioni del protocollo di integrazione (gestione segmento DB1).

Il segmento è utilizzato per inviare inerenti la situazione lavorativa dello stesso assistito e il ruolo nell'ambito del nucleo familiare.

La tabella User 0063 viene riedificata secondo queste esigenze .

- I dati lavorativi del paziente ; se NK1-7=PR, allora NK1-3 =SEL – Self (il paziente stesso, come da User-defined Table 0063 - Relationship); in questo caso l'indicazione della professione si troverà nello stesso segmento nel campo NK1-11
- Ruolo del paziente all'interno di un nucleo familiare ;se NK1-7=NF, in questo caso il segmento contiene il codice identificativo del nucleo familiare e in NK1-3 il ruolo del paziente all'interno del nucleo familiare

Si riportano alcuni valori di esempio ; tutti i valori ammessi e gestiti saranno presenti nel dizionario centralizzato corrispondente (si veda il paragrafo "TABELLE HL7 e Dizionari APC" per l'associazione tra tabelle HL7 e dizionari centralizzati)

User-defined Table 0063 - Relationship

Value	Description	Comment
SEL	Self	L'assistito stesso , per il segmento che viene utilizzato per la posizione lavorativa dell'assistito.
0	Capofamiglia	
1	Marito	
2	Moglie	
3	Figlio, figlia	
...	Ecc	

7.6.3 NK1-7 Contact Role (CE) 00196

Components: <Identifier (ST)> ^ <Text (ST)> ^ <Name of Coding System (ID)> ^ <Alternate Identifier (ST)> ^ <Alternate Text (ST)> ^ <Name of Alternate Coding System (ID)>

Utilizzato per identificare i dati inviati con una certa occorrenza del segmento .

I valori ammessi si riferiscono alla User-defined Table 0131 codificata come segue

User-defined Table 0131 - Contact Role

Values	Description	Comment
NF	Nucleo familiare	NK1-3 = codice ruolo all'interno del nucleo familiare
CONF	Rilevazione consenso per finalità di cura	NK1-3 =SEL (dati riguardanti il paziente stesso) Per questo valore viene valorizzato
PR	Professione	NK1-3 =SEL (dati riguardanti il paziente stesso)

Identifier = codice (Value)

Text = descrizione (description)

Alternate Text =NOTE associate alla rilevazione del consenso

7.6.4 NK1-8 Start Date (DT) 00197

Valorizzato se NK1-7=CONFC

Data rilevazione delle finalità di consenso.

7.6.5 NK1-9 End Date (DT) 00198

Valorizzato se NK1-7=CONFC

Data scadenza del consenso.

7.6.6 NK1-11 Next of Kin / Associated Parties Job CodeClass (JCC) 00200

Components: <Job Code (IS)> ^ <Job Class (IS)> ^ <Job Description Text (TX)>

Si indica in questo campo la professione dell'assistito. Valorizzato se NK1-7=PR:

Job Code = codice professione, **Job Description Text** = descrizione professione

Il solo codice è riferito alla User-defined Table 0327 – Job Code

Tutti i valori ammessi e gestiti in tale tabella sono o presenti nel dizionario centralizzato corrispondente . (si veda il paragrafo "TABELLE HL7 e Dizionari APC" per l'associazione tra tabelle HL7 e dizionari centralizzati).

7.6.7 NK1-13 Organization Name - NK1 (XON) 00202

Components: <Organization Name (ST)> ^ <Organization Name Type Code (IS)> ^ <ID Number (NM)> ^ <Check Digit (NM)> ^ <Check Digit Scheme (ID)> ^ <Assigning Authority (HD)> ^ <Identifier Type Code (ID)> ^ <Assigning Facility (HD)> ^ <Name Representation Code (ID)> ^ <Organization Identifier (ST)>

Subcomponents for Assigning Authority (HD): <Namespace ID (IS)> & <Universal ID (ST)> & <Universal ID Type (ID)>

Subcomponents for Assigning Facility (HD): <Namespace ID (IS)> & <Universal ID (ST)> & <Universal ID Type (ID)>

Valorizzato se NK1-7=CONFC

Campo ripetibile, utilizzato per inviare sia **il nodo che ha rilevato il consenso sia chi ha effettuato le rilevazione (operatore descrittivo che ha rilevato il consenso)**

La ripetizione del campo è differenziata tramite il componente **Organization Name Type Code** che assume i valori:

User-defined Table 0204 - Organizational name type

Value	Description	Comment
NR	Nodo	
OP	Operatore	

Nota bene: i dati sono memorizzati in APC e sono trasmessi ai nodi collegati se i messaggi sono in uscita .

I nodi collegati trasmettono ad APC l'operatore di rilevazione. Il codice del Nodo inviante in un messaggio inviato ad APC viene indicato anche nel segmento MSH .

- **Organization Name codice del nodo** che ha eseguito la rilevazione (se Organization Name Type Code =NR)
- **Organization Name operatore descrittivo** (se Organization Name Type Code =OP)

7.6.8 . NK1-29 Contact Reason (CE) 00747

Components: <Identifier (ST)> ^ <Text (ST)> ^ <Name of Coding System (ID)> ^ <Alternate Identifier (ST)> ^ <Alternate Text (ST)> ^ <Name of Alternate Coding System (ID)>

Ripetibile, possono essere inviate nello stesso segmento più espressioni di consenso rilevate nella stessa data

Valorizzato se NK1-7=CONF

L'espressione del consenso comprende per ogni finalità il consenso espresso o negato (es : si per consenso minimale , no per divulgazione a terzi)

Si faccia riferimento alla User defined Table 222 ricodificata con i valori previsti per la finalità (che possono variare a seconda dell'integrazione)

Ad esempio:

Value	Description
1	Consenso Minimale
2	Consenso per la divulgazione dei dati al medico di base
3	Consenso per la divulgazione dei dati a terzi
4	Consenso per l'utilizzo dei dati ai fini della ricerca.

Text : descrizione finalità **name of coding system**=HL70222 ¹³

alternate identifier = espressione o negazione consenso come tabella HL7 0136

alternate coding system = HL70136

HL7 Table 0136 – yes/no Indicator

Value	Description
Y	Consenso rilasciato (per la specifica finalità)
N	Consenso negato (per la specifica finalità)

7.6.9 NK1-33 Next of Kin/Associated Party's Identifiers (CX) 00751

Components: <ID Number (ST)> ^ <check Digit (ST)> ^ <Check Digit Scheme (ID)> ^ <Assigning Authority (HD)> ^ <Identifier Type Code (ID)> ^ <Assigning Facility (HD)> ^ <Effective Date (DT)> ^ <Expiration Date (DT)> ^ <Assigning Jurisdiction (CWE)> ^ <Assigning Agency or Department (CWE)>

ID Number = codice nucleo familiare se NK1-7=NF

Oppure

ID Number = Chiave anagrafica CENTRALE della persona che ha rilasciato l'espressione del consenso in vece dell'assistito , se NK1-7=CONF . Questo campo può essere nullo ; implicitamente di deduce che il consenso NON è stato espresso da terzi ma dall'assistito stesso.

¹³ Nel caso in cui siano utilizzate tabelle HL7 per un data type CE, il "**name of coding system**" è definito come HL7nnnn, dove nnnn è il numero della tabella HL7 (cap 2° dello standard)

7.6.10 NK1-34 Job Status (IS) 00752

Valorizzato se NK1-7=PR.

Si indica in questo campo la condizione professionale , solo il codice riferito alla *User-defined Table 0311 - Job Status*.

Tutti i valori ammessi e gestiti saranno presenti nel dizionario centralizzato corrispondente ¹

7.7 ROL - ROL- Role.

7.7.1 ROL-2 Action code (ID) 00816

Valore da HL7 Table 287 Problem/Goal action code

Value	Description	Commenti
AD	ADD	Aggiungi

7.7.2 ROL-3 Role-ROL (CE) 01197

Components: <Identifier (ST)> ^ <Text (ST)> ^ <Name of Coding System (ID)> ^ <Alternate Identifier (ST)> ^ <Alternate Text (ST)> ^ <Name of Alternate Coding System (ID)>

Tipologia medico di base.

Identifier: codice **Text** : descrizione

Tutti i valori ammessi e gestiti saranno presenti nel dizionario centralizzato corrispondente ¹

7.7.3 ROL-4 Role person (XCN) 01198

Dati del medico di base associato all'assistito.

(in questo caso, i dati sono comunque gestiti nel campo PV1-7 del segmento precedente, vengono comunque riportati il codice regionale e nominativo)

7.7.4 ROL-5 Role begin date/time (TS) 01199

Components: <Time (DTM)> ^ <DEPRECATED-Degree of Precision (ID)>

Data di scelta del medico di base .

7.7.5 ROL-6 Role end date/time (TS) 01200

Components: <Time (DTM)> ^ <DEPRECATED-Degree of Precision (ID)>

Data di revoca del medico di base.

7.7.6 ROL-8 Role action reason (CE) 01205

Components: <Identifier (ST)> ^ <Text (ST)> ^ <Name of Coding System (ID)> ^ <Alternate Identifier (ST)> ^ <Alternate Text (ST)> ^ <Name of Alternate Coding System (ID)>

Motivo scelta o revoca.

Identifier: codice motivo **Text**: descrizione motivo.

Tutti i valori ammessi e gestiti saranno presenti nel dizionario centralizzato corrispondente ¹

7.8 OBX - Observation/Result.

7.8.1 OBX-1 Set ID - OBX (SI) 00569

Indicazione occorrenza del segmento.

7.8.2 OBX-2 Value Type (ID) 00570

Formato del dato inviato , come da HL7 Table 0125; valore ammesso :

HL7 Table 0125 - Value type

Value	Description	Comment
TX	Text Data (Display)	

7.8.3 OBX-3 Observation Identifier (CE) 00571

Components: <Identifier (ST)> ^ <Text (ST)> ^ <Name of Coding System (ID)> ^ <Alternate Identifier (ST)> ^ <Alternate Text (ST)> ^ <Name of Alternate Coding System (ID)>

Questo campo indica la tipologia di dato trasmesso

Text : valore fisso "Relazione su allergie"

7.8.4 OBX-5 Observation Value (TX) 00573

Relazione descrittiva sulle allergie dell'assistito.

7.8.5 OBX-11 Observation Result Status (ID) 00579

Stato del dato inviato , come da HL7 Table 0085; valore ammesso e gestito :

HL7 Table 0085 - Observation result status codes interpretation

Value	Description	Comment
F	Final results.	

7.8.5.1 OBX-14 Date/Time of the Observation (TS) 00582

Components: <Time (DTM)> ^ <DEPRECATED-Degree of Precision (ID)>

Data aggiornamento .

7.8.5.2 OBX-15 Producer's ID (CE) 00583

Components: <Identifier (ST)> ^ <Text (ST)> ^ <Name of Coding System (ID)> ^ <Alternate Identifier (ST)> ^ <Alternate Text (ST)> ^ <Name of Alternate Coding System (ID)>

Identifier = codice del nodo che ha effettuato la rilevazione .

7.8.5.3 OBX-16 Responsible Observer (XCN) 00584

Components: <ID Number (ST)> ^ <Family Name (FN)> ^ <Given Name (ST)> ^ <Second and Further Given Names or Initials Thereof (ST)> ^ <Suffix (e.g., JR or III) (ST)> ^ <Prefix (e.g., DR) (ST)> ^ <DEPRECATED-Degree (e.g., MD) (IS)> ^ <Source Table (IS)> ^ <Assigning Authority (HD)> ^ <Name Type Code (ID)> ^ <Identifier Check Digit (ST)> ^ <Check Digit Scheme (ID)> ^ <Identifier Type Code (ID)> ^ <Assigning Facility (HD)> ^ <Name Representation Code (ID)> ^ <Name Context (CE)> ^ <DEPRECATED-Name Validity Range (DR)> ^ <Name Assembly Order (ID)> ^ <Effective Date (TS)> ^ <Expiration Date (TS)> ^ <Professional Suffix (ST)> ^ <Assigning Jurisdiction (CWE)> ^ <Assigning Agency or Department (CWE)>

Id number: codice operatore che ha effettuato la rilevazione (descrittivo)

7.9 MRG Merge Segment

7.9.1 MRG-1 Prior Patient Identifier List (CX) 00211

CODICE ASSISTITO UNIFICATO (ovvero codice che deve essere dismesso a seguito del movimento di unificazione)

Components: <ID Number (ST)> ^ <Check Digit (ST)> ^ <Check Digit Scheme (ID)> ^ <Assigning Authority (HD)> ^ <Identifier Type Code (ID)> ^ <Assigning Facility (HD)> ^ <Effective Date (DT)> ^ <Expiration Date (DT)> ^ <Assigning Jurisdiction (CWE)> ^ <Assigning Agency or Department (CWE)>

ID= codice (dell'Anagrafe centrale) dell'assistito unificato

assigning authority.namespace ID=APC

effective date=data movimento unificazione

7.10 ERR - error segment

7.10.1 ERR-3 HL7 Error Code (CWE) 01813

Components: <Identifier (ST)> ^ <Text (ST)> ^ <Name of Coding System (ID)> ^ <Alternate Identifier (ST)> ^ <Alternate Text (ST)> ^ <Name of Alternate Coding System (ID)> ^ <Coding System Version ID (ST)> ^ <Alternate Coding System Version ID (ST)> ^ <Original Text (ST)>

HL7 Table 0357 - Message error condition codes

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

7.11 QRD - original-style query definition segment.

7.11.1 QRD-8 Who Subject Filter (XCN) 00032

Components: <ID Number (ST)> ^ <Family Name (FN)> ^ <Given Name (ST)> ^ <Second and Further Given Names or Initials Thereof (ST)> ^ <Suffix (e.g., JR or III) (ST)> ^ <Prefix (e.g., DR) (ST)> ^ <DEPRECATED-Degree (e.g., MD) (IS)> ^ <Source Table (IS)> ^ <Assigning Authority (HD)> ^ <Name Type Code (ID)> ^ <Identifier Check Digit (ST)> ^ <Check Digit Scheme (ID)> ^ <Identifier Type Code (ID)> ^ <Assigning Facility (HD)> ^ <Name Representation Code (ID)> ^ <Name Context (CE)> ^ <DEPRECATED-Name Validity Range (DR)> ^ <Name Assembly Order (ID)> ^ <Effective Date (TS)> ^ <Expiration Date (TS)> ^ <Professional Suffix (ST)> ^ <Assigning Jurisdiction (CWE)> ^ <Assigning Agency or Department (CWE)>

Family Name , Surname = cognome , Given Name = nome

7.11.2 QRD-9 What Subject Filter (CE) 00033

Components: <Identifier (ST)> ^ <Text (ST)> ^ <Name of Coding System (ID)> ^ <Alternate Identifier (ST)> ^ <Alternate Text (ST)> ^ <Name of Alternate Coding System (ID)>

Contiene un codice rappresentativo del tipo di interrogazione supportata secondi i valori previsti nella HL7 Table 00048

identifier = codice (campo : value)

text = descrizione (campo description)

HL7 Table 0048 - What subject filter

Value	Description	Comment
APN ¹⁴	Ricerca assistito	Da utilizzare per query anagrafiche di richiesta assistito (per cognome e identificativi) ; le interrogazioni previste corrispondono al criterio indicato nel paragrafo " Interrogazioni anagrafiche" ovvero : • Invio di almeno uno dei parametri obbligatori (segmento QRD) • Invio di eventuali altri parametri tra quelli indicati (segmento QRF)

7.11.3 QRD-10 What Department Data Code (CE) 00034

Components: <Identifier (ST)> ^ <Text (ST)> ^ <Name of Coding System (ID)> ^ <Alternate Identifier (ST)> ^ <Alternate Text (ST)> ^ <Name of Alternate Coding System (ID)>

Identificativi anagrafici inoltrati dal sistema richiedente.

Deve essere utilizzata una ripetizione del campo per ogni identificativo inviato. Il campo " text" serve per il riconoscimento del parametro inviato.

Identifier : da utilizzare per inoltrare il valore conosciuto

Text : utilizzare uno dei valori seguenti

¹⁴ return patients matching a name search (APN) – paragrafo 3.3.19.1 capitolo 3 standard HL7 V2.5

- Chiave centrale APC
- Codice Fiscale
- PIN TEAM
- Documento sanitario
- Codice STP

7.12 QRF - original style query filter segment.

In questo segmento vengono inviati ulteriori parametri di ricerca .

7.12.1 QRF-4 What User Qualifier (ST) 00040

Contiene una delle seguenti descrizioni che servono ad identificare il valore contenuto nella corrispondente ripetizione del campo seguente (QRF-5.)

La posizione dei componenti in relazione al campo che segue è significativa , nel senso che la tipologia di dato di ogni ripetizione del campo QRF-5 , viene desunto dalla descrizione che è contenuta in questo campo .

- Data Nascita
- Sesso
- Comune nascita istat
- Comune nascita descrizione
- Comune di residenza istat
- Comune residenza descrizione

7.12.2 QRF-5 Other QRY Subject Filter (ST) 00041

Ulteriori parametri di ricerca Il formato di ciascuno dei parametri di ricerca è riportato nella tabella che segue.

Campo ripetibile

Descrizione nel campo QRF-4	Formato
Data Nascita	Formato YYYYMMDD Es: 20110308
Sesso	M , F
Comune nascita istat	Codice ISTAT a 6 cifre, di cui le prime 3 indicano la provincia e le altre 3 il comune. Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri
Comune di residenza istat	
Comune nascita descrizione	Descrizione
Comune residenza descrizione	

8 Abbinamento tra dati e campi HL7.

Vengono riportati a seguire i dati gestiti da APC ed inviati nei messaggi supportati dalla presente versione del protocollo di integrazione , associati al campo HL7 (segmento e sequenza) nel quale sono indicati.

Per un maggiore dettaglio riguardante le modalità di valorizzazione dei campi , si vedano i paragrafi dedicati alla compilazione dei segmenti utilizzati in questa versione del protocollo .

Tipologia di dati	Descrizione	Riferimento HL7	Tabella HL7 di riferimento /Note
DATI ANAGRAFICI FONDAMENTALI	Cognome	PID 5.1	
	Nome	PID 5.2	
	Sesso	PID 8	User table 0001
	Data di nascita	PID 7	
COMUNE NASCITA	codice ISTAT del comune di nascita	PID 11	Ripetizione con PID 11.7 Address type = N
CODICE FISCALE	Codice Fiscale	PID 3.1	Ripetizione con PID 3.5 identifier type code = NNITA
DATI DECESSO	Data decesso	PID 29	
	Indicazione decesso	PID 30	User table 0136 (Y/N)
DOCUMENTO SANITARIO	Tessera sanitaria	PID 3.1	Ripetizione del campo con PID 3.5 identifier type code = SS
	Data Scadenza tessera sanitaria	PID 3.8	
NAZIONALITA'	Nazionalità	PID 26	
DATI RESIDENZA	codice ISTAT del comune di residenza	PID 11.9	Ripetizione del campo con PID 11.7 Address type = L
	località di residenza	PID 11.2	
	indirizzo di residenza	PID 11.1	
	CAP	PID 11.5	
	Regione	PID 11.8	
	Provincia	PID 11.4	
	Distretto e territorio residenza	PD1 3	Ripetizione segmento con identifier type code DISR,TERR
DATI DOMICILIO	codice ISTAT del comune di domicilio	PID 11.9	Ripetizione del campo con PID 11.7 Address type = H
	località di domicilio	PID 11.2	
	indirizzo di domicilio	PID 11.1	
	CAP	PID 11.5	
	Regione	PID 11.8	
	Provincia	PID 11.4	
	Distretto e territorio domicilio	PD1 3	Ripetizione con identifier type code DISA,TERA
RECAPITI TELEFONICI	Telefono 1	PID 13	
	Telefono 2	PID 13	

Tipologia di dati	Descrizione	Riferimento HL7	Tabella HL7 di riferimento /Note
DATI IMMIGRAZIONE	codice ISTAT del comune di immigrazione	PID 11.9	Ripetizione del campo con PID 11.7 Address type = I
	Data immigrazione	PID 11.13	
DATI EMIGRAZIONE	codice ISTAT del comune di emigrazione	PID 11.9	Ripetizione del campo con PID 11.7 Address type = E
	Data emigrazione	PID 11.13	
ATTRIBUTI ANAGRAFICI	stato civile	PID 16	User Table 0002
	professione	NK1 10	User Table 327 (NK1-3 deve essere (Sel- Self) , NK1-7=PR)
	condizione lavorativa	NK1 34	User Table 311 -(NK1-3 deve essere (Sel- Self), NK1-7 =PR)
	titolo studio	PID 5.6	User table 360
CERTIFICAZIONE ANAGRAFICA	Indicazione della certificazione anagrafica (codificata)	PID 32	User table 0445
TESSERA TEAM	PIN (per paziente straniero)	PID 3.1	Ripetizione del campo con PID 3.5 identifier type code = NNxxx , xxx codice ISO della nazione
	CIN (Card Identification Number)	PID 3.1	Ripetizione del campo con PID 3.5 identifier type code = HC- Health Card Number
	Istituzione (Codice - Descrizione)	PID 3.4.1	Ripetizione del campo con PID 3.5 identifier type code = HC- Health Card Number
	Nazione	PID 3.6.1	Ripetizione del campo con PID 3.5 identifier type code = HC- Health Card Number
	Data scadenza TEAM	PID 3.8	Ripetizione del campo con PID 3.5 identifier type code = HC- Health Card Number
DATI STP	codice STP	PID 3.1	Ripetizione del campo con PID 3.5 identifier type code = PNT
	data rilascio	PID 3.7	
	indigenza	PD1 1	
NUCLEO FAMIGLIARE	Codice nucleo familiare	NK1 33	Ripetizione del segmento con NK1-7 =NF
	Ruolo	NK1-3	Ripetizione del segmento con NK1-7 =NF
MEDICO	Codice regionale medico base	PV1 7.1 /ROL 3	Ripetizione del campo con PV1 7.11 identifier type code = RRI

Tipologia di dati	Descrizione	Riferimento HL7	Tabella HL7 di riferimento /Note
	Codice fiscale medico base	PV1 7.1	Ripetizione del campo con PV1 7.11 identifier type code = NNITA
	Cognome medico base	PV1 7.2	
	Nome medico base	PV1 7.3	
	Tipologia del medico di base	ROL 3	User Table 0443
	Data scelta del medico di base	ROL 4	
	Data revoca dal medico di base	ROL 5	
	Tipo Assistito	PV1 18	User Table 0018
DATI ESENZIONE	Codici esenzione	PV1 20.1	User Table 0064
	Data di scadenza	PV1 20.2	
CONSENSO INFORMATO¹⁵	<i>finalità e descrizione del consenso</i>	<i>PD1 11</i>	<i>Lasciati per compatibilità con versioni precedenti</i>
	<i>data di rilevazione</i>	<i>PD1 18</i>	<i>Lasciati per compatibilità con versioni precedenti</i>
	Espressione consenso dell'assistito e finalità consenso (si/no per ogni finalità rilevata)	NK1-29	Ripetizione del segmento con NK1-7 =CONF C
	data di rilevazione	NK1-8	Ripetizione del segmento con NK1-7 =CONF C
	Data scadenza consenso	NK1-9	Ripetizione del segmento con NK1-7 =CONF C
	Nodo che ha rilevato il consenso	NK1-13	Ripetizione del segmento con NK1-7 =CONF C e organization name type code=NR
	Operatore che ha rilevato il consenso(descrittivo)	NK1-13	Ripetizione del segmento con NK1-7 =CONF C e organization name type code=OP
	Id anagrafico centrale(PK) della persona che ha rilasciato il consenso	NK1-33	Ripetizione del segmento con NK1-7 =CONF C
	Note legate alla rilevazione	NK1 -7.4	Ripetizione del segmento con NK1-7 =CONF C
NODI COLLEGATI	Codice nodo inviante	MSH-3	User table 0361
TIPO ASSISTITO	Tipo Assistito	PV1 18	User Table 0018

8.1 Dati TEAM.

E' prevista la gestione sia in input (ricezione in APC) che in output (pubblicazione da APC) dei dati presenti sulle tessere TEAM.

I dipartimentali potranno raccogliere le informazioni relative alla TEAM ed inoltrarle ad APC, che manterrà registrata l'ultima tessera valida per ogni assistito; APC pubblicherà i dati di tale tessera.

Ai fini dell'integrazione anagrafica tramite messaggi HL7, la rilevazione dei dati TEAM da parte del dipartimentale e/o la corrispondente gestione in caso di pubblicazione da parte di APC non è obbligatoria per i sistemi locali (in pratica la decisione di trattare questo dato è puramente organizzativo e non tecnico).

¹⁵ Il consenso al trattamento dei dati viene espresso direttamente dal assistito; il assistito può consentire all'Ente il trattamento dei propri dati oppure negare il consenso.

E' comunque importante considerare che i dati TEAM, se rilevati dal dipartimentale, devono essere completi, ovvero non può mancare neanche un solo dato di quelli previsti dalla tessera europea.

In caso contrario non verrà riportato l'aggiornamento della intera tessera TEAM in APC.

8.2 Trasmissione del consenso.

Nella presente versione del protocollo, i dati riguardanti il consenso possono venire trasmessi tramite i messaggi in ingresso e quelli in uscita da APC.

- Un assistito può consentire all'Ente il trattamento dei propri dati oppure negare il consenso ; l'espressione del consenso alla finalità di cura viene rilevato da APC e può essere rilevato anche da tutti o solo alcuni dei nodi collegati .
- Si assume che le informazioni concernenti il consenso debbano essere trasmesse da APC ai NODI e viceversa ; si suppone quindi che ogni dipartimentale collegato possa :
 - rilevare il consenso e trasmetterlo ad APC
 - ricevere i dati di consenso trasmessi da APC

I nodi non interessati allo scambio di queste informazioni ignoreranno le informazioni contenute negli specifici segmenti.

- Il consenso espresso è associato alla posizione anagrafica ed è caratterizzato da un codice che esprime **la finalità per la quale in consenso viene espresso.**
- Il consenso al trattamento dei dati può essere modificato nel tempo (ad esempio un assistito che in passato ha dato il consenso, può negarlo in qualsiasi momento – o viceversa). Questo, tecnicamente, rende necessaria la "storicizzazione" dei consensi espressi dall'assistito. L'anagrafe centrale , pur mantenendo la storia delle precedenti espressioni di volontà, **trasmette l'ultima espressione di consenso dell'assistito**, permettendo la rilevazione della tipologia del consenso al trattamento
- In generale il consenso ha scadenza illimitata, la stessa espressione di consenso è valida finché non viene espressamente modificata dall'assistito , eccezione fatta nel caso in cui il consenso è espresso da altro soggetto per conto dell'assistito (ad es. il genitore per il figlio minore; la scadenza coincide con la data di raggiungimento della maggiore età).Il consenso normalmente si riferisce quindi a un 'assistito e viene espresso dall'assistito stesso , ma può essere necessario registrare l'associazione tra il consenso e il soggetto che l'ha espresso. **Per questa ragione associata alla finalità del consenso viene associata una data di rilevazione , una data di fine validità , le informazioni relative al soggetto che ha espresso il consenso.**

8.3 Rilevazione dati allergie , descrittiva.

Nella presente versione del protocollo,i messaggi in ingresso e quelli in uscita da APC prevedono l'invio di una singola rilevazione sull'assistito , riguardante la situazione dell'assistito in relazione alle allergie.

La gestione dei dati riguardanti le allergie nell'anagrafe centralizzata avviene tramite la compilazione di un CAMPO DESCRITTIVO, molto ampio, nel quale l'operatore annota le allergie tramite esposizione descrittiva. Vengono inoltre rilevati la data di rilevazione, l'operatore ed il nodo che effettua la rilevazione.

9 TABELLE HL7 e Dizionari APC.

9.1 Associazione dizionari HL7 – dizionari APC:

Riepilogo delle principali tabelle previste (User e HL7 Table) utilizzate nei messaggi della presente versione del protocollo , con indicazione dei corrispondenti valori ammessi e riferimento ai dizionari gestiti nell'anagrafe pazienti centralizzata.

Si vedano anche le note alla compilazione dei segmenti per maggiori dettagli.

Tab	Tipo	Nome	Valori ammessi / gestiti	Indicazione sui dati gestiti o Dizionario APC di riferimento
0001	User	Administrative Sex	Valori ammessi e gestiti: M = Maschio F = Femmina	Valori fissi
0002	User	Marital Status	Codifica adottata dal cliente e contenuta nel dizionario APC di riferimento .	APC_STATI_CIVILI
0004	User	Patient class	N- invio soli dati anagrafici	Valore fisso
0008	HL7	Acknowledgment Code	Valori proposti da HL7	
0010	User	Physician ID	Codifica adottata dal cliente e contenuta nel dizionario APC di riferimento.	APC_MEDICI
0018	User	Patient type	Valori fissi (tipologia di assistito)	Valori fissi (codifica medicina di base)
0048	HL7	What subject filter	Tabella ricodificata : vedi note compilazione segmento QRD	
0062	User	Event reason code	NOT – invio notifica utilizzo di posizione anagrafica.	Valore fisso (solo per segmento EVN del messaggio ADT^A31 con significato di notifica)
0063	User	Relationship	Codifica adottata dal cliente e contenuta nel dizionario APC di riferimento. Nota: oltre a questi valori è ammesso anche il valore SEL- Self (proposto da HL7) per indicare il segmento che trasmette i dati lavorativi del paziente	APC_NUCLEI_RUOLI
0064	User	Financial Class	Codifica adottata dal cliente e contenuta nel dizionario APC di riferimento .	APC_ESENZIONI_MOTIVI
0091	HL7	Query Priority	I – risposta immediata	Valore fisso (da codifica HL7):
0106	HL7	Quantity Format Code	R –record oriented format	Valore fisso (da codifica HL7):
0126	HL7	Quantity Limited Request	RD- record	Valore fisso (da codifica HL7):
0131	User	Contact Role	Tabella ricodificata : vedi note compilazione segmento NK1	Valori fissi
0136	HL7	Yes/No indicator	Valori proposti da HL7	
0155	HL7	Accept/Application acknowledgment conditions	Valori proposti da HL7	

Tab	Tipo	Nome	Valori ammessi / gestiti	Indicazione sui dati gestiti o Dizionario APC di riferimento
0171	User	Citizenship	Codifica adottata dal cliente e contenuta nel dizionario APC di riferimento .	APC_STATI_ESTERI
0190	HL7	Address Type	Valori ammessi e gestiti: • N- nascita • H- domicilio • L- residenza • E- emigrazione • I -immigrazione	
0200	HL7	Name type code	Valori ammessi e gestiti: • L-legal • U - Unspecified	
0201	HL7	Telecommunication use code	Valori ammessi e gestiti : • PRN – numero di telefono principale • ORN- secondo numero di telefono	
0203	HL7	Identifier type code	Selezione di valori proposti da HL7 + aggiunta /vedi note alla compilazione del segmento PID)	Aggiunta (localizzazione italiana)dei codici ASLA , ASLR (per segmento PD1)
0208	HL7	Query Response Status	Valori proposti da HL7	
0211	HL7	Character Set	"ASCII"	Valore fisso
0215	User	Publicity Code	Tabella ricodificata : vedi note compilazione segmento NK1	
0222	User	Contact Reason	Tabella ricodificata : vedi note compilazione segmento NK1.	Valori fissi
0223	User	Living Dependency	"I" (Assistito Indigente)	Valore fisso
0287	HL7	Action Code	ADD	Valore fisso (da codifica HL7 :aggiunta valori , nel segmento ROL)
0289	User	County/parish	Codifica adottata dal cliente e contenuta nel dizionario APC di riferimento .	APC_COMUNI
0300	User	NamaspaceID	Codifica adottata dal cliente e contenuta nel dizionario APC di riferimento .	APC_CANDIDATURE_ORIGINI
0311	User	Job Status	Codifica adottata dal cliente e contenuta nel dizionario APC di riferimento .	APC_PROFESSIONI_CONDIZIONI
0327	User	Jobe Code	Codifica adottata dal cliente e contenuta nel dizionario APC di riferimento .	APC_PROFESSIONI
0357	HL7	Message error condition codes	Valori proposti da HL7	
0360	User	Degree/license/certificate	Codifica adottata dal cliente e contenuta nel dizionario APC di riferimento.	APC_TITOLI_STUDIO
0361	User	Application	Codifica adottata dal cliente e contenuta nel dizionario APC di riferimento .	APC_CANDIDATURE_ORIGINI
0363	User	Assigning Authority		

Tab	Tipo	Nome	Valori ammessi / gestiti	Indicazione sui dati gestiti o Dizionario APC di riferimento
0394	HL7	Response modality	Valori proposti da HL7	
0399	HL7	Country code	"ITA" per MSH	Valore fisso
0443	User	Provider role	Codifica adottata dal cliente e contenuta nel dizionario APC di riferimento.	APC_MEDICI_TIPI
0445	User	Identity Reliability Code	Valori fissi che dipendono dalle tipologie di certificazioni attivate a livello di singolo progetto.	
0471	User	Message Query Name	Valore fisso Q22^Find Candidates^HL7v2.5	
0516	HL7	Severity	Valori proposti da HL7	

9.2 Altri dizionari utili per integrazione

Alcune codifiche utilizzate nei messaggi della presente versione del protocollo, sono posizionate in campi che non hanno un corrispondente dizionario HL7 di riferimento ;

Per questi valori viene riportato riferimento ai dizionari gestiti nell'anagrafe pazienti centralizzata.

Nome	Campo HL7 di riferimento	Dizionario APC
Codici regioni	PID 11	APC_REGIONI
Codifica ASL	PD1 3	APC_ENTI
Codifica distretti	PD1-3	APC_COMUNI_DISTRETTI APC_DISTRETTI
Codifica territori	PD1-3	APC_COMUNI_TERRITORI APC_TERRITORI
Motivi scelta e revoca	ROL 8	APC_MOTIVI APC_SCADENZE_MOTIVI

10 Riferimenti alla documentazione Standard HL7

Documento	Descrizione
HL7 Standard Version 2.5- Capitolo 2	Regole generali composizione messaggi .
HL7 Standard Version 2.5- Capitolo 3	Descrizione eventi , messaggi e segmenti ADT
Compilazione segmenti - indicazioni HL7 Italia (localizzazione italiana - www.hl7italia.it)	Specifiche Patient Administration V2itTC Release Maggio_2008 Specifiche Data types V2it TC Release Maggio_2008
HL7 Standard Version 2.5 – Capitolo 7	Descrizione segmento OBX.
HL7 Standard Version 2.5 – Capitolo 15	Descrizione segmento ROL.

AREAS[®]
XMPI

Manuale Tecnico Integrazione Web Service XMPI - Paziente

Data di emissione: 11/12/2015

N.ro versione: 1.4

N.ro pagine: 16



INDICE DEL DOCUMENTO

1 INTRODUZIONE	3
2 WEB SERVICE AREAS	4
2.1 CHIAMATE SOAP	4
2.2 OPEN SESSION	5
2.3 OGGETTI COMUNI	6
2.3.1 <i>Chiamata ws oggetto comune</i>	6
3 WEBSERVICES PAZIENTE	7
3.1 FIND	7
3.2 GET	8
3.3 SET	9
3.4 GROUP	10
4 SERVIZI PER L'ACCESSO AI DATI DEI PAZIENTI	11
4.1 SERVIZI DI GET E SET SUI PAZIENTI	11

1 Introduzione

Questo documento descrive l'utilizzo dei web service Areas XMPI, relativi al paziente.

Versione	Data	Motivo	Modifiche
1.0	11/12/2015		Nuovo Documento

2 Web service Areas

I web service base sono i bean/lookup/query pubblicati sulla tabella SI_OGGETTIPUBBLICI e tutti i webservice custom.

Il servizio è di tipo SOAP-RPC in cui si chiama l'unico metodo 'call' che prende come parametro una stringa xml e ritorna una stringa xml.

2.1 Chiamate SOAP

Il servizio effettua il parsing della stringa in input ed esegue il comando specificato

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<soapenv:Envelope xmlns:soapenv="http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/"
xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema"
xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
  <soapenv:Body>
    <call soapenv:encodingStyle="http://schemas.xmlsoap.org/soap/encoding/">
      <xml xsi:type="xsd:string">
        QUI VA AGGIUNTO L'XML DELLA STRINGA DI CHIAMATA
      </xml>
    </call>
  </soapenv:Body>
</soapenv:Envelope>
```

Anche le risposte sono wrappate:

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<soapenv:Envelope xmlns:soapenv="http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/"
xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema"
xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
  <soapenv:Body>
    <callResponse
soapenv:encodingStyle="http://schemas.xmlsoap.org/soap/encoding/">
      <callReturn xsi:type="xsd:string">
        QUI SARA' PRESENTE L'XML DELLA RISPOSTA
      </callReturn>
    </callResponse>
  </soapenv:Body>
</soapenv:Envelope>
```

2.2 Open session

Per poter chiamare tutti i webservice di AREAS è necessario prima creare una sessione e ottenerne l'identificativo, utilizzando il webservice OpenSession.

OPEN SESSION - Chiamata

```
<?xml version="1.0" ?>
<Input>
  <OpenSession>
    <user>USERNAME</user>
    <password>PASSWORD</password>
    <azienda>AZ</azienda>
    <ufficio>UFFICIO</ufficio>
    <ruolo>RUOLO</ruolo>
    <dataLavoro>YYYYMMDD</dataLavoro>
    <entita>ENTITA</entita>
  </OpenSession>
</Input>
```

OPEN SESSION – Risposta

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<Output>
  <OpenSession>
    <SessionID>500000125070d2bdd</SessionID>
    <user>ALFONSO.MANCUSI</user>
    <nome>ALFONSO MANCUSI</nome>
    <azienda>A1</azienda>
    <ufficio>UFF Z5</ufficio>
    <ruolo>RUOLO Z5</ruolo>
    <dataLavoro>20091010</dataLavoro>
    <entita>ENG</entita>
  </OpenSession>
</Output>
```

In tutti gli esempi che seguiranno "SessionID" dovrà essere sostituito dall'identificativo di sessione ritornato.

In caso di errore dei webservice areas, la risposta sarà del tipo:

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<Output>
  <Exception>
    <Description>Descrizione dell'errore</Description>
  </Exception>
</Output>
```


2.3 Oggetti comuni

Alcuni webservice possono essere sviluppati extra-rilascio e caricati direttamente sulla webapplication tramite gli oggetti comuni.

La classe invocata deve implementare le interfacce `WebServicesDelegate`, `VersionInterface`. La classe implementata poi deve essere inglobata in un jar e caricata sugli oggetti comuni di tipo `WebServiceDelegate`

In procedura è necessario collegarsi come amministratore e andare sul punto a menù avanzate->oggetti comuni.



E' necessario definire il path della classe contenuta nel jar. La tipologia della classe è di tipo `WebServicesDelegate`.

Il codice dell'oggetto comune verrà poi utilizzato nell'xml per poter richiamare il webservice corretto.

2.3.1 Chiamata ws oggetto comune

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<input SessionID "SessionID">
  <WebServicesOggettiComuni id="idOggettoComune">
    //qui va l'xml corrispondente dell'oggetto comune
  </WebServicesOggettiComuni>
</input>
```

3 Webservices Paziente

3.1 Find

Consente di eseguire una query impostando alcuni filtri. I campi evidenziati devono essere sostituiti con opportuni valori.

Chiamata

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<Input SessionID="SessionID">
  <Find>
    <queryName>sianc.paziente.Paziente</queryName>
    <resultListField>
      <Field>CAMPO1</Field>
      <Field>CAMPO2</Field>
      <Field>CAMPO3</Field>
    </resultListField>
    <listFilter>
      <Filter>
        <Name>nomeFiltro1</Name>
        <Value>valore</Value>
      </Filter>
      <Filter>
        <Name>nomeFiltro2</Name>
        <Value>valore</Value>
      </Filter>
    </listFilter>
    <Parameters>
      <param name="nomeParametro1">valore parametro 1</param>
      <param name="nomeParametro2">valore parametro 2</param>
    </Parameters>
  </Find>
</Input>
```

Attraverso il contenuto del tag **Parameters** possono essere passati uno o più parametri al servizio invocato (in questo caso l'esecuzione di una query). L'implementazione di default non prevede l'utilizzo di alcun parametro, ma singoli servizi possono prevedere la possibilità di indicarne alcuni (come esempio vedere il servizio di set sul bean dei pazienti).

Questa possibilità vale anche per i servizi di Get e Set descritti sotto.

Risposta

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<Output>
  <Find>
    <queryName>sianc.paziente.Paziente</queryName>
    <listField>
      <Field>
        <id>1</id>
        <Name>CAMPO1</Name>
        <type>NUMBER</type>
      </Field>
      <Field>
        <id>2</id>
        <Name>CAMPO2</Name>
```



```

        <type>VARCHAR2</type>
    </Field>
    <Field>
        <id>3</id>
        <Name>CAMPO3</Name>
        <type>DATE</type>
    </Field>
</listField>
<listRecord>
    <record>
        <Field id="1">123</Field>
        <Field id="2">valore stringa</Field>
        <Field id="3">20050101105500</Field>
    </record>
    <record>
        <Field id="1">456</Field>
        <Field id="2">valore stringa</Field>
        <Field id="3">20050101105500</Field>
    </record>
</listRecord>
</Find>
</Output>

```

3.2 Get

Consente di accedere in lettura ai dati di un singolo paziente. Anche negli esempi riportati sotto gli elementi evidenziati devono essere sostituiti con opportuni valori.

Chiamata

```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<Input SessionID="SessionID">
    <Get useBeanExtraData="false">
        <objectName>sianc.paziente.PazienteBean</objectName>
        <listKey>
            <campoChiave>1</campoChiave>
        </listKey>
        <Parameters>
            <param name="nomeParametro1">valore parametro 1</param>
            <param name="nomeParametro2">valore parametro 2</param>
        </Parameters>
    </Get>
</Input>

```

L'elenco completo dei campi gestibili tramite la chiamata di GET è consultabile dal punto di menu *Configurazione – Avanzate – Help webservice*, specificando l'oggetto **sianc.paziente.PazienteBean**.

Il parametro "useBeanExtraData" consente di richiedere l'invio anche delle informazioni relative ad eventuali BeanExtraData del bean richiesto. I valori possibili sono:

- 1 **false**
non vengono ritornate informazioni dei BeanExtraData
- 2 **true**
vengono ritornate le informazioni relative ai BeanExtraData del bean richiesto
- 3 **all**
vengono ritornate le informazioni relative ai BeanExtraData del bean richiesto e dei suoi dettagli

Risposta

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>

<Output>
  <Get>
    <sianc.paziente.PazienteBean>
      <proprietà1 type="String" visibility="mandatory">valore1</proprietà1>
      <proprietà2 type="String" visibility="editable">valore2</proprietà2>
      <proprietà3 type="String" visibility="editable">valore3</proprietà3>
      ...
    </sianc.paziente.PazienteBean>
  </Get>
</Output>
```

Dove proprietà1, proprietà2, proprietà3 ... sono le proprietà dell'oggetto richiesto.

3.3 Set

Consente di accedere in scrittura ai dati di un singolo elemento (es. un paziente).

Il servizio proverà innanzitutto ad aggiornare un eventuale record la cui chiave corrisponda alle proprietà indicate nella chiamata. Se tale record non esiste verrà effettuato un nuovo inserimento.

L'output generato sarà simile in entrambi i casi e comunque analogo a quello di una chiamata get.

Anche negli esempi riportati sotto gli elementi evidenziati devono essere sostituiti con opportuni valori.

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<!-- update oggetto -->
<Input SessionID="SessionID">
  <Set>
    <sianc.paziente.PazienteBean>
      <proprietà1>valore1</proprietà1>
      <proprietà2>valore2</proprietà2>
      <proprietà3>valore3</proprietà3>
      ...
    </sianc.paziente.PazienteBean>
    <Parameters>
      <param name="nomeParametro1">valore parametro 1</param>
      <param name="nomeParametro2">valore parametro 2</param>
    </Parameters>
  </Set>
</Input>
```

L'elenco completo dei campi gestibili tramite la chiamata di SET è consultabile dal punto di menu *Configurazione - Avanzate - Help webservice*, specificando l'oggetto **sianc.paziente.PazienteBean**.

Risposta

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>

<Output>
  <Set>
    <sianc.paziente.PazienteBean>
      <proprietà1 type="String" visibility="mandatory">valore1</proprietà1>
      <proprietà2 type="String" visibility="editable">valore2</proprietà2>
      <proprietà3 type="String" visibility="editable">valore3</proprietà3>
      ...
    </sianc.paziente.PazienteBean>
  </Set>
</Output>
```



```
</sianc.paziente.PazienteBean>  
</Set>  
</Output>
```

3.4 Group

Consente di raggruppare più operazioni in un'unica chiamata.

Ad esempio consente di effettuare il salvataggio di più bean o il get di un bean e il salvataggio di un altro.

Si riporta un esempio di chiamata:

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>  
<Input SessionID="SessionID">  
  <Group>  
    <Get useBeanExtraData="false">  
      ...  
    </Get>  
    <Set>  
      ...  
    </Set>  
    <Set>  
      ...  
    </Set>  
  </Group>  
</Input>
```

Il contenuto dei vari metodi Get, Set, Lookup ecc. è lo stesso descritto negli appositi paragrafi.

La risposta alla chiamata precedente sarà di questo tipo:

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>  
<Output>  
  <Get>  
    ...  
  </Get>  
  <Set>  
    ...  
  </Set>  
  <Set>  
    ...  
  </Set>  
</Output>
```

4 Servizi per l'accesso ai dati dei pazienti

Di seguito vengono descritte le specificità dell'utilizzo dei servizi per l'accesso ai pazienti

4.1 Servizi di get e set sui pazienti

Nome oggetto: `sianc.paziente.PazienteBean`

Nel servizio `set` è possibile indicare un parametro (vedere descrizione nei capitoli precedenti) dal nome **"findAliases"** che può assumere i valori **"true"** e **"false"** (valore di default `true`).

Se il valore di tale parametro è `true` prima di effettuare un inserimento viene effettuata una verifica dell'esistenza di possibili alias e se questa ha successo viene ritornato il loro elenco.

Se è `false` invece l'inserimento viene fatto in ogni caso e il nuovo paziente viene eventualmente marcato come possibile alias.

Nome proprietà	Descrizione
<code>idPaziente</code>	ID Paziente (chiave del bean)
<code>cognomePaziente</code>	Cognome
<code>nomePaziente</code>	Nome
<code>nomeCognomeNormalizzato</code>	Nome e Cognome normalizzati
<code>dataNascita</code>	Data nascita
<code>sex</code>	Sesso
<code>codiceComuneNascita</code>	Comune nascita
<code>codiceFiscale</code>	Codice fiscale
<code>codiceComuneResidenza</code>	Comune residenza
<code>capResidenza</code>	CAP residenza
<code>indirizzoResidenza</code>	Indirizzo residenza
<code>numeroCivicoResidenza</code>	N. Civico residenza
<code>numeroTesseraSanitaria</code>	Tessera sanitaria
<code>aslAppartenenza</code>	ASL appartenenza
<code>aslProvenienza</code>	ASL provenienza
<code>aslAssistenza</code>	ASL assistenza
<code>regioneAssistenza</code>	Regione assistenza
<code>codiceAIRE</code>	Codice AIRE
<code>scadenzaTesseraAire</code>	Scadenza tessera AIRE
<code>scadenzaSTP</code>	Data scadenza STP
<code>rilascioSTP</code>	Data rilascio STP
<code>scadenzaTessera</code>	Scadenza tessera
<code>posizioneISE</code>	Posizione ISE
<code>flagPrivacy</code>	Flag privacy
<code>classeTopografica</code>	Classe Topografica
<code>fonte</code>	Fonte
<code>codiceCittadinanza</code>	Cittadinanza
<code>codiceIndirizzoResidenza</code>	Indirizzo Residenza
<code>parentelaContatto</code>	Parentela del contatto
<code>codiceStatoCivile</code>	Stato civile
<code>codiceComuneDomicilio</code>	Comune domicilio
<code>capDomicilio</code>	CAP domicilio
<code>indirizzoDomicilio</code>	Indirizzo domicilio
<code>numeroCivicoDomicilio</code>	N. Civico domicilio
<code>codiceIndirizzoDomicilio</code>	Indirizzo Domicilio

codiceTitoloStudi	Titolo di studi
codiceSituazioneProfessionale	Situazione professionale
codicePosizioneProfessionale	Posizione professionale
codiceAttivitaProfessionale	Attivita' professionale
ultimaProfessione	Ultima professione
nomeDatoreLavoro	Datore di lavoro
codiceTipoAzienda	Tipo azienda
codiceDitta	Ditta
codiceComuneLavoro	Comune di lavoro
dataDecesso	Data di decesso
codiceComuneDecesso	Comune di decesso
codiceCausaDecesso	Causa di decesso
codiceMessaggioHL7	Messaggio HL7
flagCertificato	Certificato
flagCompleto	Completo
flagStato	Stato
codiceISI	Codice ISI
codiceSTP	Codice STP
descrizioneComuneNascita	Descrizione Comune
descrizioneComuneResidenza	Descrizione Comune
descrizioneComuneDomicilio	Descrizione Comune
numeroDocumento	Documento
distrettoDomicilio	Distretto
distrettoResidenza	Distretto
numeroTelefono1	Telefono1
numeroTelefono2	Telefono2
numeroTelefono3	Telefono3
numeroTelefono1Nota	Descrizione
numeroTelefono2Nota	Descrizione
numeroTelefono3Nota	Descrizione
cognomeConiuge	Coniuge
presenzaStraniero	Straniero
contatto	Contatto
recapitoTelefonicoContatto	Telefono
parentelaContatto	Parentela
motivoCessazioneAssistenza	Motivo Cessazione
regioneAppartenenza	Regione appartenenza
codiceComuneImmigrazione	Comune di provenienza
descrizioneComuneImmigrazione	Descrizione
codiceComuneEmigrazione	Comune di emigrazione
descrizioneComuneEmigrazione	Descrizione
dataImmigrazione	Data immigrazione
dataEmigrazione	Data emigrazione
aslDestinazione	ASL destinazione
codiceComuneDatoreLavoro	Comune Datore Lavoro
dataSceltaMedico	Data di scelta
codiceMedico	Medico
dataSceltaMedico	Data di scelta
zonaSubcomunale	Zona subcomunale
circoscrizione	Circoscrizione
sezioneElettorale	Sezione elettorale

quartiere	Quartiere
codicePosizioneAnagrafica	Posizione anagrafica
nucleoFamiliare	Nucleo Familiare
pazienteNonAutosufficiente	Paziente Autosufficiente
flagCEE	Flag CEE
flagTutore	Flag Tutore
tutore	
assicurazione	Assicurazione
polizza	Polizza
identificativoAnagrafeComunale	Identificativo Anagrafe Comunale
dataAggiornamento	Data di aggiornamento
identificativoBPR	Identificativo BPR
comuneAnagrafe	Comune anagrafe
dataCancellazioneAnagrafica	Data cancellazione anagrafica
codiceComunita	Comunita
flagModificabile	Flag modificabile per CSI
idSorgenteHL7	Id assegnato dalla fonte HL7
categoriaCittadino	Categoria Cittadino
codiceAlternativo	Codice Alternativo
categoriaCittadinoSacs	Categoria Cittadino Sacs
classeTopograficaSacs	Classe Topografica Sacs
codiceAttivitaProfessionaleSacs	Codice Attività Professionale Sacs
codiceCausaDecessoSacs	Codice Causa Decesso Sacs
codicePosizioneAnagraficaSacs	Codice Posizione Anagrafica Sacs
codicePosizioneProfessionaleSacs	Codice Posizione Professionale Sacs
codiceSituazioneProfessionaleSacs	Codice Situazione Professionale Sacs
codiceStatoCivileSacs	Codice Stato Civile Sacs
codiceTipoAziendaSacs	Codice Tipo Azienda Sacs
codiceTitoloStudiSacs	Codice Titolo Studi Sacs
emittenteTeamSacs	Emittente Team Sacs
nomeIstituzioneTeamSacs	Nome Istituzione competente TEAM Sacs
motivoCessazioneAssistenzaSacs	Codice motivo cessazione assistenza Sacs
numIdIstituzioneTeamSacs	Numero Identificativo Istituzione TEAM Sacs
qualificaBeneficiarioSacs	Codice qualifica del beneficiario TEAM Sacs
parentelaContattoSacs	Parentela Contatto Sacs
daDocumento	Ente che ha rilasciato il documento
diDocumento	Comune dell'ente che ha rilasciato il documento
flagSconosciuto	Flag Paziente Sconosciuto
idMadrePaziente	Identificativo paziente della madre
idTeam	Identificativo tessera TEAM
istituzioneCompetenteTeam	Istituzione competente TEAM
qualificaBeneficiario	Codice Qualifica del beneficiario TEAM
scadenzaTesseraTeam	Data di scadenza della tessera TEAM
tesseraTeam	Numero tessera TEAM
tipoTessera	Tipo della tessera
tipoDocumento	Tipo del documento

quartiereResidenza	Codice quartiere di residenza
rilascioDocumento	Data di rilascio del documento

Campi disponibili per l'estrazione attraverso servizio di find: **sianc.paziente.PazienteFind**

Nome	Descrizione
PZ_ID	Codice
PZ_COGN	Cognome
PZ_NOME	Nome
PZ_DT_NAS	Data nascita
PZ_CFIS	Codice fiscale
PZ_TSAN	Tessera sanitaria
PZ_SESSO	Sesso
STATO	Stato
CNAS_CM_DESC	Descrizione comune di nascita
CRES_CM_DESC	Descrizione comune di residenza
PZ_FCOMPL	Flag di completezza
PZ_TUTORE	Tutore per compatibilità SACS
PZ_MOT_CESASS	Motivo Cessazione Assistenza
PZ_NUCLEO_FAMILIA RE	Nucleo Familiare
PZ_POS_ANAGRAFIC A	Identificativo posizione anagrafica
PZ_QUARTIERE	Quartiere
PZ_SEZ_ELETTORALE	Sezione Elettorale
PZ_COMUNITA	Identificativo casa protetta, casa di riposo, comunità, ecc.
PZ_CLASSE_TOPOG	Classe Topografica
PZ_ASSICURAZIONE	Assicurazione privata
PZ_POLIZZA	Numero polizza di assicurazione
PZ_FTUTORE	Flag di esistenza del tutore
PZ_COM_NAS	Identificativo comune (o stato estero) di nascita
PZ_COM_RES	Identificativo del comune di residenza
PZ_CAP_RES	C.A.P. di residenza
PZ_IND_RES	Indirizzo di residenza
PZ_STRADA_RES	Strada Residenza (Stradario)
PZ_NCIV_RES	Numero civico di residenza
PZ_TEL1	Recapito telefonico 1
PZ_TEL2	Recapito telefonico 2
PZ_TEL3	Recapito telefonico 3
PZ_ASL_APP	ASL di appartenenza (o di residenza)
PZ_ASL_PRO	ASL di provenienza
PZ_ASL_ASS	ASL di assistenza (o di domicilio)
PZ_REG_ASSI	Regione di assistenza (o di domicilio)
PZ_AIRE	Codice AIRE
PZ_DSCADAIRE	Data di scadenza della tessera AIRE
PZ_DSCADSTP	Data di scadenza STP
PZ_DRILSTP	Data di rilascio STP
PZ_DSCADTESS	Data di scadenza tessera sanitaria
PZ_ISE	Posizione ISE (Indice Situazione Economica)
PZ_FLAGPRIV	Flag per Privacy
PZ_FONTE	Fonte applicativa della posizione anagrafica
PZ_CITT	Identificativo della cittadinanza
PZ_STACIV	Identificativo dello stato civile

PZ_COM_DOM	Identificativo del comune di domicilio
PZ_CAP_DOM	CAP di domicilio
PZ_IND_DOM	Indirizzo di domicilio
PZ_STRADA_DOM	Strada domicilio (Stradario)
PZ_NCIV_DOM	Numero civico di domicilio
PZ_TIT_STU	Identificativo del titolo di studi
PZ_SIT_PROF	Identificativo della situazione professionale
PZ_POS_PROF	Identificativo della posizione professionale
PZ_ATT_PROF	Identificativo dell'attività professionale
PZ_DATORE_LAV	Nome del datore di lavoro
PZ_TIPOAZ	Tipo Azienda di lavoro
PZ_DITTA	Codice ditta di lavoro
PZ_COM_LAV	Identificativo del comune di lavoro
PZ_DT_DEC	Data di decesso
PZ_COM_DEC	Identificativo del comune di decesso
PZ_CAU_DEC	Identificativo della causa del decesso IDC_9
PZ_HL7	Identificativo messaggio HL7 di inserimento
PZ_FCERTIF	Flag per paziente (C)ertificato / (T)emporaneo
PZ_FCOMPL	Flag per record (C)ompleto / (P)arziale
PZ_FSTATO	FLAG Stato Paziente: Attivo Disattivo
PZ_UT_CERT	Utente di certificazione
PZ_DT_CERT	Data di certificazione
PZ_CODICE_OLD	Vecchio codice
PZ_NORMALIZZATO	Cognome e nome normalizzati nel formato COGNOME*NOME
PZ_CONIUGE	Cognome del coniuge
PZ_DCOM_NAS	Descrizione del comune di nascita (per stranieri)
PZ_ISI	Codice ISI per stranieri
PZ_STP	Codice STP per stranieri temporaneamente presenti
PZ_DOCUMENTO	Numero di un documento (es. 'CI: 123456789')
PZ_DCOM_RES	Descrizione del comune di residenza per residenti all'estero
PZ_DIS_RES	Distretto di residenza
PZ_TEL1_NOTA	Nota del telefono 1
PZ_TEL2_NOTA	Nota del telefono 2
PZ_TEL3_NOTA	Nota del telefono 3
PZ_ASL_EMI	ASL di emigrazione
PZ_REG_RES	REGIONI - CODICE INTERNO
PZ_ID_SORGENTE	Identificativo nell'anagrafica sorgente dell'inserimento (per messaggi HL7)
PZ_STRANIERO	Straniero (L)egalmente o (I)llegalmente presente
PZ_FCEE	Flag CEE
PZ_DCOM_DOM	Descrizione comune domicilio per comuni esteri
PZ_DIS_DOM	Distretto di domicilio
PZ_ULTIMA_PROF	Ultima professione
PZ_COM_DATLAV	Comune del datore di lavoro
PZ_COM_IMM	Identificativo comune di immigrazione (provenienza)
PZ_DCOM_IMM	Descrizione comune di immigrazione (provenienza)
PZ_DT_IMM	Data di immigrazione
PZ_COM_EMI	Identificativo comune di emigrazione (destinazione)
PZ_DCOM_EMI	Descrizione comune di emigrazione (destinazione)
PZ_DT_EMI	Data di emigrazione
PZ_MEDICO	Ultimo medico valido
PZ_DT_MEDICO	Data di scelta dell'ultimo medico valido
PZ_ANAG_ID	Identificativo da anagrafica esterna (anagrafe comunale)

PZ_ANAG_COM	Identificativo comune sorgente dell'anagrafica
PZ_ANAG_DT	Data decorrenza della registrazione nell'anagrafica esterna
PZ_ANAG_BPR	Identificativo cittadino nell'ambito della Banca dati della Popolazione Residente
PZ_ANAG_DT_DEL	Data di canceclazione dall'anagrafica esterna
PZ_CIRCOSCRIZIONE	Circoscrizione
PZ_CON_PERS	Persona da contattare
PZ_CON_TELE	Recapito telefonico del contatto
PZ_CON_PARENTELA	Identificativo parentela del contatto
PZ_ZONA_SUBC	Zona subcomunale
PZ_FNONAUTOSUFF	Flag per pazienti non autosufficienti (S = non autosufficiente, N/Null = autosufficienti)
PZ_CATEGORIA_CITT	Identificativo Categoria cittadino
DESC_COM_DOM	Descrizione comune di domicilio
DESC_AS_L_ASS	Descrizione ASL Assistenza
DESC_AS_L_APP	Descrizione ASL Appartenenza
DESC_CITT	Descrizione cittadinanza
WITH_ALIAS	Presenza alias
MASTER_ID	Id Master

Filtri disponibili per servizio di find (oltre ai campi indicati nella precedente tabella)

Nome	Descrizione
IdPaziente	Identificativo del paziente
normalizzata	Se 'S' la ricerca su nomePaziente e cognomePaziente è normalizzata
cognomePaziente	Cognome del paziente
nomePaziente	Nome del paziente
sesto	Sesso
dataNascitaDa	Inizio range per data di nascita
dataNascitaA	Fine range per data di nascita
codiceComuneNascita	Codice del comune di nascita
numeroTesseraSanitaria	Numero della tessera sanitaria
a	
codiceFiscaleISITP	Codice fiscale, ISI o STP
aslAppartenenza	Asl di appartenenza
codiceComuneResidenza	Codice del comune di residenza
za	
flagStato	Flag stato Attivo/Disattivo
elencoCodici	Elenco identificativi paziente separato da virgola
codiceOld	Corrispondente al campo PZ_CODICE_OLD
righeMassime	Numero massimo di righe da estrarre
ordinamentoRicerca	Campo di ordinamento della ricerca

Allegato 6 – Specifiche ADT

Tenuto conto del contesto di riferimento presente in Allegato 2 e la preferenza di porre in essere integrazioni HL7, si desidera fornire modalità di integrazioni basate su viste al fine di poter avviare rapidamente le integrazioni di che trattasi.

Il software dell'accettazione e gestione SDO è unico per AO Marche Nord, denominato "Ausylia" è della ditta SCS Computers di Fermo. E' sviluppato in ambiente open source e dispone di database Mysql.

L'AO provvederà a richiedere alla ditta SCSComputers la fornitura di una tabella di frontiera ed appositi username e password al fine di interfacciare i sistemi a livello database .
Si riporta a titolo di esempio un integrazione simile sviluppata col precedente dbms Oracle

Provider=OraOLEDB,Oracle.1;Password=XXXX;Persist Security Info=True;User ID=adt;Data Source=YYYY;Extended Properties=""=Source=YYYY;Extended Properties
*select * from adt.ricoveriads_union*

esempio vista adt.ricoveriads_pesaro →	tabella di frontiera →
<pre>,SELECT ADT.PSRICSNO.SNO_PRR AS PRESIDIO ,ADT.PSRICSNO.SNO_PAZ_CPAZ AS Progr_Assistito ,OLISAN.DSPA2PAZ.PAZ_COGN AS NOME ,ADT.PSRICSNO.SNO_REGIME AS TIPO_RICOVERO ,AS ANNO_RICOVERO 0 ,AS NUMERO_RICOVERO 0 ,ADT.PSRICSNO.SNO_CNRI AS CODICE_NOSOLOGICO ,ADT.PSRICSNO.SNO_DRIC AS DATA_RICOVERO ,ADT.PSRICSNO.SNO_DDIM AS DATA_DIMISSIONE ,ADT.PSRICSNO.SNO_REP_REPR AS COD_REPARTO_DEGENZA ,ADT.DSANAREP.REP_DESC AS DESC_REPARTO_DEGENZA ,OLISAN.DSPA2PAZ.PAZ_SESS AS SESSO ,OLISAN.DSPA2PAZ.PAZ_DNAS AS DATA_NASCITA ,NULL AS PROVINCIA_NASCITA ,OLISAN.DSPA2PAZ.PAZ_COM_CNAS AS COMUNE_NASCITA ,OLISAN.DSPA2PAZ.PAZ_CFIS AS CODICE_FISCALE ,OLISAN.DSPA2PAZ.PAZ_TSAN AS TESSERA_SANITARIA ,NULL AS PROVINCIA_RESIDENZA ,OLISAN.DSPA2PAZ.PAZ_COM_CRES AS COMUNE_RESIDENZA ,NULL AS CAP_RESIDENZA ,NULL AS REGIONE_RESIDENZA ,NULL AS USL_RESIDENZA ,NULL AS ANONIMO ,NULL AS IDENTIFICATIVO_PER_ANONIMO ,NULL AS DIVISIONE ,ADT.PSRICSNO.SNO_REP_REPO AS SEZIONE FROM ADT.PSRICSNO, ADT.DSANAREP, OLISAN.DSPA2PAZ WHERE ADT.PSRICSNO.SNO_PAZ_CPAZ = OLISAN.DSPA2PAZ.PAZ_CPAZ AND ADT.PSRICSNO.SNO_REP_REPR = ADT.DSANAREP.REP_CINT</pre>	<pre>CREATE TABLE VISTA_ADTRICOVERI) ,(PRESIDIO varchar2(8) ,(PROGR_ASSISTITO varchar2(16) ,(NOME varchar2(50) ,(TIPO_RICOVERO varchar2(1) ,(ANNO_RICOVERO number(1) ,(NUMERO_RICOVERO number(1) ,(CODICE_NOSOLOGICO varchar2(14) ,(DATA_RICOVERO date(7) ,(DATA_DIMISSIONE date(7) ,(COD_REPARTO_DEGENZA varchar2(8) ,(DESC_REPARTO_DEGENZA varchar2(30) ,(SESSO varchar2(1) ,(DATA_NASCITA date(7) ,(PROVINCIA_NASCITA varchar2(1) ,(COMUNE_NASCITA varchar2(8) ,(CODICE_FISCALE varchar2(16) ,(TESSERA_SANITARIA varchar2(16) ,(PROVINCIA_RESIDENZA varchar2(1) ,(COMUNE_RESIDENZA varchar2(8) ,(CAP_RESIDENZA varchar2(1) ,(REGIONE_RESIDENZA varchar2(1) ,(USL_RESIDENZA varchar2(1) ,(ANONIMO varchar2(1) ,(IDENTIFICATIVO_PER_ANONIMO varchar2(1) ,(DIVISIONE varchar2(1) ,(SEZIONE varchar2(8) (</pre>

Cup HiWeb

Integrazione dei servizi del CUP Marche in applicativi di terze parti

Ver 1.3

© 2015 Insiel Mercato SpA

Change History

- 23/03/2015 – Versione 1.0 – Paolo Pitton
- 18/12/2015 – Versione 1.1 – Paolo Pitton
- 25/01/2016 – Versione 1.2 – Paolo Pitton

1. Premessa	2
1.1. <i>Glossario.....</i>	2
2. Funzioni esposte dal sistema CUP-HiWeb	3
2.1. <i>Funzione di Prenotazione.....</i>	3
2.2. <i>Funzione di Accettazione.....</i>	3
2.3. <i>Funzione di Gestione Prenotazione/Accettazione</i>	4
2.4. <i>Elenco Appuntamenti.....</i>	4
3. Modalità di integrazione	5
3.1. <i>Autenticazione e autorizzazione all'utilizzo dei servizi.....</i>	5
3.2. <i>Gestione delle ricette dematerializzate</i>	5
3.3. <i>Identificazione Assistito</i>	5
3.4. <i>Gestione delle Agende e degli Erogatori abilitati</i>	6
3.5. <i>Parametri di ingresso.....</i>	6
3.6. <i>Stampa.....</i>	7
3.7. <i>Durata della sessione di lavoro</i>	7

Riferimenti

1. Premessa

Nell'ambito dell'integrazione tra sistemi informativi sanitari richiesto dalla regione Marche il documento si propone di:

- Descrivere le funzionalità che il sistema CUP-HiWeb (Centro Unico di Prenotazione Regionale della Regione Marche) potrà rendere disponibili ad applicativi di terze parti
- Descrivere le modalità con cui un applicativo di terze parti, sia esso web-based o desktop (stand-alone), può usufruire di tali funzionalità.
- Descrivere i vincoli tecnici e le limitazione dell'utilizzo del servizio.

1.1. Glossario

SAR – Sistema di Accoglienza Regionale.

FedCohesion – Framework di autenticazione di Regione Marche.

CupHiWeb - Centro Unico di Prenotazione Regionale della Regione Marche.

2. Funzioni esposte dal sistema CUP-HiWeb

Il CUP-HiWeb è una web application accessibile all'interno della rete di Regione Marche, che permette di effettuare prenotazioni e accettazioni di viste specialistiche, di gestire gli appuntamenti generati da tali prenotazioni, di registrare e gestire i pagamenti delle prestazioni erogate.

Il CUP-HiWeb si integra con i seguenti sistemi esterni:

- FedCohesion, per l'autenticazione al sistema
- SAR Marche, per la gestione delle ricette Dematerializzate

Le funzioni che saranno rese disponibili a sistemi esterni con la presente integrazione sono:

- Prenotazione
- Accettazione (Accesso Diretto)
- Gestione Prenotazione e Accettazione
- Elenco Appuntamenti

Per queste funzioni sarà mantenuta l'integrazione con FedCohesion e SAR.

2.1. Funzione di Prenotazione

La prenotazione di una o più prescrizioni specialistiche può essere schematizzata come una macchina a stati. Il passaggio da uno stato all'altro richiede l'interazione con l'utente che effettua delle scelte tramite l'interfaccia web.

Lo scenario principale si compone dei seguenti passi:

1. Login dell'utente
2. Identificazione dell'assistito
3. Compilazione dei dati delle impegnative e delle relative prestazioni
4. Verifica di erogabilità e ricerca delle possibili strutture erogatrici
5. Scelta della struttura erogatrice
6. Ricerca delle disponibilità sulla struttura erogatrice prescelta
7. Selezione della disponibilità
8. Registrazione della prenotazione e stampa del promemoria con i dati di prenotazione (documento PDF)
9. Logout dell'utente o avvio di una nuova prenotazione (2)

Accanto allo scenario principale vi sono degli scenari secondari:

1. Inserimento delle preferenze di prenotazione
2. Variazione dell'ordine dei gruppi di prestazioni da prenotare
3. Rinuncia alla prenotazione di uno o più gruppi di prestazioni

Il server crea una sessione di prenotazione nel momento in cui viene avviata la verifica di erogabilità delle prestazioni inserite dall'utente (4).

La sessione di prenotazione mantiene lo stato del processo fino alla conferma della prenotazione ed alla stampa del promemoria (8).

2.2. Funzione di Accettazione

La funzione di accettazione permette di registrare un appuntamento su un erogatore specifico senza effettuare la ricerca delle disponibilità e si compone dei seguenti passi:

1. Login dell'utente
2. Identificazione dell'assistito
3. Compilazione dei dati delle impegnative e delle relative prestazioni
4. Inserimento delle preferenze
5. Registrazione della prenotazione e stampa del promemoria (documento PDF)
6. Logout dell'utente o avvio di una nuova accettazione (2)

2.3. Funzione di Gestione Prenotazione/Accettazione

Le funzioni di gestione delle prenotazioni e delle accettazioni permettono di effettuare il cambio e l'annullo di appuntamenti già registrati.

Scenario di utilizzo:

1. Login dell'utente
2. Identificazione dell'assistito
3. Selezione dell'appuntamento
4. Prosecuzione del normale iter di prenotazione o accettazione (dal punto 3 in poi) o Annullamento dell'appuntamento

2.4. Elenco Appuntamenti

La funzione di elenco appuntamenti permette di visualizzare e stampare gli appuntamenti presenti su una determinata unità erogante e agenda in un determinato giorno.

3. Modalità di integrazione

L'applicazione sarà accessibile da un sistema esterno alla seguente URL:

http://nome_dominio/CupHiwebFront/entryPoint

Il sistema chiamante (web-based o stand-alone) deve essere in grado di aprire l'url in una pagina del browser.

I browsers supportati sono:

- Internet Explorer 8 o successivo
- Firefox

Sarà responsabilità dell'applicativo chiamante gestire la visualizzazione della pagina di prenotazione del CUP-HiWeb con la modalità che ritiene più adatta alla propria operatività. Nel caso di applicativo web-based si consiglia comunque di aprire l'applicativo su una finestra modale in modo da obbligare l'utente a chiudere la sessione CUP-HiWeb prima di procedere con l'utilizzo dell'applicativo chiamante.

3.1. Autenticazione e autorizzazione all'utilizzo dei servizi

L'accesso al servizio richiede una procedura di autenticazione e autorizzazione che può essere effettuata attraverso l'invio di un token xml valido rilasciato dal sistema FedCohesion della Regione Marche.

E' necessario che per ogni utente che accede al sistema venga creata preventivamente un'utenza CUP-HiWeb.

Si sottolinea che il CUP-HiWeb non permette l'accesso contemporaneo di più utenti con le stesse credenziali.

Sarà compito del sistema chiamante comunicare la lista degli utenti abilitati all'utilizzo dei servizi esposti dal CUP-HiWeb. Per ognuno di essi verrà creata un'utenza CUP-HiWeb alla quale saranno associati dei dati che permetteranno di personalizzare il comportamento dell'applicativo.

Ad ogni utente potranno essere associati uno o più ruoli che determineranno l'insieme delle funzioni a cui l'utente ha accesso.

3.2. Gestione delle ricette dematerializzate

Il CUP-HiWeb permette di effettuare la presa in carico delle ricette dematerializzate presenti nel sistema SAR.

L'accesso al sistema SAR è possibile solo tramite token FedCohesion.

Per questo motivo se un sistema esterno vuole utilizzare i servizi CUP-HiWeb con accesso al SAR dovrà effettuare il login ai servizi nella modalità FedCohesion.

Al servizio viene passato l'identificativo della ricetta elettronica (NRE), la ricetta viene automaticamente presa in carico dal sistema e la pagina di prenotazione o accettazione risulterà precompilata con i dati dell'impegnativa.

3.3. Identificazione Assistito

L'assistito sarà identificato automaticamente all'apertura della pagina del contatto tramite Codice Fiscale Assistito o Codice Identificatore Regionale che dovranno essere passati al login (Se vengono passati entrambi il CUP utilizzerà per identificare l'assistito preferenzialmente il Codice Identificatore Regionale e secondariamente il Codice Fiscale).

Nel caso ci sia un'ambiguità nell'identificazione dell'assistito o nel caso in cui l'assistito non sia registrato a sistema, non sarà possibile procedere con la prenotazione.

3.4. Gestione delle Agende e degli Erogatori abilitati

Al fine di semplificare il processo di prenotazione e di agevolare l'utente nella selezione dell'erogatore ogni utente potrà prenotare solo sulle agende per cui è abilitato.

L'associazione di determinate agende all'utente avverrà al momento dell'inserimento dell'utente sul sistema CUP-HiWeb.

Per limitare l'accesso alle unità eroganti nella funzione di Accettazione è previsto l'utilizzo di un parametro *dominio*, che verrà passato in input alla chiamata del servizio.

Tale parametro identificherà l'ambito territoriale da cui avviene il collegamento. I possibili valori andranno concordati.

3.5. Parametri di ingresso

Per avere accesso alle funzioni esposte e per contestualizzare la chiamata a tali funzioni si prevede che l'applicativo esterno possa inviare dei parametri di input.

I parametri saranno passati con il metodo POST della richiesta HTTP.

Di seguito si elencano i parametri previsti:

Nome parametro	Descrizione	Caratteristiche
token	Asserzione FedCohesion valida	Valore alfanumerico. Obbligatorio per l'accesso al SAR. In alternativa specificare operatore e password.
operatore	IdUtente CUPHiWeb assegnato in fase di registrazione dell'utente	Valore alfanumerico [lunghezza=9]
password	Password assegnata in fase di registrazione dell'utente	Valore alfanumerico [max lunghezza=24]
dominio	Id dell'ambito territoriale da cui l'utente si connette. I possibili valori saranno concordati.	Valore alfanumerico [max lunghezza=20], obbligatorio
ruolo	Ruolo con cui l'utente avvia la sessione di lavoro. Determina le funzionalità a cui può accedere	Valore alfanumerico [max lunghezza =24], obbligatorio. Attualmente previsto solo il ruolo: PRENOTATORE ESTERNO
idAnagrafe	Codice Identificatore Regionale	Valore alfanumerico [max lunghezza =30], obbligatorio se non presente cfAssistito
cfAssistito	Codice Fiscale Assistito	Valore alfanumerico [lunghezza =16], obbligatorio se non presente idAnagrafe
nre	Numero di Ricetta Elettronica	Valore alfanumerico [lunghezza =15]
inviant	Identificativo dell'inviant	Codifiche da concordare
quesito	Identificativo del quesito diagnostico	Codifiche da concordare

Possiamo prevedere l'eventuale passaggio dei campi relativi all'inviant e al quesito diagnostico, per indirizzare la prenotazione su specifiche agende. In tal caso è necessario concordare le codifiche.

Qualora fosse necessario, è possibile concordare l'invio di ulteriori parametri, in aggiunta ai precedenti, per migliorare l'operatività dell'utente.

A puro titolo esemplificativo si può prevedere che nel caso di prenotazione di una ricetta non dematerializzata vengano inviati i dati necessari alla precompilazione della pagina di prenotazione e accettazione, agevolando in tal modo l'utente.

3.6. Stampa

Al termine dell'iter di prenotazione, accettazione o cambio di un appuntamento il servizio produrrà una stampa PDF che sarà identica a quella generata dal CUP-HiWeb.

3.7. Durata della sessione di lavoro

La durata della sessione web sarà identica a quella di un login normale: 30 minuti. Dopo tale intervallo di inattività la sessione verrà automaticamente invalidata dal server e l'utente sarà reindirizzato su una pagina di errore.

alchymia-WSAccettazione
v. 1.0.5-SNAPSHOT
Specifiche webservice



Indice

1. Indice	i
2. alchymia-WSAccettazione	1
3. Metodo addPaziente (DEPRECATO)	3
4. Metodo addPrenotazione (DEPRECATO)	4
5. Metodo addAccettazione (DEPRECATO)	5
6. Metodo addAccettazione	6
7. Metodo getAccettazioneByCod (DEPRECATO)	12
8. Metodo getAccettazioneByCod	13
9. Metodo getEtichetta	14
10. Metodo removeAccettazione	16
11. Metodo removePrenotazione (DEPRECATO)	17
12. Metodo echo	18

1 alchymia-WSAccettazione

1.1 alchymia-WSAccettazione

Il servizio si pone l'obiettivo di fornire tutte le funzionalita' per garantire interoperabilita' nella fase di accettazione tra Alchymia ed un sistema esterno (applicazione di terze parti) quale puo' essere un software di gestione CUP, Cartella Clinica o similare.

1.2 Flusso tipico

Un esempio di flusso per l'integrazione in oggetto puo' essere cosi' descritto:

- l'assistito si reca presso l'UU.OO. o sportello cassa per l'accettazione
- l'applicazione "client" si occupa dell'identificazione dell'assistito e della raccolta delle informazioni riguardanti la richiesta di prestazioni e la modalita' di erogazione
- la richiesta viene quindi inoltrata al laboratorio utilizzando i metodi esposti.
- il Laboratorio rende subito disponibile il documento delle etichette per i campioni
- l'applicazione preleva suddetto documento e lo invia alla etichettatrice per la produzione delle etichette campioni

1.3 ID Richiesta

Il metodo di inserimento restituisce l'ID di Laboratorio (Data di Accettazione e Codice di Accettazione).

L'applicazione "client" deve importare questo ID nel proprio DB per poter gestire i successivi eventi. Questo poiche' qualsiasi altro metodo (recupero documenti, recupero o modifica della richiesta) puo' essere invocato esclusivamente tramite ID Alchymia.

1.4 Modifica o cancellazione di una richiesta

In caso di necessita', e' possibile modificare una richiesta in questo modo:

- si riutilizza lo stesso metodo per l'inserimento
 - si valorizza l'ID Alchymia precedentemente ottenuto in fase di inserimento

Per la cancellazione di una richiesta va utilizzato l'apposito metodo, anche in questo caso valorizzando l'ID Alchymia.

Notare che la modifica/cancellazione di una richiesta puo' essere inibita dal sistema di Laboratorio nel caso in cui sia gia' iniziata la processazione.

In tal caso il messaggio viene rifiutato e prodotta una eccezione.

1.5 Precondizioni

Tutte i codici relativi alle entita' documentate fanno riferimento alle codifiche in uso presso il Laboratorio Analisi.

In particolare:

- nome utente e password: sono riferiti ad un account che va preventivamente attivato e profilato in Alchymia
- prestazioni: si fa riferimento alla tabella delle prestazioni di Alchymia. Da notare che Alchymia prevede come chiave primaria un "codice interno" delle prestazioni, abbinatamente ad un "codice utente" (che e' quello utilizzato dagli operatori). In tutti i metodi coinvolti, si fa sempre riferimento al "codice interno"

- strutture: si fa riferimento alla tabella delle strutture di AlchymiaA, distinguendole per tipologia (ambulatoriali, degenza, etc...)

I documenti che rappresentano le entita' coinvolte vengono scambiati in formato XML \

1.6 Stampa etichette

Il recupero e la stampa delle etichette e' opzionale: puo' restare a carico del Laboratorio ed essere eseguita in sala prelievi (tipicamente per pazienti ambulatoriali).

In tal caso e' opportuno che il sistema richiedente fornisca all'assistito un Identificativo (meglio se prodotto sottoforma di bar-code) tramite il quale il Laboratorio potra' rintracciare la prestazione.

Tale ID va caricato nella richiesta al punto 3 sfruttando il campo "IDSTRUT" dell'oggetto Accettazione \

La stampa delle etichette produce un BLOB in formato RAW, gia' precompilato per essere inviato direttamente alla stampante.

La mappatura della tipologia di stampante e di alcune caratteristiche di stampa (margine, densita', etc...) viene gestita autonomamente da AlchymiaA

1.7 Implementazione

Il servizio espone i metodi indicati nelle API

Il servizio espone anche dei metodi mantenuti per compatibilita' con precedenti versioni ma che sono DEPRECATI e non dovrebbero essere piu' utilizzati.

I metodi esposti scambiano come parametri di input o output dei documenti XML che devono essere conformi ad uno dei seguenti formati:

- Accettazione.xsd dati dell'accettazione
- Res_Accettazione.xsd output dei metodi che inseriscono accettazioni
- Prenotazione.xsd DEPRECATO Dati di una prenotazione
- Res_Prenotazione.xsd DEPRECATO output dei metodi che inseriscono accettazioni

Il significato dei campi e la loro valorizzazione e' indicato in:

- Accettazione
- Res_Accettazione

2 Metodo addPaziente (DEPRECATO)

2.1 Firma del metodo

String addPaziente(String in0, String in1, String in2, String in3, String in4, String in5, String in6, String in7, String in8, String in9, String in10, String in11)

2.2 Descrizione

Inserisce un paziente.

Deprecato usare getAccettazioneByCod(String in0, String in1, String in2, String in3, String in4, String in5)

2.3 Input

in0: Nome utente per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in1: Password per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in2: Codice sanitario paziente.

in3: Nome paziente.

in4: Cognome paziente.

in5: Data di nascita paziente (formato **yyyyMMdd**).

in6: Codice istat citta' di residenza paziente.

in7: Sesso paziente.

in8: Indirizzo paziente.

in9: Numero telefono paziente.

in10: Codice fiscale paziente.

in11: Codice istat citta nascita paziente.

2.4 Output

Codice paziente sul sistema AlchymiA (con questo poi si inserisce accettazione).

3 Metodo addPrenotazione (DEPRECATO)

3.1 Firma del metodo

String addPrenotazione(String in0, String in1, String in2)

3.2 Descrizione

Inserisce una richiesta di esami (prenotazione). Restituisce un documento contenente l'ID della prenotazione in Alchymia e gli estremi per il pagamento ed il ritiro del referto.

Deprecato usare getAccettazioneByCod(String in0, String in1, String in2, String in3, String in4, String in5)

3.3 Input

in0: Nome utente per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in1: Password per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in2: Stringa contenente il documento xml che rappresenta l'accettazione da elaborare. **N.B.** La stringa non rappresenta il path che punta al documento xml ma il contenuto del documento xml stesso.

3.4 Output

Contenuto del documento xml di risposta

3.5 Errori:

Errori restituiti come SOAPException. Gli errori formalizzati sono:

- **003-001-100** errore database
- **003-001-200** autenticazione non valida
- **003-001-999** errore interno

4 Metodo addAccettazione (DEPRECATO)

4.1 Firma del metodo

String addAccettazione(String in0, String in1, String in2)

4.2 Descrizione

Inserisce una richiesta di esami (prenotazione).

Restituisce l'ID della prenotazione in Alchymia e gli estremi per il pagamento ed il ritiro del referto

Deprecato usare addAccettazione(String in0, String in1, String in2, String in3)

4.3 Input

in0: Nome utente per autenticazione sul servizio

in1: Password per autenticazione sul servizio

in2: Stringa contenente il documento xml che rappresenta la richiesta da inserire. **N.B.** La stringa non rappresenta il path che punta al documento xml ma il contenuto del documento xml.

4.4 Output

Contenuto del documento xml di risposta

5 Metodo addAccettazione

5.1 Firma del metodo

String addAccettazione(String in0, String in1, String in2, String in3)

5.2 Descrizione

Inserisce una richiesta di esami (prenotazione).

Restituisce l'ID della prenotazione in Alchymia e gli estremi per il pagamento ed il ritiro del referto

Questo metodo con firma diversa differisce per il parametro **in2**. Con **in2 = "1"** viene riassegnato in ogni caso il codice accettazione. Da utilizzare esclusivamente in ambito di trasferimento richieste da un Laboratorio ad un altro

5.3 Input

in0: Nome utente per autenticazione sul servizio

in1: Password per autenticazione sul servizio

in2: Flag per riassegnare l'ID. Nel caso che nella richiesta venga valorizzato il CODACC:

0 = la richiesta viene inserita con il CODACC passato (default) 1 = viene comunque generato un nuovo ID

in3: Stringa contenente il documento xml che rappresenta la richiesta da inserire. **N.B.** La stringa non rappresenta il path che punta al documento xml ma il contenuto del documento xml.

5.4 Output

Contenuto del documento xml di risposta

5.5 Formato documento XML Accettazione

ACCETTAZIONE			
CAMPO	DESCRIZIONE	TIPOLOGIA	OBBLIGATORIO
CODACC	Codice richiesta	stringa	no
DATAACC	Data/ora richiesta	date-time	SI
PAZIENTE	Assistito	vedi ASSISTITO_TYPE	SI
CODSTRUT	Codice struttura Rappresenta la struttura che invia la richiesta	stringa (si usano i codici di Alchymia)	SI
TIPOSTRUT	Tipo struttura indica la tipologia di struttura richiedente dedotta dalla tabella strutture di Alchymia	1 = reparto 2 = punto prelievo 3 = medico 4 = ente 5 = ditta	SI

TIPOCAMP	Tipo campione Indica la priorit� della richiesta. Utilizzare tipicamente i valori PR = per richieste di routine PU = per richieste urgenti	R = routine U = urgenza E = emergenza O = operando C = controlli qualita' PR = prenotazione routine PU = prenotazione urgenza PE = prenotazione emergenza PO = prenotazione operando	SI
CODDIA	Codice Diagnosi Rappresenta la patologia o sospetto clinico (tipicamente in ambito di degenza)	stringa (fino a 3 ripetizioni) Usare codici ICD9/CM	no
NUMLETTO	Numero del letto.	stringa	no
DATARIC	Data ricovero	date-time	no
DATAPREL	Data prelievo	date-time	no
NUMCART	Numero cartella.	stringa	no
IDSTRUT	ID richiesta Rappresenta la PK dell'accettazione inserita sul WS Vuoto se nuova accettazione	stringa	no
CAMVAR	Campo variabile	stringa	no
CODPAG	Codice pagamento Rappresenta il tariffario da applicare	stringa Usare codici di Alchymia	no se CODPAG e TIPOPAGAMENTO non sono valorizzati viene preso il codice abbinato alla struttura
TIPOPAGAMENTO	Tipo pagamento Da usare quando si vuole evitare di trascodificare CODPAG. Per ogni valore enumerativo e' associato un codice	stringa enumerativa. MUTUALISTICO TICKET ESENTE PRIVATO_FATTURA_AUT PRIVATO_FATTURA_MAN ALTRI_ENTI PRELIEVI_SUCCESSEIVI INTERNO MEDICINA_DEL_LAVORO CONTROLLI COMPARTECIPAZIONI CONTROLLI_CQ	no
CODPP	Codice del punto prelievo	stringa	

NOTESEG	Eventuali note riservate alla segreteria	stringa	no
NOTLAB	Eventuali note riservate al Laboratorio	stringa	no
NOTEPZ	Eventuali note da riportare sul referto	stringa	no
CODMED	Codice medico Rappresenta il Medico richiedente o prescrittore per richieste ambulatoriali	stringa Usare codici di Alchymia	no
DESMED	Nominativo del medico.	stringa	no
DATAUC	Data ultimo ciclo Riservato a donne in stato di gravidanza	date-time	no Si usa in alternativa alla settimana di gravidanza
SETGRA	Settimana di gravidanza Riservato a donne in stato di gravidanza	intero (-1=non specificato)	no Si usa in alternativa alla data ultimo ciclo
FASECIC	Fase del ciclo. E' utile nel caso vengano richiesti esami che prevedono valori normali dipendenti dalla fase del ciclo	0 = non specificato 1 = follicolare 2 = luteinica 3 = picco meta' ciclo 4 = menopausa 5 = gravidanza 6 = eta' puberale	no
CODPAPRIV	Codice pagamento per eventuali Rappresenta il tariffario da applicare per esami non a carico del SSN	stringa Usare codici di Alchymia	no
FLAGAUT	Autorizzazione al trattamento	0 = non autorizza 1 = autorizza	no
FLAGAUT2	Autorizzazione accesso internet	0 = non autorizza 1 = autorizza	no
FLAGAUT3	Autorizzazione visibilita' medico curante	0 = non autorizza 1 = autorizza	no
IMPSCONTO	Eventuale sconto applicato	valuta in euro	no
IMPSALDO	Eventuale importo ancora da saldare	valuta in euro	no
EMISSIONESTAMPA	Modalita di emissione del referto: stampa Indica se e' richiesta la produzione del referto cartaceo	0 = no 1 = si	no
EMISSIONEFAX	Modalita di emissione del referto: fax Indica se e' richiesto l'invio del referto via fax	0 = no 1 = si	no

EMISSIONEEMAIL	Modalita di emissione del referto: mail Indica se e' richiesto l'invio del referto via email	0 = no 1 = si	no
EMISSIONEINTERNET	Modalita di emissione del referto: internet Indica se e' richiesto l'accesso al referto via web	0 = no 1 = si	no
TOTPAG	Importo totale a carico del paziente	valuta in euro	no
CODSTRPROV	Struttura di provenienza della richiesta	stringa	Per uso interno, rappresenta il solo per uso interno
CODACCPROV	Codice accettazione di provenienza della richiesta	stringa	no solo per uso interno
DATAACCPROV	Data accettazione di provenienza della richiesta	date-time	no solo per uso interno
IMPEGNATIVA	Record impegnativa	vedi RICETTA_TYPE	no
RECPRE	Record esame	vedi ESAME_TYPE	si
ASSISTITO_TYPE			
CAMPO	DESCRIZIONE	TIPOLOGIA	OBBLIGATORIO
CODPAZIENTE	Codice assistito in Alchymia	stringa autogenerata	no lasciare sempre vuoto
CODAPC	Codice assistito su Anagrafe Pazienti Centralizzata	stringa	no
CODFISCALE	Codice fiscale	stringa	no
COGNOME	Cognome assistito	stringa	si
NOME	Nome assistito	stringa	si
INDIRIZZO	Indirizzo assistito residenza	stringa	no
SESSO	Sesso	M = maschio F = femmina I = ignoto	si
DATANASCITA	Data di nascita	date-time	si
CODNASCITA	Codice citta di nascita	codice istat	no
DESNASCITA	Descrizione citta di nascita	stringa	no
CODRESIDENZA	Codice citta di residenza	codice istat	no
DESRESIDENZA	Descrizione citta di residenza	stringa	no
CODDOMICILIO	Codice citta di domicilio	codice istat	no

DESDOMICILIO	Descrizione città di domicilio	stringa	no
INDIRIZZODOMICILIO	Indirizzo domicilio	stringa	no
CODMEDICO	Codice medico curante Rappresenta il Medico di Medicina Generale	stringa Usare codici di AlchymiaA	no
DESMEDICO	Nominativo medico curante	stringa	no
TELEFONO	Numero telefono	stringa	no
EMAIL	Indirizzo email	stringa	no
ETNIA	Etnia assistito	stringa	no
SPECIEANIMALE	Specie animale	stringa Usare codici di AlchymiaA	no (solo per medicina veterinaria)
RICETTA_TYPE			
CAMPO	DESCRIZIONE	TIPOLOGIA	OBBLIGATORIO
NUMIMP1	Prima parte del codice ricetta	stringa 5 cifre	si
NUMIMP2	Seconda parte del codice ricetta	stringa 10 cifre	si
DATAIMP	Data di prescrizione della ricetta	date-time	si
ESEIMP	Eventuale codice di esenzione	codice ICDM/9	no
ESAME_TYPE			
CAMPO	DESCRIZIONE	TIPOLOGIA	OBBLIGATORIO
ISPROFILO	Flag Esame o profilo	0 = esame 1 = profilo	si
CODESAME	Codice esame o profilo a seconda di ISPROFILO	stringa Usare codici di AlchymiaA (codice interno)	si
TIPOESA	Tipo di esame.	0 = normale 1 = pseudo-esame 2 = prelievo 3 = ciclo a scelte 4 = ciclo giornaliero 5 = ciclo orario 6 = ciclo variabile 7 = ciclo con sola indicazione del numero dei prelievi 8 = scelta da tabella 9 = si tratta di un profilo	no
INTESTAZIONE	Intestazione richieste per cicli di esami	stringa	no

RIGARISP	Eventuali specifiche Se TIPOESA=7, RIGARISP contiene num. prelievi. Se TIPOESA=8, RIGARISP contiene indice scelta	stringa (fino a 10 ripetizioni)	no
TIPOPAGE	Tipo pagamento dell'esame.	0 = normale 1 = privato 2 = esente 3 = gratis 4 = esame in serie 5 = non eseguibile	no usare solo per richieste ambulatoriali
NUMIMP	Indice ricetta rispetto agli elementi contenuti in RICETTA_TYPE	intero	no usare solo per esami prescritti su ricetta SSN
NUMSERIE	Indica il numero di richieste totali in un ciclo di prestazioni	intero	no
INDSERIE	Indica l'indice della richiesta in un ciclo di prestazioni. Si usa abbinatamente a NUMSERIE Esempio: NUMSERIE=8, INDSERIE=3 sta ad indicare la terza richiesta in un ciclo di 8	intero	no
CODCOLL	Rappresenta il codice di transcodifica dell'esame	stringa	no solo per uso interno

5.6 Formato documento xml ResAccettazione

RES_ACCETTAZIONE		
CAMPO	DESCRIZIONE	TIPOLOGIA
CODACC	PK dell'accettazione (ID generato dal WS)	stringa
DATAREF1	Data di presunta disponibilit� del referto	date-time
DATAREF2	Eventuale seconda data di disponibilit� del referto. utilizzata nel caso vi sia un referto disponibile a breve termine a cui seguir� un referto a completamento.	date-time
TOTCOSTO	Totale a carico dell'assistito	valuta in euro
TOTIMPEGNATIVA	Totale per ogni ricetta	valuta in euro (max 10 ripetizioni)

6 Metodo getAccettazioneByCod (DEPRECATO)

6.1 Firma del metodo

String getAccettazioneByCod(String in0, String in1, String in2, String in3)

6.2 Descrizione

Recupera una accettazione per codice e data

Deprecato usare getAccettazioneByCod(String in0, String in1, String in2, String in3, String in4, String in5)

6.3 Input

in0: Nome utente per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in1: Password per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in2: codice accettazione

in3: data accettazione

6.4 Output

Stringa contenente il documento xml che rappresenta l'accettazione da elaborare. **N.B.** La stringa non rappresenta il path che punta al documento xml ma il contenuto del documento xml stesso.

7 Metodo getAccettazioneByCod

7.1 Firma del metodo

String getAccettazioneByCod(String in0, String in1, String in2, String in3, String in4, String in5)

7.2 Descrizione

Recupera una accettazione per chiave primaria (in2/in3/in4) in5 e' il laboratorio che esegue gli esami ed e' utilizzato per filtrare gli esami restituiti

7.3 Input

in0: Nome utente per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in1: Password per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in2: codice laboratorio

in3: codice accettazione

in4: data accettazione

in5: codice laboratorio eseguento

7.4 Output

Stringa contenente il documento xml che rappresenta l'accettazione da elaborare. **N.B.** La stringa non rappresenta il path che punta al documento xml ma il contenuto del documento xml stesso.

8 Metodo getEtichetta

8.1 Firma del metodo

String getEtichetta(String in0, String in1, String in2, String in3, String in4, String in5, String in6, String in7, String in8, String in9, String in10, String in11, String in12, String in13, String in14, String in15)

8.2 Descrizione

Recupera il documento delle etichette in formato raw (per una prenotazione o una serie di prenotazioni) da inviare direttamente alla stampante

8.3 Input

in0: Nome utente per effettuare operazioni su servizio interno (SALSTA).

in1: Password per effettuare operazioni su servizio interno (SALSTA).

in2: Codice struttura.

in3: Data estremo inferiore intervallo di ricerca. Formato **yyyyMMdd**.

in4: Data estremo superiore intervallo di ricerca. Formato **yyyyMMdd**.

in5: Codice accettazione iniziale per ricerca.

in6: Codice Accettazione finale per ricerca, settare come precedente per una singola accettazione.

in7: Tipo paziente:

- 0 = tutti
- 1 = interni
- 2 = esterni

in8: Valori:

- 0 = tutti
- 1 = solo dedicate

in9: Tipo di struttura: valori

- 0 = tutti
- 1 = Reparto
- 2 = Punto prelievo
- 3 = Medico
- 4 = Ente
- 5 = Ditta
- Default 0

in10: Valori:

- 0 = tutti
- 1 = solo BARCODE
- 2 = escluse BARCODE

in11: Tipo etichette 4 o anagrafe: valori

- 0 = sì

- 1 = da sole
- 2 = no

in12: ordine con cui vengono restituite le etichette. valori:

- 0 = per codice
- 1 = alfabetico
- 2 = per settore

in13: valori:

- 0 = tutti
- 1 = solo le non stampate

in14: Indica se si vuole le informazioni delle etichette da stampare per una singola accettazione etc...
Valori:

- 0 = etichette singola accettazione
- 1 = tutte le etichette

in15: Identificativo della stampa. valori:

- SDM = stampa in formato SDM
- non valorizzato = stampa normale

8.4 Output

Stringa raw delle etichette da inviare alla stampante delle etichette.

8.5 Errori:

Errori restituiti come SOAPException. Gli errori formalizzati sono:

- **003-001-001** prenotazione non trovata
- **003-001-100** errore database
- **003-001-200** autenticazione non valida
- **003-001-999** errore interno

9 Metodo removeAccettazione

9.1 Firma del metodo

void removeAccettazione(String in0, String in1, String in2, String in3, String in4, String in5, String in6, String in7).

9.2 Descrizione

Cancella una richiesta di esami (prenotazione) precedentemente inserita.

9.3 Input

in0: Nome utente per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in1: Password per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in2: codice laboratorio.

in3: codice accettazione.

in4: data accettazione.

in5: codice paziente.

in6: codice fiscale paziente.

in7: codice paziente HOpera (ID_Paziente_HOpera).

9.4 Output

nessun valore restituito

10 Metodo removePrenotazione (DEPRECATO)

10.1 Firma del metodo

String removePrenotazione(String in0, String in1, String in2)

10.2 Descrizione

Cancella una richiesta di esami (prenotazione) precedentemente inserita.

NOTA: il metodo e' stato implementato solo per mantenere la retrocompatibilita' con la versione precedente del servizio - al suo posto utilizzare il metodo `removeAccettazione(...)`

10.3 Input

in0: Nome utente per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in1: Password per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in2: Stringa contenente il documento xml che rappresenta l'accettazione da elaborare. **N.B.** La stringa non rappresenta il path che punta al documento xml ma il contenuto del documento xml stesso.

10.4 Output

Contenuto del documento xml di risposta

10.5 Errori:

Errori restituiti come SOAPException. Gli errori formalizzati sono:

- **003-001-001** prenotazione non trovata
- **003-001-100** errore database
- **003-001-200** autenticazione non valida
- **003-001-999** errore interno

11 Metodo echo

11.1 Firma del metodo

String echo(String in0)

11.2 Descrizione

Effettua l'echo del messaggio passato al metodo.

NOTA: Questo messaggio svolge una funzione strettamente legata alle attività di debug pertanto non dovrebbe essere utilizzato in fase di produzione

11.3 Input

in0: messaggio da ritornare.

11.4 Output

Stesso messaggio inviato al web service

WSReferto
v. 1.0.2-SNAPSHOT
Specifiche webservice



Índice

1. Índice	i
2. WSReferto	1
3. Metodo echo	2
4. Metodo getRefertoPDF	3
5. Metodo getRefertoXML	5
6. Metodo validaReferto	9
7. Metodo setReposIntro	10
8. Metodo getReposPrel	12

1 WSReferto

1.1 WSReferto

Il servizio si pone l'obiettivo di fornire tutte le funzionalita' per garantire interoperabilita' nella fase di produzione del referto tra Alchymia ed un sistema esterno (applicazione di terze parti) quale puo' essere un software di gestione CUP, gestione Scheda Sanitaria, Data Repository Aziendale, etc...

1.2 Flusso tipico:

- Il sistema di Laboratorio termina la fase di processazione e produce il referto
- il Laboratorio notifica l'avvenuta esecuzione del referto e/o lo invia al sistema esterno tramite apposito metodo o su una cartella condivisa
- l'applicazione puo' scaricare il referto tramite apposito metodo

1.3 Precondizioni:

- La codifica delle prestazioni e' quella in uso presso i Laboratori Analisi.
- Il documento del referto e' in formato XML o PDF
- I punti 2 e 3 sono complementari: a seconda dell'implementazione scelta, il referto puo' essere inviato dal sistema di Laboratorio (in tal caso il sistema richiedente dovra' esporre un opportuno metodo per la ricezione) o prelevato autonomamente dall'applicazione "client"

1.4 Implementazione:

Il servizio espone i seguenti metodi per implementare il flusso sopra descritto:

- String **echo**(String in0)
- String **getRefertoPDF**(String in0, String in1, String in2, String in3, String in4, String in5, String in6, String in7, String in8, String in9, String in10, String in11)
- String **getRefertoXML**(String in0, String in1, String in2, String in3, String in4, String in5, String in6, String in7,)
- String **validaReferto**(byte[] in0, String in1, String in2)
- String **getReposPrel**(String in0, String in1, String in2, String in3)

Il servizio richiede che vengano implementati esternamente i seguenti metodi CHE SIGNIFICA? :

- void **setReposIntro**(String in0, String in1, String in2, String in3, String in4, String in5, String in6, String in7, String in8, String in9, String in10, String in11)

2 Metodo echo

2.1 Firma del metodo

String echo(String in0)

2.2 Descrizione

Effettua l'echo del messaggio passato al metodo.

NOTA: Questo messaggio svolge una funzione strettamente legata alle attività di debug pertanto non dovrebbe essere utilizzato in fase di produzione

2.3 Input

in0: messaggio da ritornare.

2.4 Output

Stesso messaggio inviato al web service

3 Metodo getRefertoPDF

3.1 Firma del metodo

String getRefertoPDF(String in0, String in1, String in2, String in3, String in4, String in5, String in6, String in7, String in8, String in9, String in10, String in11, String in12)

3.2 Descrizione

Recupera un referto da Alchymia sotto forma di documento PDF

3.3 Input

in0: Nome utente per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in1: Password per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in2: Codice inizio accettazione

in3: Data inizio accettazione. Formato yyyyMMdd

in4: Codice fine accettazione

in5: Data fine accettazione. Formato yyyyMMdd

in6: tipo della struttura:

- 0 = Non abilitato (il parametro CODSTRUT non viene preso in considerazione)
- 1 = Reparto
- 2 = Punto prelievo
- 3 = Medico
- 4 = Ente
- 5 = Ditta

in7: Codice della struttura (reparto, punto prelievo, etc.).

in8: Tipo cartella

- 1 = tutti
- 2 = solo cartelle complete

in9: Tipo esami

- 0 = tutti
- 1 = solo esami non forniti
- 2 = tutti tranne chiusi

in10: Numero copie

in11: Tipo campione

- 0 = tutti
- 1 = urgenze
- 2 = routine

3.4 Output

Contenuto del documento PDF di risposta

N.B. La stringa non rappresenta il path che punta al documento ma il contenuto del documento.

Eccezione `006-001-001`: documento inesistente

Eccezione `006-001-200`: autenticazione non valida

Eccezione `006-001-999`: errore interno

4 Metodo getRefertoXML

4.1 Firma del metodo

String getRefertoXML(String in0, String in1, String in2, String in3, String in4, String in5, String in6, String in7)

4.2 Descrizione

Recupera un referto da Alchymia sotto forma di documento XML

4.3 Input

in0: Nome utente per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in1: Password per effettuare operazioni su servizio interno (SALKI).

in2: Codice inizio accettazione

in3: Data inizio accettazione. Formato yyyyMMdd

in4: Codice fine accettazione

in5: Data fine accettazione. Formato yyyyMMdd

in6: tipo della struttura:

- 0 = Non abilitato (il parametro CODSTRUT non viene preso in considerazione)
- 1 = Reparto
- 2 = Punto prelievo
- 3 = Medico
- 4 = Ente
- 5 = Ditta

in7: Codice della struttura (reparto, punto prelievo, etc.).

4.4 Output

Contenuto del documento XML di risposta

N.B. La stringa non rappresenta il path che punta al documento ma il contenuto del documento.

Eccezione 006-001-001: documento inesistente

Eccezione 006-001-200: autenticazione non valida

Eccezione 006-001-999: errore interno

4.5 Formato documento XML Referto

REFERTO		
CAMPO	DESCRIZIONE	TIPOLOGIA
tipoReferto		
azienda	Azienda che ha prodotto il referto	vedi tipoAzienda
struttura	Struttura erogante	vedi tipoStruttura

specialita	Specialita'	vedi tipoSpecialita
unita_erogante	Unita' erogante	vedi tipoUnita_erogante
data-esame	Data esame	date-time
data-richiesta	Data richiesta	date-time
cod-richiesta	Codice richiesta	stringa
cv1	Campo variabile 1	stringa
cv2	Campo variabile 2	stringa
tipoCampione	Tipo campione	R = routine U = urgenza E = emergenza O = operando
assistito	Assistito	vedi tipoAssistito
settori	Settore di laboratorio	vedi tipoSettore
dataProduzioneReferto	Data produzione referto	date-time
tipoPunto		
ascissa	Coordinata X	intero
ordinata	Coordinata Y	intero
minimo	Flag che indica se si tratta di un punto di minimo	0 = no 1 = si
tipoAssistito		
ass_codpaziente	Codice assistito in Alchymia	stringa
ass_codAPC	Codice assistito su Anagrafe Pazienti Centralizzata	stringa
ass_codicefiscale	Codice fiscale	stringa
ass_cognome	Cognome assistito	stringa
ass_nome	Nome assistito	stringa
ass_indirizzo	Indirizzo di residenza dell'assistito	stringa
ass_sesso	Sesso	M = maschio F = femmina I = ignoto
ass_dataNascita	Data di nascita	date-time
ass_codNascita	Codice citta' di nascita	codice istat
ass_desNascita	Descrizione citta' di nascita	stringa
ass_codResidenza	Codice citta' di residenza	codice istat
ass_desResidenza	Descrizione citta' di residenza	stringa
ass_cap	Codice avviamento postale	stringa
ass_codMedico	Codice medico curante	stringa
ass_desMedico	Nominativo medico curante	stringa
ass_codDomicilio	Codice citt# di domicilio	codice istat
ass_desDomicilio	Descrizione citt# di domicilio	stringa
ass_indDomicilio	Indirizzo domicilio	stringa
ass_codStrutturaRichiedente	Codice struttura richiedente	stringa

ass_desStrutturaRichiedente	Descrizione struttura richiedente	stringa
ass_etnia	Etnia assistito	stringa
ass_SpecieAnimale	Specie animale (per medicina veterinaria)	stringa
tipoAntibiotico		
codAntibiotico	Codice antibiotico	stringa
desAntibiotico	Descrizione antibiotico	stringa
sensibilita	Sensibilita' antibiotico	stringa
mic_Minima	concentrazione inibente	stringa
costo_Costo	antibiotico	Valuta in Euro
ConclivSiero	Concentrazione liv. siero	stringa
conclivUrine	Concentrazione liv. urine	stringa
dosaggio	Dosaggio antibiotico	stringa
tipoAzienda		
az_logo	Logo azienda	Url immagine logo
az_nome	Nome azienda	stringa
az_indirizzo	Indirizzo azienda	stringa
az_e-mail	Indirizzo posta elettronica	stringa
az_html-link	Collegamento sito internet	stringa
tipoEsame		
codEsame	Codice	stringa
codInternoEsame	Codice interno	stringa
desEsame	Descrizione	stringa
codMinisteriale	Codice ministeriale	stringa
commentoInTesta	Commento in testa	stringa
commentoInCoda	Commento in coda	stringa
metodica	Metodica	stringa
prove	Elenco prove dell'esame	vedi tipoProva
tipoProva		
codProva	Codice	stringa
desProva	Descrizione	stringa
tipoEsito	Tipo di esito	N=numerico D=descrittivo A=antibiogramma G=grafico
udm	Unit# di misura	stringa
valoreNormale	Valore normale	vedi tipoTabellaVN
esito	Esito prova	stringa
patologico	Flag che indica un esito di tipo patologico	N=negativo P=positivo

codStrutturaEsegunte	Codice struttura esegunte	stringa
desStrutturaEsegunte	Descrizione struttura esegunte	stringa
nomeValidatore	Nome operatore che ha validato la prova	stringa
dataValidazione	Data validazione prova	date-time
germi	Germe isolato	vedi tipoGerme
grafico	Grafico della prova	vedi tipoPunto
tipoGerme		
codGerme	Codice	stringa
desGerme	Descrizione	stringa
caricaBatterica	Carica batterica germe	stringa
legenda	Legenda	stringa
antibiotici	Antibiotici saggiati	vedi tipoAntibiotico
tipoSettore		
codSettore	Codice	stringa
desSettore	Descrizione	stringa
esami	Esami del settore	vedi tipoEsame
tipoSpecialita		
spec_logo	Logo specialita'	Url immagine logo
spec_nome	Nome	stringa
spec_indirizzo	Indirizzo	stringa

5 Metodo validaReferto

5.1 Firma del metodo

String validaReferto(byte[] in0, String in1, String in2)

5.2 Descrizione

Valida il referto in formato xml per verificarne la correttezza sintattica e lo salva in una cartella locale del server.

5.3 Input

in0: Stringa contenente il documento xml che rappresenta il referto da elaborare. **N.B.** La stringa non rappresenta il path che punta al documento xml ma il contenuto del documento xml, la sintassi del file XML e' contenuta nel file Referto.xsd i cui campi sono descritti in Referto.xml

in1: Path dove salvare il file

in2: Nome del file su cui salvare il referto

5.4 Output

Nessun valore ritornato.

Eccezione 007-001-999: errore interno

6 Metodo setReposIntro

6.1 Firma del metodo

String setReposIntro(String cfAssistito, String dataEvento, String oraEvento, String codEvento, String CodEnte, String codStruttura, String codSpecialita, String codUnitaErogante, String cfMedico, String linkDati, String codWS, String visibilita)

6.2 Descrizione

Notifica al registro degli eventi che in un ente periferico si e' verificato un dato evento. Ad esempio nel caso del laboratorio analisi quando un referto viene validato, questo evento viene comunicato al registro degli eventi insieme all'informazione per recuperare il referto.

6.3 Input

cfAssistito: Codice fiscale assistito.

dataEvento: Data evento. Formato ddMMyyyy. Nel caso del laboratorio sara' data referto.

oraEvento: Ora evento. Formato hhmm. Nel caso del laboratorio sara' ora referto.

codEvento: Codice evento come da nomenclatore tariffario nazionale con gli allargamenti regionali o locali della struttura.

- LAB01: Referto completo
- LAB02: Accettazione totalmente refertata
- LAB03: Accettazione parzialmente refertata
- LAB04: Accettazione check-in effettuato
- LAB05: Prenotazione

CodEnte: Codifica ente all'interno del progetto aree urbane. Nel caso del laboratorio sara' una stringa fissa per ciascun server del laboratorio: ad esempio "110109".

codStruttura: Codice della struttura. Nel caso del laboratorio sara' una stringa fissa per ciascun server del laboratorio: ad esempio "110028".

codSpecialita: Codice specialita'. Sara' una stringa fissa: ad esempio "59".

codUnitaErogante: Codifica unita' erogante all'interno del progetto aree urbane. Sara' una stringa fissa per ciascun server del laboratorio: ad esempio "00001".

cfMedico: Codice fiscale medico richiedente.

linkDati: Link per il recupero del documento. Ad esempio "R2004100100020".

codWS: Codice del web service. Numerico che definisce il web service da invocare per il recupero dei dati associati all'evento.

visibilita: Flag che definisce la visibilita' dei dati. Nel caso del laboratorio sara' uno dei valori:

- 0 = non visibile medico di base
- 1 = visibile medico di base.

6.4 Output

Il metodo non restituira' nessun output

Eccezione 002-001-001: Assistito sconosciuto o codice fiscale malformato.

Eccezione 002-001-002: Data errata.

Eccezione 002-001-003: Ora errata.

Eccezione 002-001-004: CodEvento errato o sconosciuto.

Eccezione 002-001-005: CodEnte errato o sconosciuto.

Eccezione 002-001-006: CodStruttura errato o sconosciuto.

Eccezione 002-001-007: CodSpecialita errato o sconosciuto.

Eccezione 002-001-008: CodUnitaErogante errato o sconosciuto.

Eccezione 002-001-009: CfMedico errato o sconosciuto.

Eccezione 002-001-010: LinkDati non valido o non specificato.

Eccezione 002-001-011: CodWS non valido o non specificato.

Eccezione 002-001-012: Visibilita non valido.

Eccezione 002-001-100: Errore database.

Eccezione 002-001-999: Errore interno generico.

7 Metodo getReposPrel

7.1 Firma del metodo

String getReposPrel(String in0, String in1, String in2, String in3)

7.2 Descrizione

Recupera un referto da Alchymia sotto forma di documento XML o PDF

7.3 Input

in0: Nome utente per effettuare operazioni su servizio interno.

in1: Password per effettuare operazioni su servizio interno.

in2: Tipo di documento: 0=XML 1=PDF

in3: ID del referto RYYYYMMDDCCCCC dove YYYYYMMDD corrisponde alla data dell'accettazione e CCCCC e' il codice dell'accettazione

7.4 Output

Contenuto del documento di risposta sottoforma di array di bytes.

Eccezione 006-001-001: documento inesistente

Eccezione 006-001-100: errore database

Eccezione 006-001-200: autenticazione non valida

Eccezione 006-001-999: errore interno

**INTEGRAZIONE FRA SISTEMI INFORMATICI
AZIENDALI ED
eRIS Integration Platform di EXPRIVIA**

1.	Note	5
1.1.	Revisioni documento	5
1.2.	Finalità del documento	7
1.3.	Modalità di comunicazione	7
2.	Profilo IHE PAM: Transazione ITI-030	8
2.1.	Messaggi HL7	8
2.1.1.	ADT^A28	9
2.1.2.	ADT^A31	9
2.1.3.	ADT^A40	9
2.1.4.	ADT^A47	9
2.1.5.	ADT^A24 – ADT^37	9
3.	Transazione RAD-1 (Patient Registration)	10
3.1.	Messaggi HL7	10
3.1.1.	ADT^A01 – Admit/Visit Notification	11
3.1.2.	ADT^A04 – Register a Patient	11
3.1.3.	ADT^A05 – Pre-Admit a Patient	11
3.1.4.	ADT^A11 – Cancel Admit/Visit Notification	11
3.1.5.	ADT^A38 – Cancel Pre-Admit	11
4.	Transazione RAD-12 (Patient Update)	12
4.1.	Messaggi HL7	12
4.1.1.	ADT^A02 – Patient Transfer	13
4.1.2.	ADT^A03 – Patient Discharge	13
4.1.3.	ADT^A06 – Change an Outpatient to an Inpatient	13
4.1.4.	ADT^A07 – Change an Inpatient to an Outpatient	13
4.1.5.	ADT^A08 – Update Patient Information	13
4.1.6.	ADT^A12 – Cancel Transfer	14
4.1.7.	ADT^A13 – Cancel Discharge/End Visit	14
4.1.8.	ADT^A40 – Merge Patient	14
5.	Transazione RAD-2 (Placer Order Management)	15
5.1.	Scenario	15
5.2.	Messaggi HL7	15
5.2.1.	ORM^O01 – General Order Message	16
5.2.2.	Regole di compilazione dei messaggi	16
6.	Transazione RAD-3 (Filler Order Management)	17
6.1.	Messaggi HL7	17
6.1.1.	ORM^O01 (New Order)	18
6.1.2.	ORM^O01 (Cancel)	18
6.1.3.	ORM^O01 (Status Update)	18
6.1.4.	ORR^O02 – General Order Response	19
7.	Transazione RAD-4 (Procedure Scheduled)	20
7.1.	Messaggi HL7	20
8.	Transazione RAD-13 (Procedure Update)	22
9.	Transazione RAD-5 (Query Modality Worklist)	23
10.	Transazione RAD-6 (Modality Procedure Step in Progress)	24
11.	Transazione RAD-7 (Modality Procedure Step Completed/Discontinued)	25
12.	Transazione RAD-20 (Creator Procedure Step in Progress)	25
13.	Transazione RAD-21 (Creator Procedure Step Completed)	25
14.	Transazione RAD-48 (Appointment Notification)	26
14.1.	Eventi, Messaggi e segmenti	26
14.1.1.	SIU^S12 – Notification of New Appointment Bookings	27
14.1.2.	SIU^S13 – Appointment Notification - Reschedule Bookings	27
14.1.3.	SIU^S15 – Appointment Notification - Cancel Booking	27
14.1.4.	Regole di compilazione dei messaggi	27

15.	Invio referti e URI ad immagini PACS	29
15.1.	Eventi, Messaggi e segmenti	29
15.1.1.	MDM^T01 – Original Document Notification	30
15.1.2.	MDM^T02 – Original Document Notification and Content	30
15.1.3.	MDM^T09 – Document Replacement Notification	30
15.1.4.	MDM^T10 – Document Replacement Notification and Content	30
15.1.5.	MDM^T11 – Document Cancel Notification	30
15.1.6.	Regole di compilazione dei messaggi	30
16.	Query response for order status	32
16.1.	Messaggi HL7	32
16.1.1.	OSQ^Q06 – Order Status Query	32
16.1.2.	OSR^Q06 – Order Status Response	32
17.	DESCRIZIONE MESSAGGI HL7 - Segmenti	33
17.1.	AIL - Appointment Information - Location Resource Segment	33
17.2.	AIP - Appointment Information - Personnel Resource Segment	34
17.3.	AIS - Appointment Information - Service Segment	35
17.4.	DG1 – Diagnosis Segment	36
17.5.	ERR	37
17.6.	EVN - Event Type Segment	38
17.7.	MRG – Merge Patient Information Segment	38
17.8.	MSA	38
17.9.	NTE	39
17.9.1.	Notes and Comments Segment per AIS	39
17.9.2.	NTE – Notes and Comments Segment per SCH	39
17.9.3.	NTE – Notes and Comments Segment per OBR	40
17.10.	MSH - Message Header	41
17.11.	OBR – Observation Request Segment	42
17.11.1.	Transazione RAD-2 (Placer Order Management)	44
17.11.2.	Transazione RAD-3 (Filler Order Management)	45
17.11.3.	Messaggio MDM	46
17.11.4.	Transazione RAD-4 (Procedure Scheduled)	46
17.11.5.	Transazione RAD-13 (Procedure Update)	46
17.11.6.	Messaggio OSR^Q06	47
17.12.	OBX - Observation/Result Segment	48
17.13.	ORC – Common Order Segment	50
17.13.1.	Transazione RAD-2 (Placer Order Management)	50
17.13.2.	Transazione RAD-3 (Filler Order Management)	52
17.13.3.	Messaggi MDM	54
17.13.4.	Transazione RAD-4 (Procedure Scheduled)	54
17.13.5.	54	54
17.13.6.	Transazione RAD-13 (Procedure Update)	54
17.13.7.	Messaggio OSR^Q06	55
17.14.	PD1 - Patient Additional Demographic Segment	56
17.15.	PID – Patient Identification Segment	57
17.15.1.	Compilazione segmento per i messaggi ADT^A01 – ADT^A04 – ADT^A05 – ADT^A08 – ADT^A40 – OSR^Q06 – ORM^O01 (Scenario 2)	58
17.15.2.	Compilazione segmento per i messaggi ADT^A11 – ADT^A38 – MDM^* – SIU^* – ORM^O01 (Scenario 1)	59
17.15.3.	Compilazione segmento per i messaggi ADT^A28 – ADT^A31	59
17.15.4.	Transazione RAD-4 (Procedure Scheduled) e RAD-13 (Procedure Update)	60
17.15.5.	Compilazione PID per i messaggi non precedentemente definiti	62
17.16.	PV1 – Patient Visit Segment	63

17.16.2.	Compilazione segmento per i messaggi ADT^A01 – ADT^A04 – ADT^A05 – ADT^A08 – ADT^A40	65
17.16.3.	Compilazione segmento per i messaggi ADT^A28, ADT^A31	65
17.16.4.	Compilazione segmento per il messaggio ADT^A02	66
17.16.5.	Compilazione segmento nel messaggio ORM^O01 - New Order	66
17.16.6.	Compilazione PV1 per messaggi MDM	67
17.16.7.	Transazione RAD-4 (Procedure Scheduled) e RAD-13 (Procedure Update)	68
17.16.8.	Compilazione PV1 per messaggi non precedentemente definiti	68
17.17.	PV2 – Patient Visit - Additional Information Segment	70
17.17.2.	Compilazione segmento per i messaggi ADT^A01 – ADT^A02 – ADT^A03 – ADT^A04 – ADT^A05 – ADT^A06 – ADT^A07	72
17.17.3.	Compilazione segmento nel messaggio ORM^O01	72
17.18.	QRD – Query Definition	72
17.19.	RGS - Resource Group Segment	74
17.20.	SCH - Schedule Activity Information Segment	75
17.21.	TXA - Transcription Document Header Segment	77
17.22.	ZDS	78
17.22.1.	Transazione RAD-4 (Procedure Scheduled)	78
17.22.2.	Transazione RAD-13 (Procedure Update)	78
18.	Tabelle User Defined	79
18.1.	Tabella UD #0004 – Patient Class	79
18.2.	Tabella UD #0007 – Admission Type	79
18.3.	Tabella UD #0023 – Admit Source	79
18.4.	Tabella UD #0064 – Financial class	80
18.5.	Tabella UD #0116 – Bed Status	80
18.6.	Tabella UD #0203 – Identifier Type	81
18.7.	Tabella UD #0217 – Visit Priority	81
18.8.	Tabella UD #0270 – Document Type	81
18.9.	Tabella UD #0305 – Person Location Type	81
18.10.	Tabella UD #0363 – Assigning Authority (valori proposti)	82
19.	Documenti di riferimento	83
Appendice A		84
Pazienti Sconosciuti		84

1. Note

1.1. Revisioni documento

Rev.	Data	Descrizione	Redatto da
1	02.08.2007	Prima emissione	Sartori Flaviano
1.1	17.10.2007	Modifiche descrittive. • Merge paziente in anagrafe RIS • Ritorno referto (seg. OBX) • PID-19 contiene il numero della tessera sanitaria	Sartori Flaviano
1.2	03.12.2007	Modifiche segmento OBR. L'agenda viene inserita nel campo 46 o 47 a seconda della transazione IHE	Sartori Flaviano
1.3	28.01.2008	Modifica messaggio MDM	Sartori Flaviano
1.4	28.03.2008	Segmenti ORC e OBR	Sartori Flaviano
1.5	21.05.2008	Gestione delle transazioni: RAD-4,RAD-5,RAD-6, RAD-7, RAD-20 e RAD-21. Modifica segmento OBX. PV1-7 PV1-8 e PV1-9 valorizzare Assigning Authority (XCN.9) e non Assigning Agency or Department (XCN.23)	Ruggeroni Dario Sartori Flaviano
1.6	30.05.2008	Modifica descrizioni RAD-2 e RAD-3	Sartori Flaviano
1.7	12.01.2009	Adeguamento alla localizzazione italiana	Sartori Flaviano
1.8	25.05.2009	Modifica descrizione e gestione messaggi MDM^T01 e MDM^T09	Sartori Flaviano
1.9	02.11.2009	Aggiunto in OBX.5.1 il subtype P7M_PDF	Sartori Flaviano
1.9.1	06.11.2009	ORC-12 valorizzare Assigning Authority (XCN.9) e non Assigning Agency or	Sartori Flaviano

		Department (XCN.23)	
1.9.2	07.09.2010	Modificato il paragrafo 1.3	Sartori Flaviano
1.9.3	01.02.2011	Aggiornamento capitoli	Sartori Flaviano
1.9.4	21.02.2011	Modifica campi PV1-19,ORC-2,ORC-3, ORC-4,OBR-46 e OBR-47. La tipologia del medico è definita nella tabella UD #0203	Sartori Flaviano
1.9.5	27.07.2012	Definizione dei segmenti PID,PV1,ORC,OBR e ZDS per le transazioni RAD-4 e RAD-13	Sartori Flaviano
1.10.0	12.06.2013	Supporto ai messaggi OSQ/OSR	Sartori Flaviano

1.2. Finalità del documento

In questo documento vengono descritti i profili IHE ai quali fa riferimento la piattaforma d'integrazione realizzata da Exprivia S.p.A, eRIS Integration Platform di seguito EIP.

Per gli argomenti non trattati nel presente documento, e riferiti ai profili gestiti, si faccia riferimento a quanto descritto nei manuali di riferimento riportati nella sezione Documenti di riferimento.

1.3. Modalità di comunicazione

Lo scambio dati può avvenire nei seguenti modi:

- Canale di comunicazione socket con protocollo TCP/IP su porte concordare utilizzando MLLP (Minimal Lower Layer Protocol).
- SOAP (over HTTP)
- FTP/SFTP
- File system (files locali o condivisioni di rete). Vanno concordate le directory su cui tali file devono essere letti e scritti; ne sono richieste almeno due.

La codifica dei messaggi HL7 può avvenire in formato ER7 (via MLLP) o XML (versione 2.3.1 via web services).

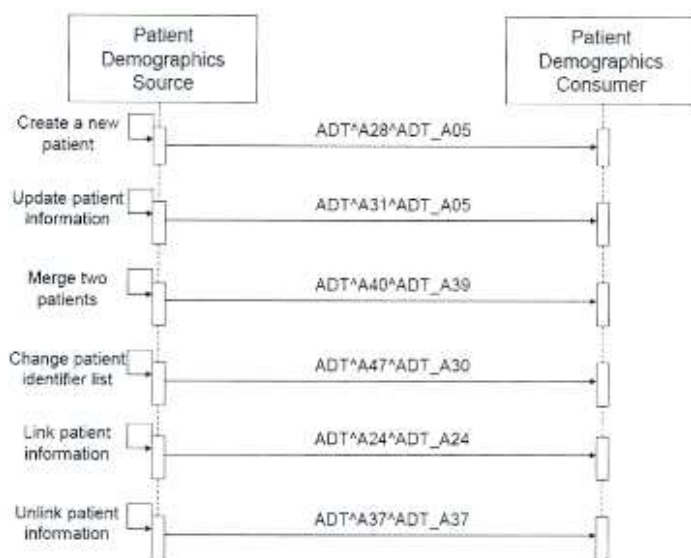
La versione del protocollo da usare è 2.3.1 ma è supportata anche la 2.5. La modalità di ACK HL7 adottata è quella di tipo *Original Mode*; non è gestita la modalità *Enhanced Mode*.

Nel caso di utilizzo del protocollo MLLP EIP ha il seguente comportamento:

- Ricezione messaggi:
 - Se il messaggio ricevuto non è formattato secondo il formato ER7 non viene inviato nessun messaggio ACK;
 - Se EIP richiede il reinvio di un messaggio il campo MSA-1 è valorizzato a AR.
- Invio messaggi:
 - L'invio del messaggio verrà ripetuto fino alla ricezione di un messaggio ACK;
 - Se il contenuto del campo MSA-1 è AR il messaggio verrà ripetuto fino alla ricezione di un messaggio ACK con MSA-1 uguale a AA o AE.

2. Profilo IHE PAM: Transazione ITI-030

Il profilo PAM è utilizzato per le fasi di allineamento fra Anagrafica Aziendale degli Assistiti e anagrafi dipartimentali per gli eventi di: inserimento nuovo paziente, modifica dati di un paziente esistente, riunificazione anagrafiche.



2.1. Messaggi HL7

Eventi	Messaggi e segmenti			
	Invio		Risposta	
Add Person or Patient Information	ADT^A28	MSH, EVN, PID [PD1], PV1	ACK	MSH,MSA, [ERR]
Update Person Information	ADT^A31	MSH, EVN, PID [PD1], PV1	ACK	MSH,MSA, [ERR]
Merge Patient	ADT^A40	MSH, EVN, PID, MRG, [PV1]	ACK	MSH,MSA, [ERR]

Change patient identifier list	ADT^A47	MSH, EVN, PID, MRG	ACK	MSH,MSA, [ERR]
--------------------------------	---------	--------------------	-----	----------------

2.1.1. ADT^A28

La notifica da parte dell'anagrafe centrale a RIS dell'inserimento di un nuovo paziente avviene con il messaggio HL7 **ADT^A28**.

Lo stesso messaggio è utilizzato da RIS per informare AC dell'inserimento di un nuovo paziente. In questo caso RIS compila PID-3 CX.1 = <codice RIS> CX.5 = PI e CX.6 = OF_EXPRIVIA nel messaggio di ritorno da parte dell'AC il PID-3 riporterà il codice assegnato dall'AC e in PID-4 CX.1 = <codice RIS> CX.5 = PI e CX.6 = OF_EXPRIVIA

2.1.2. ADT^A31

Il messaggio è utilizzato, sia da AC sia da RIS, per aggiornare l'anagrafe paziente. Se il paziente non è presente nell'anagrafe RIS viene inserito; **devono essere passati tutti i campi anche quelli non modificati**.

2.1.3. ADT^A40

RIS riceve la notifica dell'unificazione di due pazienti sull'AC tramite un messaggio **ADT^A40**. Lo stesso messaggio viene utilizzato da RIS per informare l'anagrafe centrale dell'unificazione di due pazienti.

2.1.4. ADT^A47

Questo messaggio è da utilizzare per variare l'ID di un paziente da parte dell'anagrafe centrale.

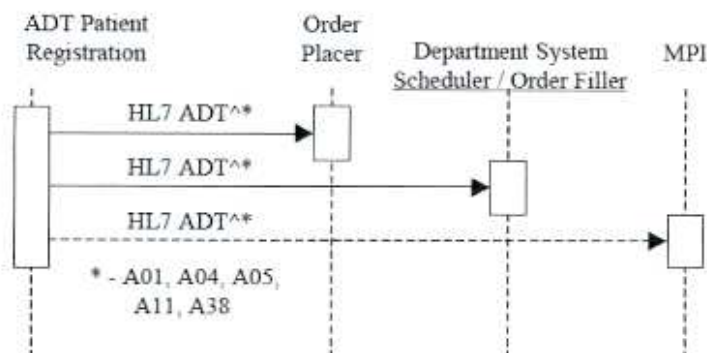
2.1.5. ADT^A24 – ADT^37

Questi due eventi non sono gestiti da EIP.

3. Transazione RAD-1 (Patient Registration)

La transazione RAD-1 è gestita dagli attori: Order Placer, Order Filler, ADT. La transazione comprende i messaggi HL7 necessari a mantenere sincronizzate le anagrafiche dei pazienti. Secondo gli scenari IHE l'attore ADT è responsabile di generare i messaggi di tipo anagrafico e notificarli a tutti gli attori interessati.

La transazione RAD-1 è da utilizzare nei casi in cui non è noto se le anagrafiche dei pazienti sono conosciute dall'Order Filler di Exprivia. EIP di Exprivia inserirà la nuova anagrafica se non esistente, i dati spediti non verranno utilizzati per aggiornare un paziente già inserito. Per un eventuale aggiornamento dei dati paziente si dovrà utilizzare la transazione RAD-12 (Patient Update) come descritto dal Framework IHE.



3.1. Messaggi HL7

Eventi	Messaggi e segmenti			
	Invio		Risposta	
Admit/Visit Patient Notification	ADT^A01	MSH, EVN, PID, PV1, {[OBX]}, {[AL1]}	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Register a Patient	ADT^A04	MSH, EVN, PID, PV1, {[OBX]}, {[AL1]}	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Pre-Admit a Patient	ADT^A05	MSH, EVN, PID, PV1, {[OBX]}, {[AL1]}	ACK	MSH,MSA,[ERR]

Cancel Admit/Visit Notification	ADT^A11	MSH, EVN, PID, PV1	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Cancel Pre-Admit	ADT^A38	MSH, EVN, PID, PV1	ACK	MSH,MSA,[ERR]

3.1.1. ADT^A01 – Admit/Visit Notification

Il messaggio ADT^A01 è generato all'atto dell'ammissione di un paziente ricoverato in una struttura. E' generato da una procedura di ricoveri e da questa comunicato agli attori interessati.

3.1.2. ADT^A04 – Register a Patient

Il messaggio ADT^A04 è generato all'atto della registrazione di un paziente ambulatoriale (esterno) in una struttura. E' generato da un CUP o dalla procedura EIP Exprivia nel caso di accettazione diretta.

3.1.3. ADT^A05 – Pre-Admit a Patient

Il messaggio ADT^A05 è generato alla pre-ammissione di un paziente; quando un paziente è ammesso nella struttura in regime di prericovero. E' generato da una procedura di ricoveri e da questa comunicato agli attori interessati.

3.1.4. ADT^A11 – Cancel Admit/Visit Notification

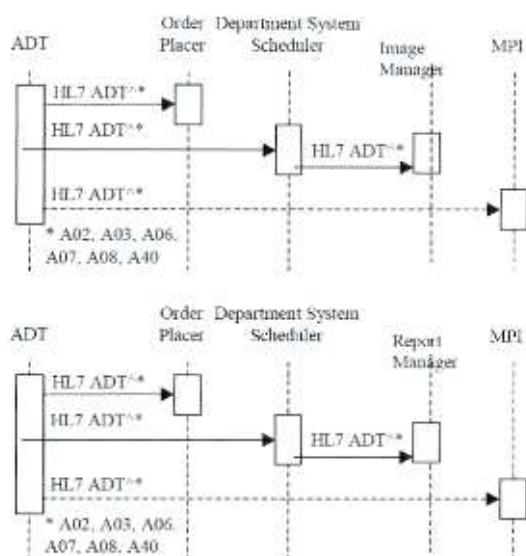
Il messaggio ADT^A11 è generato in caso di annullamento del ricovero di un paziente all'interno di una struttura. E' generato da una procedura di ricoveri e da questa comunicato agli attori interessati.

3.1.5. ADT^A38 – Cancel Pre-Admit

Il messaggio ADT^A38 è generato in caso di annullamento del prericovero di un paziente all'interno di una struttura; l'annullamento può essere determinato da un errore o dalla decisione di non ricoverare. E' generato da una procedura di ricoveri e da questa comunicato agli attori interessati.

4. Transazione RAD-12 (Patient Update)

La transazione RAD-12 è gestita dagli attori: Order Placer, Order Filler, ADT. Comprende i messaggi HL7 necessari a mantenere sincronizzate le anagrafiche dei pazienti. L'attore ADT è responsabile di generare i messaggi di tipo anagrafico e notificarli a tutti gli attori interessati.



4.1. Messaggi HL7

Eventi	Messaggi e segmenti			
	HL7 2.3.1		Risposta	
Patient Transfer	ADT^A02	MSH, EVN, PID, PV1	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Patient Discharge	ADT^A03	MSH, EVN, PID, PV1	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Change an Outpatient to an Inpatient	ADT^A06	MSH, EVN, PID, PV1	ACK	MSH,MSA,[ERR]

Change an Inpatient to an Outpatient	ADT^A07	MSH, EVN, PID, PV1	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Update Patient Information	ADT^A08	MSH, EVN, PID, PV1, [{OBX}], [{AL1}]	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Cancel Transfer	ADT^A12	MSH, EVN, PID, PV1	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Cancel Discharge/End Visit	ADT^A13	MSH, EVN, PID, PV1	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Merge Patient	ADT^A40	MSH, EVN, PID, MRG, [PV1]	ACK	MSH,MSA,[ERR]

4.1.1. ADT^A02 – Patient Transfer

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

4.1.2. ADT^A03 – Patient Discharge

Il messaggio ADT^A03 è generato alla dimissione di un paziente.

4.1.3. ADT^A06 – Change an Outpatient to an Inpatient

Il messaggio ADT^A06 è utilizzato per notificare l'avvenuto ricovero di un paziente già presente in azienda ospedaliera, ad esempio un paziente presente in Pronto Soccorso.

4.1.4. ADT^A07 – Change an Inpatient to an Outpatient

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

4.1.5. ADT^A08 – Update Patient Information

Il messaggio ADT^A08 è utilizzato per aggiornare i dati di una posizione anagrafica. Il messaggio ADT^A08 deve essere utilizzato, secondo le direttive dello standard, per comunicare modifiche sui dati personali di un paziente ai diversi applicativi dipartimentali qualora queste non rientrino nella gestione specifica da parte di altri messaggi e che non siano legate a eventi di trigger. Il messaggio ADT^A08, oltre ai dati anagrafici, permette di modificare anche dati personali come informazioni su allergie (segmento AL1).

4.1.6. ADT^A12 – Cancel Transfer

Il messaggio ADT^A12 è utilizzato per cancellare gli effetti di un trasferimento effettuato per errore.

4.1.7. ADT^A13 – Cancel Discharge/End Visit

Il messaggio ADT^A13 è utilizzato per cancellare gli effetti di una dimissione effettuata per errore.

4.1.8. ADT^A40 – Merge Patient

Il messaggio è utilizzato per unificare due pazienti.

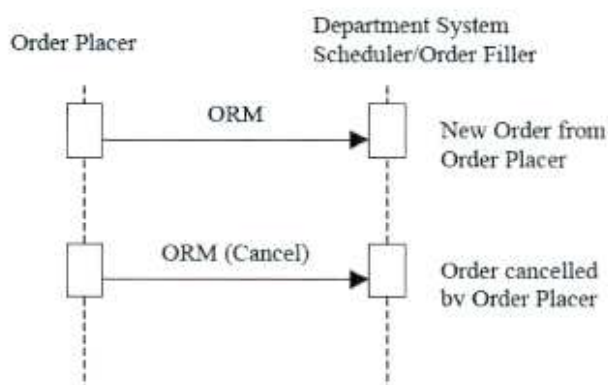
5. Transazione RAD-2 (Placer Order Management)

Questa sezione indica i messaggi da utilizzare nel profilo RAD-2 (Placer Order Management) come specificato in IHE Technical Framework.

Il messaggio ORM^O01 è utilizzato dall'Order Placer per inviare un nuovo ordine o per cancellare un ordine già emesso. Se l'OP vuole comunicare una modifica dell'ordine deve farlo spedendo una cancellazione e poi una notifica di nuovo ordine. L'order filler risponde con un messaggio di ACK o d'errore. I successivi messaggi di notifica dello stato dell'ordine, inviati dall'order filler all'order placer, fanno riferimento alla transazione RAD-3.

5.1. Scenario

Ogni messaggio ORM è preceduto da un messaggio ADT contenente i dati anagrafici del paziente. A questo scopo possono essere utilizzate le transazioni PAM IT-030 o la RAD-1.



5.2. Messaggi HL7

Eventi	Messaggi e segmenti			
	Invio		Risposta	
New Order from Order Placer	ORM^O01	MSH, PID,PV1, [PV2], {ORC, OBR, [{NTE}]}	ACK	MSH,MSA,[ERR]

Order Cancelled by Order Placer	ORM^O01	MSH, PID, PV1, {ORC}	ACK	MSH,MSA,[ERR]
------------------------------------	---------	----------------------	-----	---------------

5.2.1. ORM^O01 – General Order Message

Il messaggio ORM^O01 è utilizzato dall'Order Placer per inviare un nuovo ordine o per cancellare un ordine già emesso. L'order filler risponde con un messaggio di ACK o d'errore.

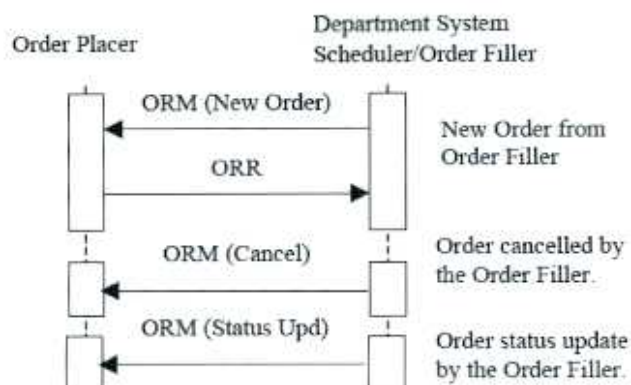
5.2.2. Regole di compilazione dei messaggi

IHE non prevede la possibilità di inserire più di una coppia dei segmenti **ORC+OBR** in un messaggio ORM, EIP di Exprivia permette comunque di gestire più coppie di questi segmenti. Gli ordini che fanno parte della stessa richiesta devono essere accomunati dallo stesso *Place Order Group (ORC-4)*, sia che il messaggio ORM contenga più appuntamenti sia quando gli appuntamenti vengono inviati singolarmente.

Per gli eventi riportati nello schema precedente valgono le seguenti regole generali di creazione dei messaggi:

- I **dati generali dell'ordine** sono presenti nei segmenti **MSH+PID+PV1**, riportati una sola volta;
- Il campo **ORC-2, Placer Order Number**, è un valore che identifica univocamente l'appuntamento nell'Order Placer. In altre parole non esisteranno nel RIS Exprivia più appuntamenti con lo stesso *Placer Order Number*.
- Per ogni appuntamento dell'ordine è impostato il gruppo di segmenti **ORC+OBR+{NTE}**. I segmenti ORC+OBR sono sempre presenti, il segmento NTE può non essere compilato oppure può essere presente più volte per lo stesso OBR.
- Nella notifica di **cancellazione dell'ordine** è riportato il segmento ORC per gli appuntamenti da cancellare specificando in ORC-2 il numero d'ordine da cancellare;

6. Transazione RAD-3 (Filler Order Management)



Questa sezione indica i messaggi da utilizzare nel profilo RAD-3 (Filler Order Management) come specificato in IHE Technical Framework. La transazione RAD-3 è implementata nella EIP di Exprivia nei seguenti casi:

- Il RIS Exprivia è utilizzato come sistema di schedulazione.
- Il RIS Exprivia è abilitato all'accettazione diretta.
- Il RIS Exprivia può modificare l'ordine ricevuto dall'order placer. La modifica dell'ordine viene eseguita con l'invio di 2 messaggi, un Order Cancel seguito da New Order
- Segnalare all'Order Placer i cambi di stato dell'ordine.

6.1. Messaggi HL7

Eventi	Messaggi e segmenti				
	HL7 2.3.1		2.5	Risposta	
New Order from Order Filler	ORM^O01	MSH, PID, PV1 ,ORC ,OBR	MSH, [{NTE}] , PID,[PD1], [{NTE}] , PV1, [PV2],{ORC, OBR, [{NTE}]}	ACK ORR-O02(vedi ultima riga)	MSH,MSA,[ERR]
Order Cancelled by	ORM^O01	MSH,PID,PV1, ORC	MSH, [{NTE}] , PID,PV1, {ORC}	ACK	MSH,MSA,[ERR]

Order Filler					
Order Status Update	ORM^O01	MSH, ORC	MSH, ORC	ACK	MSH,MSA,[ERR]
General Order Response	ORR^O02	MSH,MSA,[ERR],[ORC],[OBR]	MSH,MSA,[ERR],[ORC],[OBR]		

6.1.1. ORM^O01 (New Order)

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".

La risposta a questo messaggio (cioè la risposta dell'OP) può essere un ACK o un ORR-O02.

Nel caso che sia un ACK verrà spedito successivamente dall'OP anche un ORR-O02 con control code = NA. Nel segmento ORC-2, valorizzato dall'Order Placer, sarà comunicato il valore dell'Order Placer Number da utilizzare con l'ordine.

6.1.2. ORM^O01 (Cancel)

Il messaggio ha la stessa struttura specificata per il messaggio ORM^O01 nello scenario Placer Order Management con "Order Control" = "OC" (Order Canceled)

6.1.3. ORM^O01 (Status Update)

Il messaggio serve a segnalare il cambiamento di stato di una prestazione.

L'order control ha sempre il valore SC.

Gli stati gestiti (ORC-5) sono:

1. **SC ordine schedulato.** Utilizzato per comunicare data e ora dell'appuntamento. Questo stato è utilizzato nel messaggio che la piattaforma d'integrazione invia quando un ordine, ricevuto con la transazione RAD-2, viene schedulato.
2. **OD ordine interrotto.** Segnala l'interruzione dell'esecuzione di un ordine dopo che è giunta la richiesta da parte dell'OP di cancellare un ordine che aveva già in stato IP.
3. **CM ordine completato.** Tutte le prestazioni dell'ordine sono refertate.
4. **IP in esecuzione.** L'esame è in esecuzione

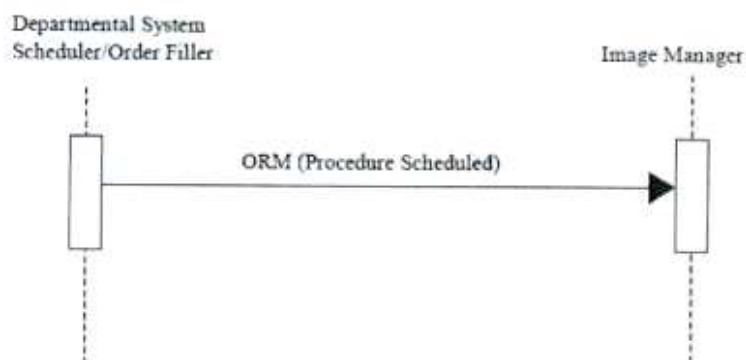
6.1.4. ORR^O02 – General Order Response

Messaggio spedito dall'OP in seguito alla ricezione di ORM^O01 (New Order). Può essere spedito sia come messaggio di risposta (e quindi con le funzionalità anche di ACK) sia come messaggio successivo all'ACK e mandato in modo asincrono.

I due segmenti riporteranno un set minimo d'informazioni concernenti l'ordine ricevuto, più alcuni campi dedicati a riportare informazioni sullo stato dell'ordine e sulle azioni eseguite.

7. Transazione RAD-4 (Procedure Scheduled)

Con questo messaggio viene informato un *Image Manager* o un *Report Manager* che una determinata procedura è stata schedulata.



7.1. Messaggi HL7

Eventi	Messaggi e segmenti				
	HL7 2.3.1		2.5	Risposta	
Procedure Scheduled	ORM^O01	MSH, PID, PV1 ,{ORC ,OBR},ZDS	MSH, PID, PV1 ,{ORC ,OBR},ZDS	ACK	MSH,MSA,[ERR]

L'Image manager ottiene tutte le informazioni del paziente dai segmenti PID e PV1. Il segmento ZDS è stato aggiunto per compatibilità con le specifiche del Framework IHE, l'informazione principale contenuta è l'UID dell'esame che verrà eseguito.

Inoltre nel messaggio spedito avremo ORC-1 = NW e ORC-5=SC, cioè control code=new order e control status=Scheduled.

Gli altri campi del segmento OBR vengono valorizzati come da specifica IHE (tabella seguente).

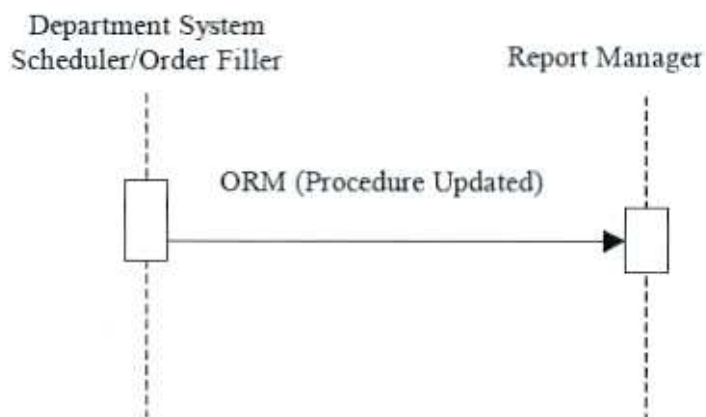
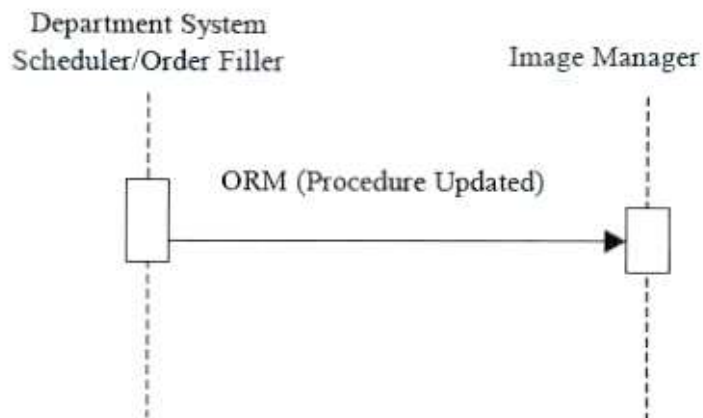
Table 4.4-6: DSS mappings of the OBR Segment

Element Name	Seq.	Shall Contain:	Notes
Placer Field 1	OBR-18	Accession Number	Length of the value in this field shall not exceed 16 characters
Placer Field 2	OBR-19	Requested Procedure ID	All OBR segments within a single ORM message shall have the same value in this field.
Filler Field 1	OBR-20	Scheduled Procedure Step ID	If a Scheduled Procedure Step has multiple Protocol Codes associated with it, several ORC segments within a single ORM message may have the same value in this field.
Universal Service ID	OBR-4	Both the Universal Service ID of the Order and a Scheduled Protocol Code of the Scheduled Procedure Step (see OBR-20).	Components 1-3 of OBR-4 shall be copied by the Order Filler from the components 1-3 of OBR-4 it obtains from the ORM message (OBR segment) conveyed to it by the Order Placer. Components 1-3 of OBR-4 in all OBR segments of an ORM message shall have the same value. Components 4-6 shall be filled with the Scheduled Protocol Code. (See section 4.4.4.1.2.4 for multiple Scheduled Protocol Codes). The related Requested Procedure Code/Description is sent in OBR-44.
Specimen Source	OBR-15	The fifth component, Site Modifier, shall be used for the L/R indicator. The L/R value shall be appended to the Requested Procedure Description (0032,1060)	This element shall only be used if the coding scheme that is employed does not contain laterality within the coding scheme itself. If laterality is inherent in the coding scheme, this element shall not be sent.
Diagnostic Service Section ID	OBR-24	DICOM Modality	The Modality attribute of DICOM consists of Defined Terms that shall be used in this element.
Procedure Code	OBR-44	Requested Procedure Code and Requested Procedure Description.	Components 1-3 shall contain the Requested Procedure Code for this ORM message. Optionally, component 5 may contain the Requested Procedure Description. As the Order Filler may expand a single order into multiple Requested Procedures, multiple ORM messages may be sent for a single Order (with the same value for Components 1-3 of OBR-4).

8. Transazione RAD-13 (Procedure Update)

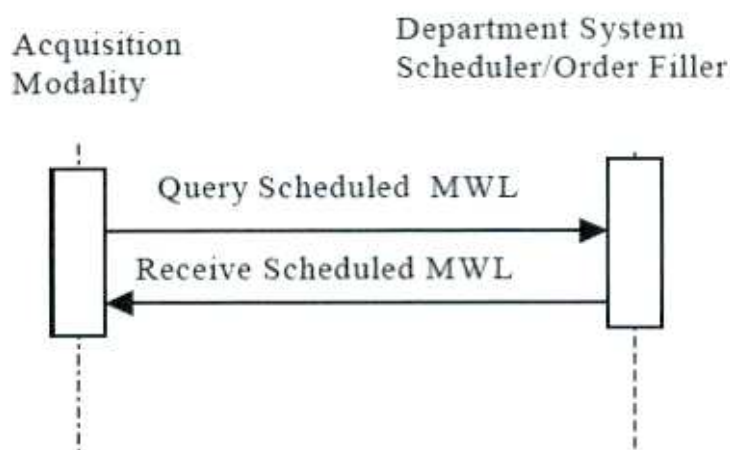
La struttura del messaggio rimane quella descritta nella transazione RAD-4, a cambiare sono i valori di control code di ORC-1.

Viene gestito ORC-1=CA e ORC-5=CA per la cancellazione di un ordine



9. Transazione RAD-5 (Query Modality Worklist)

Query DICOM per la ottenere i dati della worklist



Vengono supportate le:

- 1- Patient based Query
- 2- Broad Query

Nello schema vengono riportati i dati fondamentali che devono essere valorizzati per ciascuna delle due query.

Table 4.5-1. MWL Keys for Query by Patient

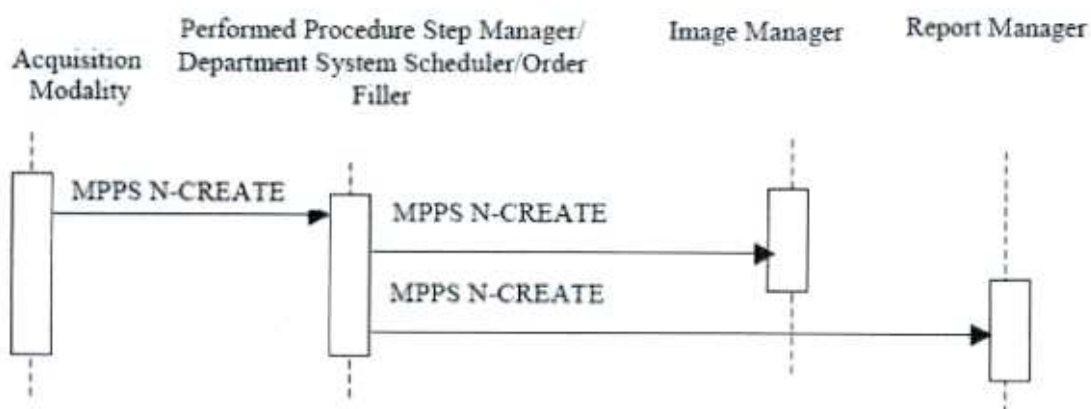
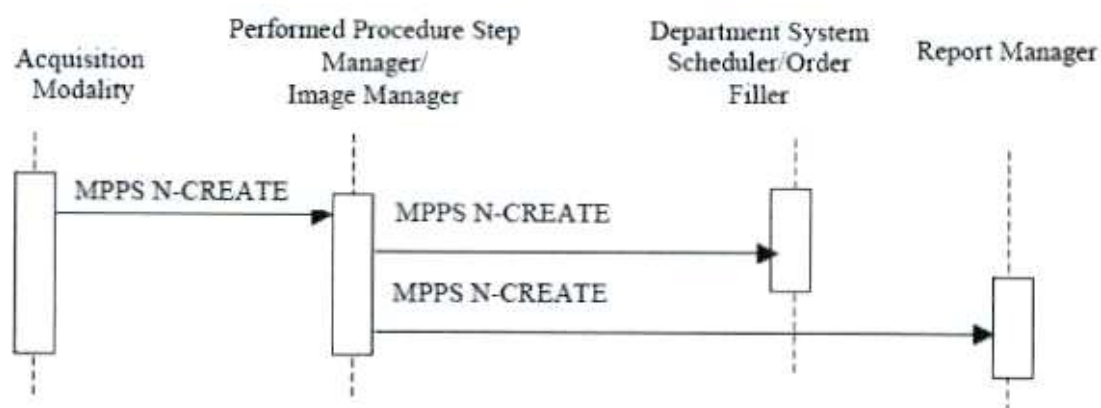
Matching Key Attributes	Tag
Patient's Name	(0010,0010)
Patient ID	(0010,0020)
Accession Number	(0008,0050)
Requested Procedure ID	(0040,1001)

Table 4.5-2. MWL Keys for Broad Worklist Queries

Matching Key Attributes	Tag
Scheduled Procedure Step Start Date	(0040,0002)
Modality	(0008,0060)
Scheduled Station AE-Title	(0040,0001)

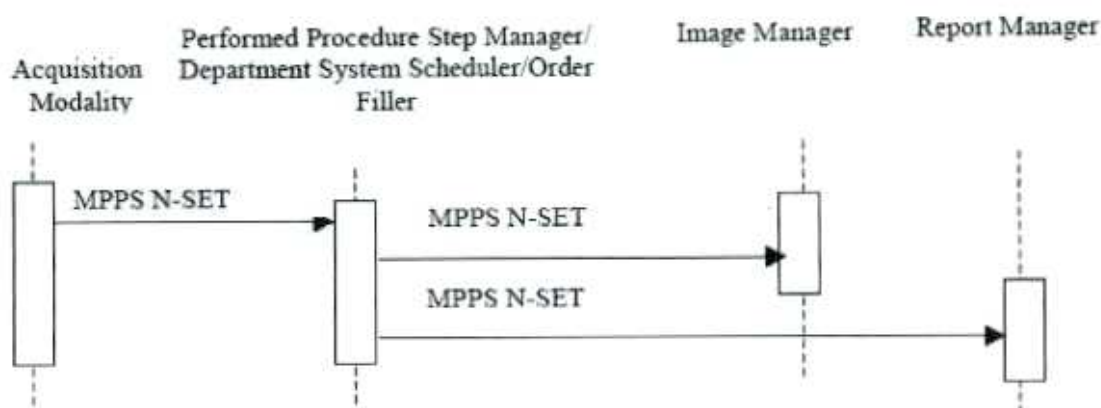
10. Transazione RAD-6 (Modality Procedure Step in Progress)

Vengono ricevuti i messaggi MPPS dalle diagnostiche e possono essere rispediti a un image manager per informare dell'avanzamento della procedura in corso.



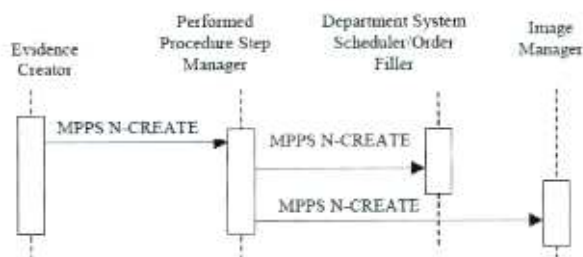
11. Transazione RAD-7 (Modality Procedure Step Completed/Discontinued)

Viene gestito il messaggio MPPS che arriva dalla diagnostica per lo stato Completed/Discontinued



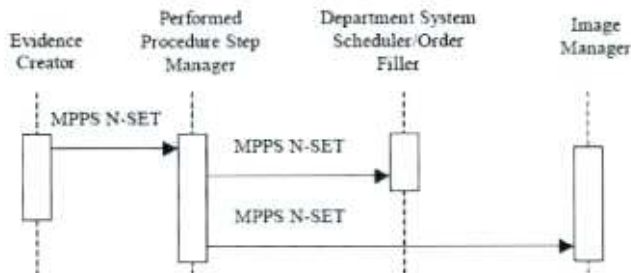
12. Transazione RAD-20 (Creator Procedure Step in Progress)

Vengono eseguite le stesse operazioni della rad-6 solo che in questo caso il messaggio viene solo ricevuto.



13. Transazione RAD-21 (Creator Procedure Step Completed)

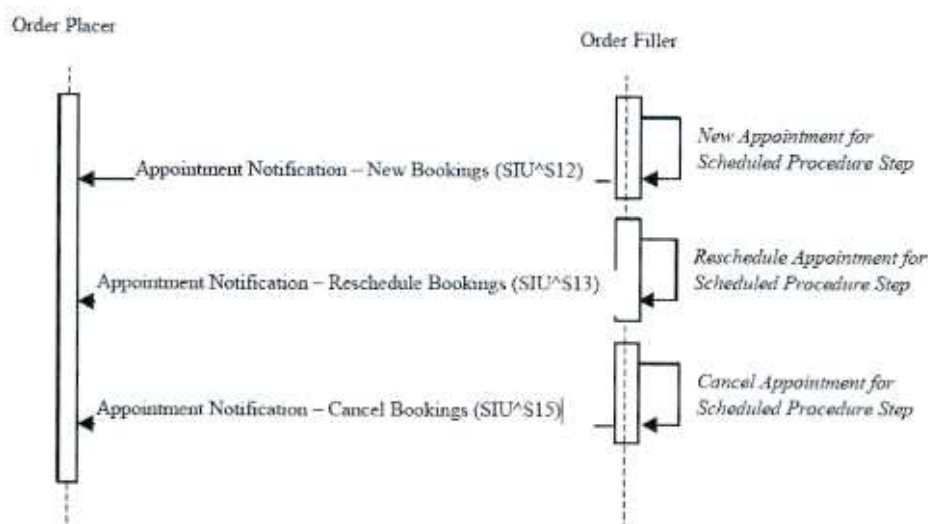
Vengono eseguite le stesse operazioni della rad-7 solo che in questo caso il messaggio viene solo ricevuto.



14. Transazione RAD-48 (Appointment Notification)

Il profilo RAD-48 è gestito dagli attori Order Placer e Order Filler, dove l'Order Filler (RIS Exprivia) ricopre il ruolo di sistema di schedulazione. Lo scenario è adatto agli attori Order Placer (come il reparto), dove a fronte di una richiesta di prestazioni fatte verso il RIS Exprivia, con la transazione RAD-2, è restituito da quest'ultimo un messaggio con la data e l'ora fissata per l'appuntamento. Come per gli ordini, le modifiche fatte sugli appuntamenti, sono notificati inviando un messaggio di cancellazione SIU^S15 seguito da un messaggio di nuovo appuntamento SIU^S12.

Il messaggio di risposta da parte dell'Order Placer sarà un ACK HL7.



14.1. Eventi, Messaggi e segmenti

Eventi	Messaggi e segmenti			
	Invio		Risposta	
Notification of New Appointment Bookings	SIU^S12	MSH,SCH, [{ TQ1}], [PID],[PV1], {RGS},{AIS},{AIL},{NTE}}	ACK	MSH,MSA,[ERR]

Appointment Notification - Reschedule Bookings	SIU^S13	MSH,SCH, [{ TQ1}] , [PID],[PV1], {RGS},{AIS},{AIL},{NTE}}	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Appointment Notification - Cancel Booking	SIU^S15	MSH,SCH,PID,PV1,RGS	ACK	MSH,MSA,[ERR]

14.1.1. SIU^S12 – Notification of New Appointment Bookings

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

14.1.2. SIU^S13 – Appointment Notification - Reschedule Bookings

Il messaggio SIU^S13 è 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 rischedulato, comunicando la nuova data e ora.

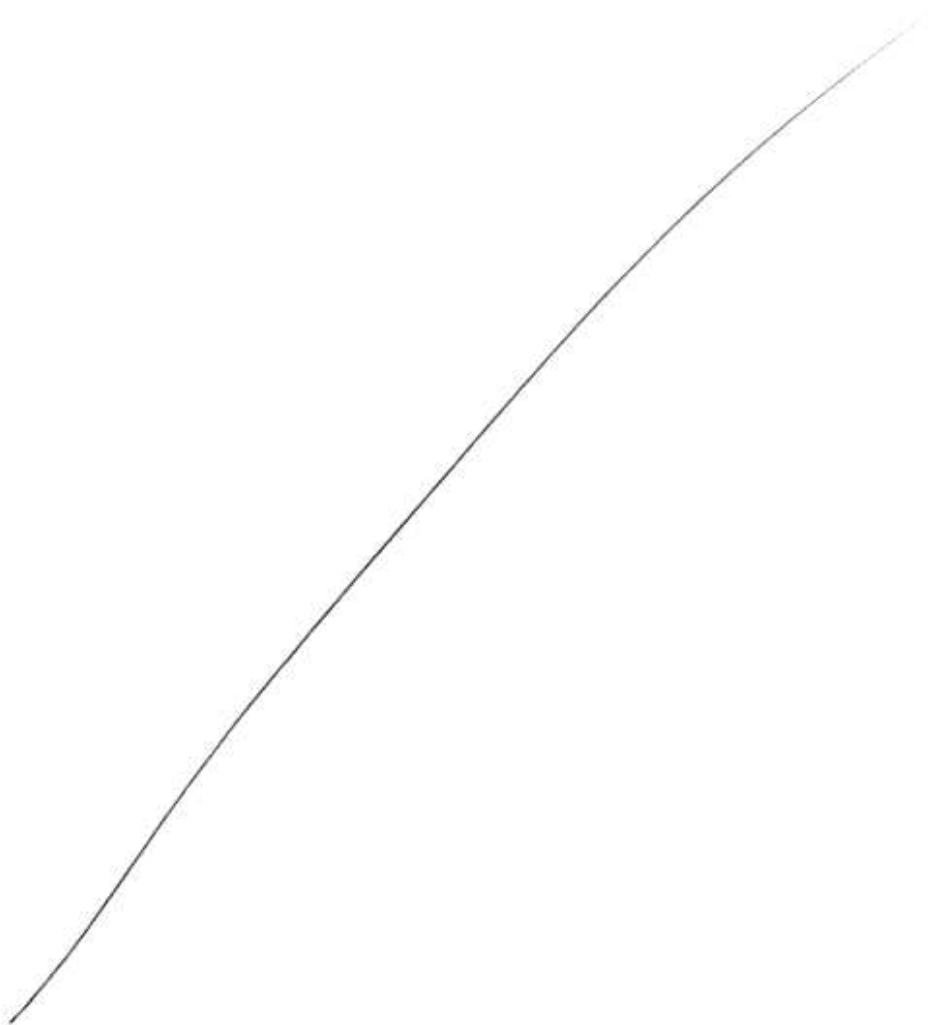
14.1.3. SIU^S15 – Appointment Notification - Cancel Booking

Il messaggio SIU^S15 è generato in caso d'annullamento di un appuntamento. Nel caso in cui l'Order Placer o l'Order Filler decidono 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.

14.1.4. Regole di compilazione dei messaggi

Per gli eventi riportati nello schema precedente valgono le seguenti regole generali di creazione dei messaggi:

- I **dati generali della prenotazione** sono presenti nei segmenti **MSH+SCH+PID**, riportati una sola volta;
- Per **ogni prestazione** della prenotazione è impostato il gruppo di segmenti **RGS+AIS+{NTE}**. I segmenti RGS+AIS sono sempre presenti, il segmento NTE può non essere compilato oppure potrebbe essere presente più volte per lo stesso AIS; possono essere aggiunti segmenti AIL e AIP, per indicare il luogo d'esecuzione ed il tecnico esecutore.
- La **quantità** riferita alla stessa prestazione è gestita mediante ripetizione dello stesso gruppo RG+AIS+{NTE} della prestazione: ogni gruppo RGS+AIS+{NTE} implica quantità=1;



15. Invio referti e URI ad immagini PACS

E' possibile con lo stesso documento refertare prestazioni di prenotazioni diverse, o che per la stessa prenotazione (con più prestazioni) siano realizzati più referti.

15.1. Eventi, Messaggi e segmenti

Eventi	Messaggi e segmenti			
	Invio		Risposta	
Original Document Notification	MDM^T01	MSH,EVN,PID,PV1,[[{ORC,OBR}],TXA,OBX	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Original Document Notification and Content	MDM^T02	MSH,EVN,PID,PV1,[[{ORC,OBR}],TXA,OBX	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Document Replacement Notification	MDM^T09	MSH,EVN,PID,PV1,[[{ORC,OBR}],TXA,OBX	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Document Replacement Notification and Content	MDM^T10	MSH,EVN,PID,PV1,[[{ORC,OBR}],TXA,OBX	ACK	MSH,MSA,[ERR]
Document Cancel Notification	MDM^T11	MSH,EVN,PID,PV1,[[{ORC,OBR}],TXA	ACK	MSH,MSA,[ERR]

15.1.1. MDM^T01 – Original Document Notification

Il messaggio viene utilizzato per notificare la presenza di un referto in un repository.

15.1.2. MDM^T02 – Original Document Notification and Content

Il messaggio viene utilizzato per l'invio del referto.

15.1.3. MDM^T09 – Document Replacement Notification

Il messaggio MDM^T09 è utilizzato per notificare la modifica di un referto presente nel repository.

15.1.4. MDM^T10 – Document Replacement Notification and Content

Il messaggio MDM^T10 è utilizzato per notificare la modifica di un referto.

15.1.5. MDM^T11 – Document Cancel Notification

Il messaggio MDM^T11 è inviato per notificare la cancellazione di un referto.

15.1.6. Regole di compilazione dei messaggi

15.1.6.1. HL7 versione 2.3.1

Per gli eventi riportati nello schema precedente valgono le seguenti regole generali di creazione dei messaggi:

- I **dati generali della prenotazione** sono presenti nei segmenti **MSH+PID+PV1**, riportati una sola volta;
- Per **ogni prestazione refertata** avviene inviato un messaggio MDM^T02.
- Se il referto è relativo a più prenotazioni vengono generati più messaggi MDM.
- L'invio dell'URI alle immagini PACS avviene inviando un messaggio MDM^T01 per ogni prestazione refertata con immagini associate.
- La modifica di un referto avviene con l'invio di un messaggio MDM^T11 e successivamente un MDM^T10

15.1.6.2. HL7 versione 2.5

Per gli eventi riportati nello schema precedente valgono le seguenti regole generali di creazione dei messaggi:

- I **dati generali della prenotazione** sono presenti nei segmenti **MSH+PID+PV1**, riportati una sola volta;
- Per **ogni prestazione refertata** è impostato il gruppo di segmenti **ORC+OBR**.

- Se il referto è relativo a più prenotazioni vengono generati più messaggi MDM.
- L'invio dell'URI alle immagini PACS avviene inviando un messaggio MDM^T01 per ogni prestazione refertata con immagini associate, quindi il messaggio conterrà un solo gruppo di segmenti **ORC+OBR**.
- La modifica di un referto avviene con l'invio di un messaggio MDM^T11 e successivamente un MDM^T10

16. Query response for order status

Il messaggio OSQ^Q06 può essere utilizzato da quegli applicativi che hanno la necessità di recuperare una prestazione presente nell'Order Filler. La risposta di EIP è un messaggio OSR^Q06.

16.1. Messaggi HL7

Eventi	Messaggi e segmenti ver. 2.5			
	Invio		Risposta	
Order Status Query	OSQ^Q06	MSH, QRD	OSR^Q06	MSH,MSA,{ERR}QRD,PID,[ORC,{OB R}]

16.1.1. OSQ^Q06 – Order Status Query

Il messaggio OSQ^Q06 può essere utilizzato da quegli applicativi che hanno la necessità di recuperare una prestazione presente nell'Order Filler. La risposta di EIP è un messaggio sincrono di tipo OSR^Q06.

16.1.2. OSR^Q06 – Order Status Response

Il messaggio OSR^Q06 è la risposta, sincrona, al messaggio di query: OSQ^Q06.

17. DESCRIZIONE MESSAGGI HL7 - Segmenti

17.1. AIL - Appointment Information - Location Resource Segment

Dettaglio del luogo dove avverranno le prestazioni della prenotazione.

SEQ	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	R	Y	0206	00902	Set ID - AIL
2	C			00763	Segment Action Code
3	C			00903	Location Resource ID
4	C		0305	00904	Location Type-AIL
5	O			00905	Location Group
6	C			01202	Start Date/Time
7	C			00891	Start Date/Time Offset
8	C			00892	Start Date/Time Offset Units
9	O			00893	Duration
10	O			00894	Duration Units
11	C		0279	00895	Allow Substitution Code
12	C		0278	00889	Filler Status Code

CAMPO	CONTENUTO
AIL-1	Progressivo riga all'interno del messaggio. Uguale al campo RGS-1
AIL-2	Nel messaggio SIU^S12 deve valere "A"; nel messaggio SIU^S13 deve valere "U"; nel messaggio SIU^S15 deve valere "D".
AIL-3	I campi obbligatori sono PL-10 e PL-9 PL-1 = codice servizio PL-4 = presidio (codice ministeriale di 6 cifre) PL-9 = descrizione diagnostica/agenda PL-10 = codice diagnostica/agenda

17.2. AIP - Appointment Information - Personnel Resource Segment

Personale coinvolto nell'esecuzione della prestazione.

SEQ	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	R	Y	0206	00906	Set ID - AIP
2	C			00763	Segment Action code
3	C			00913	Personnel Resource ID
4	C			00907	Resource Type
5	O			00899	Resource Group
6	C			01202	Start Date/Time
7	C			00891	Start Date/Time Offset
8	C			00892	Start Date/Time Offset Units
9	O			00893	Duration
10	O			00894	Duration Units
11	C		0279	00895	Allow Substitution Code
12	C		0278	00889	Filler Status Code

CAMPO	CONTENUTO
AIP-1	Progressivo riga all'interno del messaggio. Uguale al campo RGS-1, AIL-1 e AIS-1.
AIP-2	Nel caso del messaggio SIU^S12 deve valere "A", nel caso del messaggio SIU^S14 deve valere "U", nel caso del messaggio SIU^S15 deve valere "D".
AIP-3	Tecnico esecutore della prestazione XCN-1 = codice XCN-2 = cognome XCN-3 = nome XCN-4 = ente che ha assegnato il codice (Tab UD#0363).
AIP-4	Poiché la tabella 0182 non suggerisce nessun valore utilizzare CE-1 = TE CE-2 = TECNICO ESECUTORE

17.3. AIS - Appointment Information - Service Segment

Indica le singole prestazioni della prenotazione.

SEQ	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	R			00890	Set ID - AIS
2	C		0206	00763	Segment Action Code
3	R			00238	Universal Service Identifier
4	C			01202	Start Date/Time
5	C			00891	Start Date/Time Offset
6	C			00892	Start Date/Time Offset Units
7	O			00893	Duration
8	O			00894	Duration Units
9	C		0279	00895	Allow Substitution Code
10	C		0278	00889	Filler Status Code
11	O	Y	0411	01474	Placer Supplemental Service Information
12	O	Y	0411	01475	Filler Supplemental Service Information

CAMPO	CONTENUTO
AIS-1	Numeratore univoco delle prestazioni della stessa prenotazione. 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 (Tab HL7 #0396).
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", "seconds", "hour"; se il campo non è valorizzato si assume come unità di misura "seconds".
AIS-12	Codice e descrizione della prestazione da nomenclatore CE-1 = codice da nomenclature CE-2 = descrizione

17.4. DG1 – Diagnosis Segment

Il segmento viene utilizzato per inviare la diagnosi.

SEQ	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	R			00375	Set ID - DG1
2	(B) R		<u>0053</u>	00376	Diagnosis Coding Method
3	O		<u>0051</u>	00377	Diagnosis Code - DG1
4	B			00378	Diagnosis Description
5	O			00379	Diagnosis Date/Time
6	R		<u>0052</u>	00380	Diagnosis Type
7	B		<u>0118</u>	00381	Major Diagnostic Category
8	B		<u>0055</u>	00382	Diagnostic Related Group
9	B		0136	00383	DRG Approval Indicator
10	B		<u>0056</u>	00384	DRG Grouper Review Code
11	B		<u>0083</u>	00385	Outlier Type
12	B			00386	Outlier Days
13	B			00387	Outlier Cost
14	B			00388	Grouper Version And Type
15	O		<u>0359</u>	00389	Diagnosis Priority
16	O	Y		00390	Diagnosing Clinician
17	O		<u>0228</u>	00766	Diagnosis Classification
18	O		0136	00767	Confidential Indicator
19	O			00768	Attestation Date/Time
20	C			01850	Diagnosis Identifier
21	C		0206	01894	Diagnosis Action Code

CAMPO	CONTENUTO
DG1-1	Progressivo riga all'interno del segmento DG1. La prima occorrenza ha valore 1
DG1-3	Codice della diagnosi. Contenuto: CE-1 = codice diagnosi CE-2 = descrizione diagnosi, CE-3 = I9 (Nome del sistema di codifica, valore fisso).
DG1-5	Data e ora in cui è stata effettuata la diagnosi, formato YYYYMMDDHHMMSS.
DG1-6	Codice che identifica il tipo di diagnosi (Tab HL7 #0052).
DG1-16	Medico che ha emesso la diagnosi XCN-1 = Codice XCN -2 = Cognome XCN -3 = nome XCN-9 = ente che ha assegnato il codice (Tab UD#0363) XCN -10 = L

17.5. ERR

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM #	ELEMENT NAME
1	493	ELD	B	Y		00024	Error Code and Location
2	18	ERL	O	Y		01812	Error Location
3	705	CWE	R		0357	01813	HL7 Error Code
4	2	ID	R		0516	01814	Severity
5	705	CWE	O		0533	01815	Application Error Code
6	80	ST	O	Y/10		01816	Application Error Parameter
7	2048	TX	O			01817	Diagnostic Information
8	250	TX	O			01818	User Message
9	20	IS	O	Y	0517	01819	Inform Person Indicator
10	705	CWE	O		0518	01820	Override Type
11	705	CWE	O	Y	0519	01821	Override Reason Code
12	652	XTN	O	Y		01822	Help Desk Contact Point

CAMPO	CONTENUTO
ERR-2	ELD-1 = Segmento nel quale si è verificato l'errore ELD-2 = Numero del segmento nel quale si è verificato l'errore ELD-3 = Numero del campo nel quale si è verificato l'errore In ELD-4 verranno inseriti i codici e le descrizioni d'errore nel seguente modo CE-1 = Errore HL7 da Tabella HL7
ERR-3	CWE-1 = Errore HL7 da Tabella HL7 #0357 CWE-2 = Descrizione dell'errore CWE-4 = Codice errore applicativo CWE-5 = Descrizione errore applicativo CWE-6 = applicativo che ha generato l'errore
ERR-4	E

17.6. EVN - Event Type Segment

SEQ	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	B	Y	0003	00099	Event Type Code
2	R			00100	Recorded Date/Time
3	O			00101	Date/Time Planned Event
4	O		0062	00102	Event Reason Code
5	O		0188	00103	Operator ID
6	O			01278	Event Occurred
7	O			01534	Event Facility

CAMPO	CONTENUTO
EVN-1	Non utilizzato
EVN-2	Data e ora del sistema
EVN-3	Data e ora prevista
EVN-4	Valori da tabella 0062
EVN-5	Utente che ha eseguito l'operazione
EVN-6	Data e ora dell'evento

17.7. MRG – Merge Patient Information Segment

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	250	CX	R	Y		00211	Prior Patient Identifier List
2	250	CX	B	Y		00212	Prior Alternate Patient ID
3	250	CX	O			00213	Prior Patient Account Number
4	250	CX	B			00214	Prior Patient ID
5	250	CX	O			01279	Prior Visit Number
6	250	CX	O			01280	Prior Alternate Visit ID
7	250	XPN	O	Y		01281	Prior Patient Name

CAMPO	CONTENUTO
MRG-1	Identificativo da sostituire o unificare con l'identificativo specificato nel segmento PID

17.8. MSA

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM #	ELEMENT NAME
1	2	ID	R		0008	00018	Acknowledgment Code
2	20	ST	R			00010	Message Control ID
3	80	ST	B			00020	Text Message
4	15	NM	O			00021	Expected Sequence Number
5			W			00022	Delayed Acknowledgment Type
6	250	CE	B		0357	00023	Error Condition

CAMPO	CONTENUTO
MSA-1	Uno dei valori AA,AE o AR
MSA-2	ID del messaggio di cui si invia ACK

17.9. NTE

17.9.1. Notes and Comments Segment per AIS

Questo segmento è abbinato al proprio segmento di riferimento. Viene utilizzato per segnalare il quesito diagnostico.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM #	ELEMENT NAME
1	4	SI	O			00096	Set ID - NTE
2	8	ID	O		0105	00097	Source of Comment
3	65536	FT	O	Y		00098	Comment
4	250	CE	O		0364	01318	Comment Type

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo del segmento
NTE-2	Valore fisso L
NTE-3	Quesito diagnostico
NTE-4	Valori da User-Defined Table 0364 - Comment Type. Valore gestito 1R

17.9.2. NTE – Notes and Comments Segment per SCH

Questo segmento è abbinato al proprio segmento di riferimento. Viene utilizzato per segnalare la classe di priorità.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM #	ELEMENT NAME
1	4	SI	O			00096	Set ID - NTE
2	8	ID	O		0105	00097	Source of Comment
3	65536	FT	O	Y		00098	Comment
4	250	CE	O		0364	01318	Comment Type

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo del segmento
NTE-2	Valore fisso L
NTE-3	Classe di priorità
NTE-4	Valori da Tab. UD #0364 - Comment Type. Valore gestito GI

17.9.3. NTE – Notes and Comments Segment per OBR

Questo segmento è abbinato al proprio segmento di riferimento. Viene utilizzato per segnalare informazioni all'atto della richiesta.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM #	ELEMENT NAME
1	4	SI	O			00096	Set ID - NTE
2	8	ID	O		0105	00097	Source of Comment
3	65536	FT	O	Y		00098	Comment
4	250	CE	O		0364	01318	Comment Type

CAMPO	CONTENUTO
NTE-1	Progressivo del segmento
NTE-2	Valore fisso P
NTE-3	Note della richiesta

17.10. MSH - Message Header

SEQ	OPT	RP/#	TBL#	ITEM #	ELEMENT NAME
1	R			00001	Field Separator
2	R			00002	Encoding Characters
3	O		<u>0361</u>	00003	Sending Application
4	O		<u>0362</u>	00004	Sending Facility
5	O		<u>0361</u>	00005	Receiving Application
6	O		<u>0362</u>	00006	Receiving Facility
7	R			00007	Date/Time Of Message
8	O			00008	Security
9	R			00009	Message Type
10	R			00010	Message Control ID
11	R			00011	Processing ID
12	R			00012	Version ID
13	O			00013	Sequence Number
14	O			00014	Continuation Pointer
15	O		<u>0155</u>	00015	Accept Acknowledgment Type
16	O		<u>0155</u>	00016	Application Acknowledgment Type
17	O		<u>0399</u>	00017	Country Code
18	O	Y	<u>0211</u>	00692	Character Set
19	O			00693	Principal Language Of Message
20	O		<u>0356</u>	01317	Alternate Character Set Handling Scheme
21	O	Y		01598	Message Profile Identifier

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 Inviante – tabella HL7 #0361. Deve essere specificato come minimo il solo componente HD-1 (namespace ID), possono essere indicati anche i componenti HD-2 (<universal ID>) e HD-3 (<universal ID type>).
MSH-4	Società produttrice applicativo inviante – tabella HL7 #0362. Deve essere specificato come minimo il solo componente HD-1 (namespace ID), possono essere indicati anche i componenti HD-2 (<universal ID>) e HD-3 (<universal ID type>).
MSH-5	Codice identificativo applicativo di destinazione – tabella HL7 #0361. Deve essere specificato come minimo il solo componente HD-1 (namespace ID), possono essere indicati anche i componenti HD-2 (<universal ID>) e HD-3 (<universal ID type>).
MSH-6	Società produttrice applicativo di destinazione – tabella HL7 #0362. Deve essere specificato come minimo il solo componente HD-1 (namespace ID), possono essere indicati anche i componenti HD-2 (<universal ID>) e HD-3 (<universal ID type>).
MSH-7	Data e ora di generazione del messaggio
MSH-9	Tipo messaggio come da standard: <codice messaggio>^<trigger event>
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	La piattaforma utilizza "V2.3.1" per tutti i messaggi. E' possibile usare anche la versione 2.5

17.11. OBR – Observation Request Segment

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM #	ELEMENT NAME
1	4	SI	O			00237	Set ID – OBR
2	22	EI	C			00216	Placer Order Number
3	22	EI	C			00217	Filler Order Number
4	250	CE	R			00238	Universal Service Identifier
5	2	ID	B			00239	Priority – OBR
6	26	TS	B			00240	Requested Date/Time
7	26	TS	C			00241	Observation Date/Time #
8	26	TS	O			00242	Observation End Date/Time #
9	20	CQ	O			00243	Collection Volume *
10	250	XCN	O	Y		00244	Collector Identifier *
11	1	ID	O		0065	00245	Specimen Action Code *
12	250	CE	O			00246	Danger Code
13	300	ST	O			00247	Relevant Clinical Information
14	26	TS	B			00248	Specimen Received Date/Time *
15	300	SPS	B			00249	Specimen Source
16	250	XCN	O	Y		00226	Ordering Provider
17	250	XTN	O	Y/2		00250	Order Callback Phone Number
18	60	ST	O			00251	Placer Field 1
19	60	ST	O			00252	Placer Field 2
20	60	ST	O			00253	Filler Field 1 +
21	60	ST	O			00254	Filler Field 2 +
22	26	TS	C			00255	Results Rpt/Status Chng - Date/Time +
23	40	MOC	O			00256	Charge to Practice +
24	10	ID	O		0074	00257	Diagnostic Serv Sect ID
25	1	ID	C		0123	00258	Result Status +
26	400	PRL	O			00259	Parent Result +
27	200	TQ	B	Y		00221	Quantity/Timing
28	250	XCN	O	Y		00260	Result Copies To
29	200	EIP	O			00261	Parent
30	20	ID	O		0124	00262	Transportation Mode
31	250	CE	O	Y		00263	Reason for Study
32	200	NDL	O			00264	Principal Result Interpreter +
33	200	NDL	O	Y		00265	Assistant Result Interpreter +
34	200	NDL	O	Y		00266	Technician +
35	200	NDL	O	Y		00267	Transcriptionist +
36	26	TS	O			00268	Scheduled Date/Time +
37	4	NM	O			01028	Number of Sample Containers *
38	250	CE	O	Y		01029	Transport Logistics of Collected Sample *
39	250	CE	O	Y		01030	Collector's Comment *
40	250	CE	O			01031	Transport Arrangement Responsibility
41	30	ID	O		0224	01032	Transport Arranged
42	1	ID	O		0225	01033	Escort Required
43	250	CE	O	Y		01034	Planned Patient Transport Comment
44	250	CE	O		0088	00393	Procedure Code
45	250	CE	O	Y	0340	01316	Procedure Code Modifier
46	250	CE	O	Y	0411	01474	Placer Supplemental Service Information

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM #	ELEMENT NAME
47	250	CE	O	Y	0411	01475	Filler Supplemental Service Information
48	250	CWE	C		0476	01646	Medically Necessary Duplicate Procedure Reason.
49	2	IS	O		0507	01647	Result Handling

17.11.1. Transazione RAD-2 (Placer Order Management)

RIS Exprivia NON è utilizzato come sistema di schedulazione

Compilazione segmento per i messaggi New Order

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. E' lo stesso codice utilizzato in ORC-2.
OBR-3	Il campo ORB-3 non deve essere valorizzato in questo scenario, in quanto assegnato dall'Order Filler
OBR-4	Prestazione richiesta CE-1 = codice prestazione CE-2 = descrizione prestazione, CE-3 = Nome del sistema di codifica
OBR-13	Quesito clinico.
OBR-16	Se presente deve essere compilato come il campo ORC-12
OBR-25	In fase di invio dell'ordine deve essere lasciato vuoto.
OBR-30	Stato di mobilità del paziente, come da tabella HL7 #0124
OBR-36	Data ora programmata per l'appuntamento, formato YYYYMMDDHHMMSS
OBR-46	Da concordare. Struttura dove eseguire l'esame. Il contenuto e l'obbligatorietà dei campi verrà stabilita in accordo tra Order Placer e RIS: 1 = codice diagnostica / unità erogante / agenda 2 = descrizione diagnostica / unità erogante / agenda 3 = 4 = presidio 5 = codice servizio erogante 6 = codifica DICOM della diagnostica (CR, CT, MR, US, XA, ...)

RIS Exprivia è utilizzato come sistema di schedulazione

Compilazione segmento per i messaggi New Order

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. E' lo stesso codice utilizzato in ORC-2.
OBR-3	Il campo ORB-3 non deve essere valorizzato in questo scenario, in quanto assegnato dall'Order Filler
OBR-4	Prestazione richiesta CE-1 = codice prestazione CE-2 = descrizione prestazione, CE-3 = Nome del sistema di codifica

OBR-13	Quesito clinico.
OBR-16	Se presente deve essere compilato come il campo ORC-12
OBR-25	In fase di invio dell'ordine deve essere lasciato vuoto.
OBR-30	Stato di mobilità del paziente, come da tabella HL7 #0124
OBR-46	Da concordare. Struttura dove eseguire l'esame. Il contenuto e l'obbligatorietà dei campi verrà stabilita in accordo tra Order Placer e RIS. 1 = codice diagnostica / unità erogante / agenda 2 = descrizione diagnostica / unità erogante / agenda 3 = 4 = presidio 5 = codice servizio erogante 6 = codifica DICOM della diagnostica (CR, CT, MR, US, XA, ...)

17.11.2. Transazione RAD-3 (Filler Order Management)

Compilazione segmento nel messaggio ORM^O01

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. E' 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 CE-1 = codice prestazione CE-2 = descrizione prestazione, CE-3 = Nome del sistema di codifica
OBR-36	Data ora programmata per l'appuntamento, formato YYYYMMDDHHMMSS. Riservato all'order filler
OBR-47	Da concordare. Struttura dove eseguire l'esame. Il contenuto e l'obbligatorietà dei campi verrà stabilita in accordo tra Order Placer e RIS. 1 = codice diagnostica / unità erogante / agenda 2 = descrizione diagnostica / unità erogante / agenda 3 = 4 = presidio 5 = codice servizio erogante 6 = codifica DICOM della diagnostica (CR, CT, MR, US, XA, ...)

Compilazione segmento nel messaggio ORR^O02

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. E' 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.

17.11.3. Messaggio MDM

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. E' 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 CE-1 = codice prestazione CE-2 = descrizione prestazione, CE-3 = Nome del sistema di codifica
OBR-25	Stato della prestazione. Contiene "F" nel caso siano contenuti dei referti

17.11.4. Transazione RAD-4 (Procedure Scheduled)

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	E' lo stesso codice utilizzato in ORC-2.
OBR-3	E' lo stesso codice utilizzato in ORC-3.
OBR-4	Prestazione richiesta CE-1 = codice prestazione CE-2 = descrizione prestazione,
OBR-13	Dati informativi
OBR-16	Se presente deve essere compilato come il campo ORC-12
OBR-17	Valorizzare come ORC-14
OBR-18	Accession number
OBR-19	AE Title della diagnostica dove verrà eseguito l'esame
OBR-21	Sala di esecuzione della prestazione
OBR-24	Modalità DICOM (CR, CT, MR, US, XA, ...)
OBR-30	Stato di mobilità del paziente, come da tabella HL7 #0124
OBR-31	CE-2 = Motivo dell'esame

17.11.5. Transazione RAD-13 (Procedure Update)

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	E' lo stesso codice utilizzato in ORC-2.
OBR-3	E' lo stesso codice utilizzato in ORC-3.

OBR-4	Prestazione richiesta CE-1 = codice prestazione CE-2 = descrizione prestazione
OBR-18	Accession number
OBR-19	AE title della diagnostica dove verrà eseguito l'esame
OBR-24	Modalità DICOM (CR, CT, MR, US, XA, ...)

17.11.6. Messaggio OSR^Q06

CAMPO	CONTENUTO
OBR-1	Indica il progressivo della coppia ORC/OBR all'interno del messaggio
OBR-2	E' lo stesso codice utilizzato in ORC-2.
OBR-3	E' lo stesso codice utilizzato in ORC-3.
OBR-4	Prestazione richiesta CE-1 = codice prestazione CE-2 = descrizione prestazione
OBR-18	Accession number
OBR-19	AE title della diagnostica dove verrà eseguito l'esame
OBR-21	Study Instance UID
OBR-24	Modalità DICOM (CR, CT, MR, US, XA, ...)
OBR-25	Vedi tabella HL7 #0123

17.12. OBX - Observation/Result Segment

SEQ	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	O			00569	Set ID – OBX
2	C		<u>0125</u>	00570	Value Type
3	R			00571	Observation Identifier
4	C			00572	Observation Sub-ID
5	C	Y		00573	Observation Value
6	O			00574	Units
7	O			00575	References Range
8	O	Y	<u>0078</u>	00576	Abnormal Flags
9	O			00577	Probability
10	O	Y	<u>0080</u>	00578	Nature of Abnormal Test
11	R		<u>0085</u>	00579	Observation Result Status
12	O			00580	Effective Date of Reference Range
13	O			00581	User Defined Access Checks
14	O			00582	Date/Time of the Observation
15	O			00583	Producer's ID
16	O	Y		00584	Responsible Observer
17	O	Y		00936	Observation Method
18	O	Y		01479	Equipment Instance Identifier
19	O			01480	Date/Time of the Analysis

CAMPO	CONTENUTO
OBX-1	Progressivo del segmento
OBX-2	Valori gestiti: ED = indica che il pacchetto di dati sarà codificato come un tipo di dato incapsulato RP = se in OBX-5 viene inserito: • URI al referto • URL per apertura immagini (MedWEB, visualizzatore immagini via WEB) • Study Instance UID • Accession number delle immagini
OBX-3	1. Con OBX-2 = ED: CE-1 = identificativo del referto 2. Con OBX-2 = RP CE-2 = DCM (nel caso di Study Instance UID o Accession Number), LINK (negli altri casi) CE-3 = OF_EXPRIVIA
OBX-5	1. Con OBX-2 = ED il campo contiene i dati incapsulati. • Nel caso di invio del referto secondo le specifiche CDA il campo è : ^multipart^related^A^<encoded data> • Per l'invio del solo referto: ^Application^PDF^Base64^<encoded data> • Per l'invio del referto firmato digitalmente: ^Application^P7M_PDF^Base64^<encoded data> 2. Con OBX-2 = RP il campo contiene: • URI al referto

	• URL per apertura immagini • Study Instance UID • Accession number delle immagini
OBX-11	Valore gestito F (final results)

17.13. ORC – Common Order Segment

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	2	ID	R		<u>0119</u>	00215	Order Control
2	22	EI	C			00216	Placer Order Number
3	22	EI	C			00217	Filler Order Number
4	22	EI	O			00218	Placer Group Number
5	2	ID	O		<u>0038</u>	00219	Order Status
6	1	ID	O		<u>0121</u>	00220	Response Flag
7	200	TQ	B	Y		00221	Quantity/Timing
8	200	EIP	O			00222	Parent
9	26	TS	O			00223	Date/Time of Transaction
10	250	XCN	O	Y		00224	Entered By
11	250	XCN	O	Y		00225	Verified By
12	250	XCN	O	Y		00226	Ordering Provider
13	80	PL	O			00227	Enterer's Location
14	250	XTN	O	Y/2		00228	Call Back Phone Number
15	26	TS	O			00229	Order Effective Date/Time
16	250	CE	O			00230	Order Control Code Reason
17	250	CE	O			00231	Entering Organization
18	250	CE	O			00232	Entering Device
19	250	XCN	O	Y		00233	Action By
20	250	CE	O		<u>0339</u>	01310	Advanced Beneficiary Notice Code
21	250	XON	O	Y		01311	Ordering Facility Name
22	250	XAD	O	Y		01312	Ordering Facility Address
23	250	XTN	O	Y		01313	Ordering Facility Phone Number
24	250	XAD	O	Y		01314	Ordering Provider Address
25	250	CWE	O			01473	Order Status Modifier
26	60	CWE	C		0552	01641	Advanced Beneficiary Notice Override Reason
27	26	TS	O			01642	Filler's Expected Availability Date/Time
28	250	CWE	O		0177	00615	Confidentiality Code
29	250	CWE	O		0482	01643	Order Type
30	250	CNE	O		0483	01644	Enterer Authorization Mode

17.13.1. Transazione RAD-2 (Placer Order Management)

RIS Exprivia è utilizzato come sistema di schedulazione

Compilazione segmento nel messaggio ORM^O01 - New Order

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Valori; NW = Nuovo Ordine (new order) per la richiesta di un nuovo ordine.
ORC-2	Numero univoco dell'ordine generato dall'applicativo richiedente.

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Valori: NW = Nuovo Ordine (new order) per la richiesta di un nuovo ordine. SC = Modifica Stato (status change)
ORC-2	Numero univoco dell'ordine generato dall'applicativo richiedente. EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-4	Questo campo permette ad un applicativo di creare un set di ordini e identificarli quindi con un unico codice (richiesta) EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
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

Compilazione segmento nel messaggio ORM^O01 - New Order

RIS Expria NON è utilizzato come sistema di schedulazione

ORC-4	Questo campo permette ad un applicativo di creare un set di ordini e identificarli quindi con un unico codice (richiesta) EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-7	Indica quantità, data e priorità delle prestazioni associate. TQ-1 = contiene la quantità, sempre impostato a 1 TQ-4 = data desiderata per l'appuntamento TQ-6 = la priorità, secondo la specifica IHE: S=urgente, R=routine I tre componenti sono opzionali, se non specificati vanno intesi come quantità = 1, data = decisa da order filler, priorità = R.
ORC-9	Data e ora della richiesta, formato YYYYMMDDHHMMSS
ORC-10	Operatore che inserisce nell'applicativo i dati della richiesta, Contenuto: XCN-1 = Identificativo univoco dell'operatore XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-9 = ente che ha assegnato il codice (Tab UD#0363)
ORC-12	Medico responsabile della richiesta, Contenuto: XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = nome XCN-9 = (Tab UD#0363) XCN-10 = L XCN-13 = Tipologia del medico (Tab UD#0203)
ORC-13	Servizio o reparto richiedente, Gestito con la versione 2.5 di HL7 PL-1 = codice reparto (struttura + sub-struttura) PL-9 = descrizione per esteso del reparto.

	XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-9 = ente che ha assegnato il codice (Tab UD#0363)
ORC-12	Medico responsabile della richiesta. Contenuto: XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = nome XCN-9 = (Tab UD#0363) XCN-10 = L XCN-13 = Tipologia del medico (Tab UD#0203)
ORC-13	Servizio o reparto richiedente. Gestito con la versione 2.5 di HL7 PL-1 = codice reparto (struttura + sub-struttura) PL-9 = descrizione per esteso del reparto.

Compilazione segmento nel messaggio ORM^O01 - Cancel Order

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Deve avere il valore CA
ORC-2	Numero d'ordine generato dall'applicativo richiedente (richiesta+progressivo).

17.13.2. Transazione RAD-3 (Filler Order Management)

Compilazione segmento nel messaggio ORM^O01 - New Order

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Valori: SN = Send order/service number
ORC-3	Contiene il numero dell'ordine generato da RIS Exprivia EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-4	Questo campo permette all'order placer di associare l'ordine ad ordini pervenuti con la transazione RAD-2 EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-5	Stato prestazione. Vedi Tabella #0038

Compilazione segmento nel messaggio ORM^O01 - Status Update

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Deve assumere il valore "SC" (status change)
ORC-2	Numero univoco dell'ordine generato dall'applicativo richiedente. EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-3	Numero d'ordine assegnato da RIS Exprivia EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-4	Questo campo permette all'order placer di associare l'ordine ad ordini pervenuti con la transazione RAD-2 EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-5	Stato prestazione. Vedi Tabella #0038

Compilazione segmento nel messaggio ORM^O01 - Order Cancelled

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Deve assumere il valore "OC" (order cancelled)
ORC-2	Numero univoco dell'ordine generato dall'applicativo richiedente. EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-3	Numero d'ordine assegnato da RIS Exprivia EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-4	Questo campo permette all'order placer di associare l'ordine ad ordini pervenuti con la transazione RAD-2 EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-5	Stato prestazione. Vedi Tabella #0038

Compilazione segmento nel messaggio ORR^O02 – New Order

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Deve assumere il valore "NA" (number assigned)
ORC-2	Numero univoco dell'ordine generato dall'applicativo richiedente. EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-3	Numero d'ordine assegnato da RIS Exprivia EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-4	Questo campo permette all'order placer di associare l'ordine ad ordini pervenuti con la transazione RAD-2 EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)

17.13.3. Messaggi MDM

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	Assume il valore "RE"
ORC-2	Numero univoco dell'ordine generato dall'applicativo richiedente. EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-3	Numero d'ordine assegnato da RIS Exprivia EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-4	Questo campo permette all'order placer di associare l'ordine ad ordini pervenuti con la transazione RAD-2 EI-1 = Entity Identifier EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-5	Assume il valore "CM" (order is completed)

17.13.4. Transazione RAD-4 (Procedure Scheduled)

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	NW (new order)
ORC-2	Numero univoco dell'ordine generato dall'applicativo richiedente. EI-1 = Entity Identifier
ORC-3	Può contenere l'accession number
ORC-5	SC (status change)
ORC-7	Data e ora di esecuzione delle prestazione TQ-4 = data e ora di esecuzione
ORC-9	Data e ora della richiesta, formato YYYYMMDDHHMMSS
ORC-10	Operatore che inserisce nell'applicativo i dati della richiesta, Contenuto: XCN-1 = Identificativo univoco dell'operatore XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-9 = ente che ha assegnato il codice (Tab UD#0363)
ORC-12	Medico responsabile della richiesta. Contenuto: XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = nome
ORC-14	Numero di telefono per contattare il richiedente

17.13.5.

17.13.6. Transazione RAD-13 (Procedure Update)

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	CA
ORC-2	Numero univoco dell'ordine generato dall'applicativo richiedente.

	EI-1 = Entity Identifier
ORC-3	Può contenere l'accession number
ORC-5	CA

17.13.7. Messaggio OSR^Q06

CAMPO	CONTENUTO
ORC-1	SR
ORC-3	Numero d'ordine assegnato da RIS Exprivia EI-1 = Entity Identifier (può essere l'accession number) EI-2 = namespace ID (Tab UD#0300)
ORC-5	Stato della prestazione. Vedi tabella HL7 #0038
ORC-7	Data e ora di esecuzione delle prestazione TQ-4 = data e ora di esecuzione
ORC-10	Operatore che esegue la prestazione, Contenuto: XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-9 = ente che ha assegnato il codice (Tab UD#0363)
ORC-12	Medico responsabile della richiesta. Contenuto: XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = nome XCN-9 = (Tab UD#0363) XCN-10 = L XCN-13 = Tipologia del medico (Tab UD#0203)
ORC-13	Servizio o reparto richiedente, Gestito con la versione 2.5 di HL7 PL-1 = codice reparto (struttura + sub-struttura) PL-9 = descrizione per esteso del reparto.

17.14. PD1 - Patient Additional Demographic Segment

Segmento per indicare l'ASL di appartenenza.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	2	IS	O	Y	<u>0223</u>	00755	Living Dependency
2	2	IS	O		<u>0220</u>	00742	Living Arrangement
3	250	XON	O	Y		00756	Patient Primary Facility
4	250	XCN	B	Y		00757	Patient Primary Care Provider Name & ID No.
5	2	IS	O		0231	00745	Student Indicator
6	2	IS	O		<u>0295</u>	00753	Handicap
7	2	IS	O		<u>0315</u>	00759	Living Will Code
8	2	IS	O		<u>0316</u>	00760	Organ Donor Code
9	1	ID	O		0136	00761	Separate Bill
10	250	CX	O	Y		00762	Duplicate Patient
11	250	CE	O		<u>0215</u>	00743	Publicity Code
12	1	ID	O		0136	00744	Protection Indicator
13	8	DT	O			01566	Protection Indicator Effective Date
14	250	XON	O	Y		01567	Place of Worship
15	250	CE	O	Y	<u>0435</u>	01568	Advance Directive Code
16	1	IS	O		<u>0441</u>	01569	Immunization Registry Status
17	8	DT	O			01570	Immunization Registry Status Effective Date
18	8	DT	O			01571	Publicity Code Effective Date
19	5	IS	O		<u>0140</u>	01572	Military Branch
20	2	IS	O		<u>0141</u>	00486	Military Rank/Grade
21	3	IS	O		<u>0142</u>	01573	Military Status

CAMPO	CONTENUTO
PD1-3	Codice ASL di assistenza o di residenza XON.1 = Descrizione ASL XON-7 = "ASLA" (ASL di assistenza) o "ASLR" (ASL di residenza) XON-10 = Codice identificativo dell'ASL composto di 6 cifre (3 cifre del codice della regione + 3 cifre del codice regionale della azienda sanitaria)

17.15. PID – Patient Identification Segment

Questo segmento è trattato nello stesso modo a prescindere dall'evento. Per i messaggi ORM è possibile, in deroga a quanto specificato da IHE, che il segmento contenga tutti i dati anagrafici del paziente (Scenario 2).

SEQ	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	O			00104	Set ID - PID
2	B			00105	Patient ID
3	R	Y		00106	Patient Identifier List
4	B	Y		00107	Alternate Patient ID - PID
5	R	Y		00108	Patient Name
6	O	Y		00109	Mother's Maiden Name
7	O			00110	Date/Time of Birth
8	O		0001	00111	Administrative Sex
9	B	Y		00112	Patient Alias
10	O	Y	0005	00113	Race
11	O	Y		00114	Patient Address
12	B		0289	00115	County Code
13	O	Y		00116	Phone Number - Home
14	O	Y		00117	Phone Number - Business
15	O		0296	00118	Primary Language
16	O		0002	00119	Marital Status
17	O		0006	00120	Religion
18	O			00121	Patient Account Number
19	B			00122	SSN Number - Patient
20	B			00123	Driver's License Number - Patient
21	O	Y		00124	Mother's Identifier
22	O	Y	0189	00125	Ethnic Group
23	O			00126	Birth Place
24	O		0136	00127	Multiple Birth Indicator
25	O			00128	Birth Order
26	O	Y	0171	00129	Citizenship
27	O		0172	00130	Veterans Military Status
28	B		0212	00739	Nationality
29	O			00740	Patient Death Date and Time
30	O		0136	00741	Patient Death Indicator
31	O		0136	01535	Identity Unknown Indicator
32	O	Y	0445	01536	Identity Reliability Code
33	O			01537	Last Update Date/Time
34	O			01538	Last Update Facility
35	C		0446	01539	Species Code
36	C		0447	01540	Breed Code
37	O			01541	Strain
38	O	2	0429	01542	Production Class Code
39	O	Y	0171	01840	Tribal Citizenship

Titolo di Studio

Valore	Descrizione
1	Nessun titolo di studio o licenza elementare
2	Scuola media inferiore
3	Scuola media superiore
4	Diploma universitario o laurea breve
5	Laurea
9	Non rilevato

Tipo numero telefonico

Valore	Descrizione
PH	Telefono
FX	FAX
MD	Modem
CP	Telefono cellulare

Stato Civile

Valore	Descrizione
1	non coniugato
2	coniugato
3	separato
4	divorziato
5	vedovo
6	non dichiarato

17.15.1. Compilazione segmento per i messaggi ADT^A01 – ADT^A04 – ADT^A05 – ADT^A08 – ADT^A40 – OSR^Q06 – ORM^O01 (Scenario 2)

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Contiene una o più ripetizioni, ognuna relativa ad una tipologia di codice. Sono obbligatori i componenti CX-1 = ID Number CX-4 = Assigning Authority (Tab UD#0363)
PID-5	Contiene una sola ripetizione del campo. XPN-1 = Cognome XPN-2 = Nome

	XPN-6 = Titolo di studio (vedi tabella) XPN-7 = "L" (legal name) = il nome specificato è quello ufficiale; "S" = il nome è uno pseudonimo che serve ad assicurare l'anonimato; "A" = alias, cioè il nome è quello "non ufficiale" del paziente
PID-7	Data di nascita
PID-8	Sesso
PID-11	Indirizzo di residenza, domicilio e luogo di nascita XAD-1 = Indirizzo 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, L (residenza) H (domicilio) N (nascita) XAD-9 = codice ISTAT Comune
PID-13	Numero di telefono, sono gestite fino a 2 ripetizioni. Se presente l'indirizzo e-mail viene rilevato dalla prima ripetizione. XTN-1 = numero di telefono XTN-3 = tipo di numero telefonico (vedi tabella) XTN-4 = indirizzo e-mail
PID-16	Codice ISTAT dello stato civile
PID-18	Codice fiscale
PID-19	Numero della tessera sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale della Regione di Residenza del paziente.
PID-26	Codice ISTAT cittadinanza
PID-27	Codice ISTAT professione
PID-33	Data ultima modifica

17.15.2. Compilazione segmento per i messaggi ADT^A11 – ADT^A38 – MDM^^ – SIU^^ – ORM^O01 (Scenario 1)

Per questi messaggi il segmento può contenere i soli dati necessari ad identificare il paziente.

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Contiene una o più ripetizioni, ognuna relativa ad una tipologia di codice. Sono obbligatori i componenti CX-1 = ID Number CX-4 = Assigning Authority (Tab UD#0363)
PID-5	Contiene una sola ripetizione del campo. XPN-1 = Cognome XPN-2 = Nome XPN-6 = Titolo di studio (vedi tabella) XPN-7 = "L" (legal name) = il nome specificato è quello ufficiale; "S" = il nome è uno pseudonimo che serve ad assicurare l'anonimato; "A" = alias, cioè il nome è quello "non ufficiale" del paziente

17.15.3. Compilazione segmento per i messaggi ADT^A28 – ADT^A31

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Contiene una o più ripetizioni, ognuna relativa ad una tipologia di codice. Sono obbligatori i componenti CX-1 = ID Number CX-4 = Assigning Authority (Tab UD#0363)
PID-4	Nel caso di messaggio di inserimento da parte di RIS Exprivia che genera l'ID i campi devono essere compilati nel seguente modo: CX-1 = ID creato da RIS Exprivia; CX-5 = PI CX-6 = OF_EXPRIVIA Negli altri casi questo campo non viene valorizzato da RIS Exprivia, ma è valorizzato dall'anagrafe centrale nel messaggio di broadcast nel seguente modo: CX-1 = identificativo univoco del dipartimentale inserito nel messaggio di "andata" nel PID-3.CX-1 CX-5 = PI CX-6 = OF_EXPRIVIA
PID-5	Contiene una sola ripetizione del campo. XPN-1 = Cognome XPN-2 = Nome XPN-6 = Titolo di studio (vedi tabella) XPN-7 = "L" (legal name) = il nome specificato è quello ufficiale; "S" = il nome è uno pseudonimo che serve ad assicurare l'anonimato; "A" = alias, cioè il nome è quello "non ufficiale" del paziente
PID-7	Data di nascita
PID-8	Sesso
PID-11	Indirizzo di residenza, domicilio e luogo di nascita XAD-1 = Indirizzo 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. L (residenza) H (domicilio) N (nascita) XAD-9 = codice ISTAT Comune
PID-13	Numero di telefono, sono gestite fino a 2 ripetizioni. Se presente l'indirizzo e-mail viene rilevato dalla prima ripetizione. XTN-1 = numero di telefono XTN-3 = tipo di numero telefonico (vedi tabella) XTN-4 = indirizzo e-mail
PID-16	Codice ISTAT dello stato civile
PID-18	Codice fiscale
PID-19	Numero della tessera sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale della Regione di Residenza del paziente.
PID-26	Codice ISTAT cittadinanza
PID-27	Codice ISTAT professione
PID-33	Data ultima modifica

17.15.4. Transazione RAD-4 (Procedure Scheduled) e RAD-13 (Procedure Update)

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Contiene una ripetizione. Sono obbligatori i componenti CX-1 = ID Number CX-4 = Assigning Authority (Tab UD#0363)
PID-5	Contiene una sola ripetizione del campo. XPN-1 = Cognome XPN-2 = Nome XPN-7 = "L" (legal name) = il nome specificato è quello ufficiale; "S" = il nome è uno pseudonimo che serve ad assicurare l'anonimato; "A" = alias, cioè il nome è quello "non ufficiale" del paziente
PID-7	Data di nascita
PID-8	Sesso
PID-11	Indirizzo di residenza, domicilio e luogo di nascita XAD-1 = Indirizzo 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. L (residenza) H (domicilio) N (nascita) XAD-9 = codice ISTAT Comune
PID-18	Codice fiscale
PID-19	Numero della tessera sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale della Regione di Residenza del paziente.

17.15.5. Compilazione PID per i messaggi non precedentemente definiti

CAMPO	CONTENUTO
PID-3	Contiene una o più ripetizioni, ognuna relativa ad una tipologia di codice. Sono obbligatori i componenti CX-1 = ID Number CX-4 = Assigning Authority (Tab UD#0363)
PID-5	Contiene una sola ripetizione del campo. XPN-1 = Cognome XPN-2 = Nome XPN-6 = Titolo di studio (vedi tabella) XPN-7 = "L" (legal name) = il nome specificato è quello ufficiale; "S" = il nome è uno pseudonimo che serve ad assicurare l'anonimato; "A" = alias, cioè il nome è quello "non ufficiale" del paziente
PID-7	Data di nascita
PID-8	Sesso

17.16. PV1 – Patient Visit Segment

SEQ	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	O			00131	Set ID - PV1
2	R		<u>0004</u>	00132	Patient Class
3	O			00133	Assigned Patient Location
4	O		<u>0007</u>	00134	Admission Type
5	O			00135	Preadmit Number
6	O			00136	Prior Patient Location
7	O	Y	0010	00137	Attending Doctor
8	O	Y	0010	00138	Referring Doctor
9	B	Y	0010	00139	Consulting Doctor
10	O		0069	00140	Hospital Service
11	O			00141	Temporary Location
12	O		0087	00142	Preadmit Test Indicator
13	O		0092	00143	Re-admission Indicator
14	O		<u>0023</u>	00144	Admit Source
15	O	Y	<u>0009</u>	00145	Ambulatory Status
16	O		0099	00146	VIP Indicator
17	O	Y	0010	00147	Admitting Doctor
18	O		0018	00148	Patient Type
19	O			00149	Visit Number
20	O	Y	0064	00150	Financial Class
21	O		0032	00151	Charge Price Indicator
22	O		0045	00152	Courtesy Code
23	O		0046	00153	Credit Rating
24	O	Y	0044	00154	Contract Code
25	O	Y		00155	Contract Effective Date
26	O	Y		00156	Contract Amount
27	O	Y		00157	Contract Period
28	O		0073	00158	Interest Code
29	O		0110	00159	Transfer to Bad Debt Code
30	O			00160	Transfer to Bad Debt Date
31	O		<u>0021</u>	00161	Bad Debt Agency Code
32	O			00162	Bad Debt Transfer Amount
33	O			00163	Bad Debt Recovery Amount
34	O		0111	00164	Delete Account Indicator
35	O			00165	Delete Account Date
36	O		<u>0112</u>	00166	Discharge Disposition
37	O		0113	00167	Discharged to Location
38	O		0114	00168	Diet Type
39	O		0115	00169	Servicing Facility
40	B		<u>0116</u>	00170	Bed Status
41	O		0117	00171	Account Status
42	O			00172	Pending Location
43	O			00173	Prior Temporary Location
44	O			00174	Admit Date/Time
45	O	Y		00175	Discharge Date/Time
46	O			00176	Current Patient Balance

SEQ	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
47	O			00177	Total Charges
48	O			00178	Total Adjustments
49	O			00179	Total Payments
50	O		<u>0203</u>	00180	Alternate Visit ID
51	O		<u>0326</u>	01226	Visit Indicator
52	B	Y	0010	01274	Other Healthcare Provider

17.16.2. Compilazione segmento per i messaggi ADT^A01 – ADT^A04 – ADT^A05 – ADT^A08 – ADT^A40

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Valori ammessi (Tab UD#0004)
PV1-3	Reparto di ricovero del paziente per gli eventi A01 e A05, i campi obbligatori sono PL-1 e PL-9 PL-1 = codice reparto PL-2 = stanza PL-3 = letto PL-4 = presidio (codice ministeriale di 6 cifre) PL-5 = disponibilità locazione (Tab UD #0116) PL-6 = tipologia collocazione (Tab UD #0305) PL-7 = stabilimento PL-8 = piano PL-9 = descrizione del reparto PL-10 = codice univoco della posizione fisica del paziente
PV1-4	Modalità di ammissione. Vale solo per gli eventi A01 e A05. Valori basati sul contenuto della tabella UD#0007 .
PV1-7	Medico che ha in cura il paziente XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = nome XCN-9 = (Tab UD#0363) XCN-10 = L XCN-13 = Tipologia del medico (Tab UD#0203)
PV1-8	Medico richiedente XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-9 = (Tab UD#0363) XCN-10 = L XCN-13 = Tipologia del medico (Tab UD#0203)
PV1-10	Tipo di trattamento/intervento in caso di Day Hospital
PV1-14	Modalità di ammissione. Tabelle UD #0023
PV1-19	Numero di Ricovero (pazienti ricoverati, eventi A01 e A05) oppure Numero di Episodio (pazienti ambulatoriali, evento A04). Contenuto: CX-1 = Codice Identificativo assegnato CX-4 = Assigning Authority (Tab UD#0363)
PV1-44	Data e ora di ricovero (eventi A01 e A05). Occorre specificarlo (per i ricoverati) in quanto in generale può essere diverso dalla data/ora del messaggio. Formato: YYYYMMDDHHMM[SS].
PV1-51	Indicatore visita. Impostare a "V" per l'evento A04; negli altri casi lasciare il valore di default "A"

17.16.3. Compilazione segmento per i messaggi ADT^A28, ADT^A31

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Valore fisso N
PV1-7	Medico che ha in cura il paziente XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome

XCN-3 = Nome
XCN-9 = (Tab UD#0363)
XCN-10 = L
XCN-13 = Tipologia del medico (Tab UD#0203)

17.16.4. Compilazione segmento per il messaggio ADT^A02

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Valori ammessi (Tab UD#0004)
PV1-3	Reparto di ricovero del paziente, i campi obbligatori sono PL-1 e PL-9 PL-1 = codice reparto PL-2 = stanza PL-3 = letto PL-4 = presidio (codice ministeriale di 6 cifre) PL-5 = disponibilità locazione (Tab UD #0116) PL-6 = tipologia collocazione (Tab UD #0305) PL-7 = stabilimento PL-8 = piano PL-9 = descrizione del reparto PL-10 = codice univoco della posizione fisica del paziente
PV1-6	Precedente reparto di ricovero del paziente, i campi obbligatori sono PL-1 e PL-9 PL-1 = codice reparto PL-2 = stanza PL-3 = letto PL-4 = presidio (codice ministeriale di 6 cifre) PL-5 = disponibilità locazione (Tab UD #0116) PL-6 = tipologia collocazione (Tab UD #0305) PL-7 = stabilimento PL-8 = piano PL-9 = descrizione del reparto PL-10 = codice univoco della posizione fisica del paziente
PV1-10	Tipo di trattamento/intervento in caso di Day Hospital
PV1-19	Numero di Ricovero (pazienti ricoverati, eventi A01 e A05) oppure Numero di Episodio (pazienti ambulatoriali, evento A04). Contenuto: CX-1 = Codice Identificativo assegnato CX-4 = Assigning Authority (Tab UD#0363)
PV1-44	Data e ora di accettazione nel reparto di destinazione
PV1-45	Data e ora di dimissione dal reparto di provenienza
PV1-51	Indicatore visita. Impostare a "V" per l'evento A04; negli altri casi lasciare il valore di default "A"

17.16.5. Compilazione segmento nel messaggio ORM^O01 - New Order

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Valori ammessi (Tab UD#0004)
PV1-3	Reparto di ricovero del paziente, i campi obbligatori sono PL-1 e PL-9. Il campo va compilato nello

	scenario 2 della transazione RAD-2 PL-1 = codice reparto PL-2 = stanza PL-3 = letto PL-4 = presidio (codice ministeriale di 6 cifre) PL-5 = disponibilità locazione (Tab UD #0116) PL-6 = tipologia collocazione (Tab UD #0305) PL-7 = stabilimento PL-8 = piano PL-9 = descrizione del reparto PL-10 = codice univoco della posizione fisica del paziente
PV1-15	Indicato per segnalare l'eventuale stato di gravidanza (B6) oppure vuoto.
PV1-19	Numero di Ricovero (pazienti ricoverati) oppure Numero di Episodio (pazienti ambulatoriali). Contenuto: CX-1 = Codice Identificativo assegnato CX-4 = Assigning Authority (Tab UD#0363)
PV1-20	Il campo va utilizzato per inserire la classificazione data al paziente allo scopo di identificare il soggetto cui addebitare il prezzo relativo alla prestazione ricevuta FC-1 = (Tab UD#0064) FC-2 = Data scadenza esenzione
PV1-51	Indicatore visita. Impostare ad "A"

17.16.6. Compilazione PV1 per messaggi MDM

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Valori ammessi (Tab UD#0004)
PV1-3	Reparto di ricovero del paziente, i campi obbligatori sono PL-1 e PL-9 PL-1 = codice reparto PL-2 = stanza PL-3 = letto PL-4 = presidio (codice ministeriale di 6 cifre) PL-5 = disponibilità locazione (Tab UD #0116) PL-6 = tipologia collocazione (Tab UD #0305) PL-7 = stabilimento PL-8 = piano PL-9 = descrizione del reparto PL-10 = codice univoco della posizione fisica del paziente
PV1-7	Medico che ha in cura il paziente XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = nome XCN-9 = (Tab UD#0363) XCN-10 = L XCN-13 = Tipologia del medico (Tab UD#0203)
PV1-8	Medico richiedente XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = nome XCN-9 = (Tab UD#0363)

	XCN-10 = L XCN-13 = Tipologia del medico (Tab UD#0203)
PV1-9	Medico refertante XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = nome XCN-9 = (Tab UD#0363) XCN-10 = L XCN-13 = Tipologia del medico (Tab UD#0203)
PV1-19	Numero di Ricovero (pazienti ricoverati) oppure Numero di Episodio (pazienti ambulatoriali). Contenuto: CX-1 = Codice Identificativo assegnato CX-4 = Assigning Authority (Tab UD#0363)
PV1-51	Indicatore visita. Impostato a "A"

17.16.7. Transazione RAD-4 (Procedure Scheduled) e RAD-13 (Procedure Update)

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Valori ammessi (Tab UD#0004)
PV1-3	Reparto di ricovero del paziente per gli eventi A01 e A05, i campi obbligatori sono PL-1 e PL-9 PL-1 = codice reparto PL-2 = stanza PL-3 = letto PL-4 = presidio (codice ministeriale di 6 cifre) PL-5 = disponibilità locazione (Tab UD #0116) PL-6 = tipologia collocazione (Tab UD #0305) PL-7 = stabilimento PL-8 = piano PL-9 = descrizione del reparto PL-10 = codice univoco della posizione fisica del paziente
PV1-19	Numero di Ricovero (pazienti ricoverati) oppure Numero di Episodio (pazienti ambulatoriali). Contenuto: CX-1 = Codice Identificativo assegnato CX-4 = Assigning Authority (Tab UD#0363)

17.16.8. Compilazione PV1 per messaggi non precedentemente definiti

CAMPO	CONTENUTO
PV1-2	Valori ammessi (Tab UD#0004)
PV1-3	Reparto di ricovero del paziente, i campi obbligatori sono PL-1 e PL-9 PL-1 = codice reparto PL-2 = stanza PL-3 = letto PL-4 = presidio (codice ministeriale di 6 cifre) PL-5 = disponibilità locazione (Tab UD #0116) PL-6 = tipologia collocazione (Tab UD #0305) PL-7 = stabilimento

	PL-8 = piano PL-9 = descrizione del reparto PL-10 = codice univoco della posizione fisica del paziente
PV1-7	Medico che ha in cura il paziente XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-9 = (Tab UD#0363) XCN-10 = L XCN-13 = Tipologia del medico (Tab UD#0203)
PV1-8	Medico inviante XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = nome XCN-9 = (Tab UD#0363) XCN-10 = L XCN-13 = Tipologia del medico (Tab UD#0203)
PV1-19	Numero di Ricovero (pazienti ricoverati, eventi A01 e A05) oppure Numero di Episodio (pazienti ambulatoriali, evento A04). Contenuto: CX-1 = Codice Identificativo assegnato CX-4 = Assigning Authority (Tab UD#0363)
PV1-20	Il campo va utilizzato per inserire la classificazione data al paziente allo scopo di identificare il soggetto cui addebitare il prezzo relativo alla prestazione ricevuta FC-1 = (Tab UD#0064) FC-2 = Data scadenza esenzione

17.17. PV2 – Patient Visit - Additional Information Segment

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	80	PL	C			00181	Prior Pending Location
2	250	CE	O		0129	00182	Accommodation Code
3	250	CE	O			00183	Admit Reason
4	250	CE	O			00184	Transfer Reason
5	25	ST	O	Y		00185	Patient Valuables
6	25	ST	O			00186	Patient Valuables Location
7	2	IS	O	Y	0130	00187	Visit User Code
8	26	TS	O			00188	Expected Admit Date/Time
9	26	TS	O			00189	Expected Discharge Date/Time
10	3	NM	O			00711	Estimated Length of Inpatient Stay
11	3	NM	O			00712	Actual Length of Inpatient Stay
12	50	ST	O			00713	Visit Description
13	250	XCN	O	Y		00714	Referral Source Code
14	8	DT	O			00715	Previous Service Date
15	1	ID	O		0136	00716	Employment Illness Related Indicator
16	1	IS	O		0213	00717	Purge Status Code
17	8	DT	O			00718	Purge Status Date
18	2	IS	O		0214	00719	Special Program Code
19	1	ID	O		0136	00720	Retention Indicator
20	1	NM	O			00721	Expected Number of Insurance Plans
21	1	IS	O		0215	00722	Visit Publicity Code
22	1	ID	O		0136	00723	Visit Protection Indicator
23	250	XON	O	Y		00724	Clinic Organization Name
24	2	IS	O		0216	00725	Patient Status Code
25	1	IS	O		0217	00726	Visit Priority Code
26	8	DT	O			00727	Previous Treatment Date
27	2	IS	O		0112	00728	Expected Discharge Disposition
28	8	DT	O			00729	Signature on File Date
29	8	DT	O			00730	First Similar Illness Date
30	250	CE	O		0218	00731	Patient Charge Adjustment Code
31	2	IS	O		0219	00732	Recurring Service Code
32	1	ID	O		0136	00733	Billing Media Code
33	26	TS	O			00734	Expected Surgery Date and Time
34	1	ID	O		0136	00735	Military Partnership Code
35	1	ID	O		0136	00736	Military Non-Availability Code
36	1	ID	O		0136	00737	Newborn Baby Indicator
37	1	ID	O		0136	00738	Baby Detained Indicator
38	250	CE	O		0430	01543	Mode of Arrival Code
39	250	CE	O	Y	0431	01544	Recreational Drug Use Code
40	250	CE	O		0432	01545	Admission Level of Care Code
41	250	CE	O	Y	0433	01546	Precaution Code
42	250	CE	O		0434	01547	Patient Condition Code
43	2	IS	O		0315	00759	Living Will Code
44	2	IS	O		0316	00760	Organ Donor Code
45	250	CE	O	Y	0435	01548	Advance Directive Code
46	8	DT	O			01549	Patient Status Effective Date

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
47	26	TS	C			01550	Expected LOA Return Date/Time
48	26	TS	O			01841	Expected Pre-admission Testing Date/Time
49	20	IS	O	Y	0534	01842	Notify Clergy Code

17.17.2. Compilazione segmento per i messaggi ADT^A01 – ADT^A02 – ADT^A03 - ADT^A04 – ADT^A05 – ADT^A06 – ADT^A07

CAMPO	CONTENUTO
PV2-3	Può contenere una descrizione del motivo del ricovero

17.17.3. Compilazione segmento nel messaggio ORM^O01

CAMPO	CONTENUTO
PV2-25	Può essere utilizzato per contenere il codice di priorità dell'accesso o del ricovero. (Tab UD#0217)

17.18. QRD – Query Definition

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM #	ELEMENT NAME
1	26	TS	R			00025	Query Date/Time
2	1	ID	R		0106	00026	Query Format Code
3	1	ID	R		0091	00027	Query Priority
4	10	ST	R			00028	Query ID
5	1	ID	O		0107	00029	Deferred Response Type
6	26	TS	O			00030	Deferred Response Date/Time
7	10	CQ	R		0126	00031	Quantity Limited Request
8	250	XCN	R	Y		00032	Who Subject Filter
9	250	CE	R	Y	0048	00033	What Subject Filter
10	250	CE	R	Y		00034	What Department Data Code
11	20	VR	O	Y		00035	What Data Code Value Qual.
12	1	ID	O		0108	00036	Query Results Level

CAMPO	CONTENUTO
QRD-1	Data e ora corrente
QRD-2	Valore fisso R (Response is in record-oriented format)
QRD-3	Valore fisso I (immediate response)
QRD-4	Stesso valore di MSH-10
QRD-7	CQ-1 = Numero massimo di records accettati dal richiedente

	CQ-2 = Valore fisso RD (records)
QRD-8	XCN-1 = ID paziente
	XCN-9 = Assigning Authority
QRD-9	Vedi Tab. #0048
QRD-10	Valore da ricercare
QRD-11	Intervallo temporale

17.19. RGS - Resource Group Segment

Questo segmento è ripetuto per ogni prestazione della prenotazione

SEQ	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	R			01203	Set ID - RGS
2	C		0206	00763	Segment Action Code
3	O			01204	Resource Group ID

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".

17.20. SCH - Schedule Activity Information Segment

Informazioni generali della prenotazione

SEQ	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	C			00860	Placer Appointment ID
2	C			00861	Filler Appointment ID
3	C			00862	Occurrence Number
4	O			00218	Placer Group Number
5	O			00864	Schedule ID
6	R			00883	Event Reason
7	O		<u>0276</u>	00866	Appointment Reason
8	O		<u>0277</u>	00867	Appointment Type
9	B			00868	Appointment Duration
10	B			00869	Appointment Duration Units
11	B	Y		00884	Appointment Timing Quantity
12	O	Y		00874	Placer Contact Person
13	O			00875	Placer Contact Phone Number
14	O	Y		00876	Placer Contact Address
15	O			00877	Placer Contact Location
16	R	Y		00885	Filler Contact Person
17	O			00886	Filler Contact Phone Number
18	O	Y		00887	Filler Contact Address
19	O			00888	Filler Contact Location
20	R	Y		00878	Entered by Person
21	O	Y		00879	Entered by Phone Number
22	O			00880	Entered by Location
23	O			00881	Parent Placer Appointment ID
24	C			00882	Parent Filler Appointment ID
25	O		<u>0278</u>	00889	Filler Status Code
26	C	Y		00216	Placer Order Number
27	C	Y		00217	Filler Order Number

CAMPO	CONTENUTO
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. Questa informazione è la stessa che viene inviata dall'Order Placer con il messaggio ORM, nel campo ORC-4.
SCH-6	Motivo dell'evento CE-1 = Codice CE-2 = descrizione
SCH-16	Questo campo indica la persona di riferimento responsabile della schedulazione dell'appuntamento richiesto XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome

	XCN-9 = (Tab UD#0363)
SCH-11	Impostato a 1
SCH-20	Questo campo indica la persona che richiede la prestazione XCN-1 = Codice XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome XCN-9 = (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. Compilato nel caso sia compilato il campo SCH-26.

17.21. TXA - Transcription Document Header Segment

SEQ	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	R			00914	Set ID- TXA
2	R		<u>0270</u>	00915	Document Type
3	C		0191	00916	Document Content Presentation
4	O			00917	Activity Date/Time
5	C	Y		00918	Primary Activity Provider Code/Name
6	O			00919	Origination Date/Time
7	C			00920	Transcription Date/Time
8	O	Y		00921	Edit Date/Time
9	O	Y		00922	Originator Code/Name
10	O	Y		00923	Assigned Document Authenticator
11	C	Y		00924	Transcriptionist Code/Name
12	R			00925	Unique Document Number
13	C			00926	Parent Document Number
14	O	Y		00216	Placer Order Number
15	O			00217	Filler Order Number
16	O			00927	Unique Document File Name
17	R		<u>0271</u>	00928	Document Completion Status
18	O		<u>0272</u>	00929	Document Confidentiality Status
19	O		<u>0273</u>	00930	Document Availability Status
20	O		<u>0275</u>	00932	Document Storage Status
21	C			00933	Document Change Reason
22	C	Y		00934	Authentication Person, Time Stamp
23	O	Y		00935	Distributed Copies (Code and Name of Recipients)

CAMPO	CONTENUTO
TXA-1	Progressivo del segmento
TXA-2	Il valore di questo campo è l'identificativo della tipologia del documento trasmesso, definito in TAB UD#0270
TXA-3	Il valore di questo campo è l'identificativo del formato del documento trasmesso. Tale campo è condizionale e va valorizzato solo quando il messaggio contiene un documento in uno o più segmenti OBX (campo OBX-5). Valori ammessi: TEXT = Testo Multipart = MIME multipart
TXA-6	Data di creazione del referto
TXA-9	Medico che ha creato il documento XCN-1 = Codice Fiscale XCN-2 = Cognome XCN-3 = Nome
TXA-12	Codice univoco del referto EI-1 = codice referto EI-2 = codice sistema
TXA-13	Campo valorizzato nel caso di messaggio MDM^T10, indica il codice del referto che è stato modificato. EI-1 = codice referto EI-2 = codice sistema
TXA-14	Numero dell'ordine assegnato dall'Order Placer

	EI-1 = identificativo dell'ordine EI-2 = codice sistema
TXA-15	Numero d'ordine assegnato dall'Order Filler. EI-1 = identificativo dell'ordine EI-2 = codice sistema
TXA-16	URL al file del referto
TXA-17	Stato del documento AU = Autenticato LA = Firmato digitalmente
TXA-19	Valore gestito AV
TAX-22	Medico che validato il documento PPN-1 = Codice Fiscale PPN-2 = Cognome PPN-3 = Nome PPN-15 = data e ora di validazione del documento

17.22. ZDS

17.22.1. Transazione RAD-4 (Procedure Scheduled)

CAMPO	CONTENUTO
ZDS-1	Study instance UID

17.22.2. Transazione RAD-13 (Procedure Update)

CAMPO	CONTENUTO
ZDS-1	Study instance UID

18. Tabelle User Defined

18.1. Tabella UD #0004 – Patient Class

Valore	Descrizione	Significato
O	pazienti esterni	
I	pazienti interni (ricoverati)	
E	pazienti esterni urgenti	
D	Day Hospital	
P	Prericovero	
R	Paziente esterno che segue trattamento che prevede cicli di cura	
C	Postricovero	
N	Non applicabile	Valore da inserire ad esempio per i messaggi di tipo anagrafico
U	Unknown	
X	Dimissione protetta	
S	Day Service o Chirurgia Ambulatoriale	
A	Assistenza domiciliare	

18.2. Tabella UD #0007 – Admission Type

Valore	Descrizione HL7	Significato
01	Ordinario (Programmabile)	
02	Controllo/programmato	
03	Urgente (24 h)	
04	Urgente differibile (7 giorni)	
05	Day service	
06	Pronto Soccorso non seguito da ricovero	
07	Screening (programma aziendale/regionale)	
08	Libera professione	
09	Accesso diretto	
10	Osservazione Breve Intensiva (OBI)	
99	Altro	

18.3. Tabella UD #0023 – Admit Source

Valore	Descrizione HL7	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 private 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

18.4. Tabella UD #0064 – Financial class

Valore	Descrizione HL7	Significato
1	Esente totale per età e reddito	
2	Esente per reddito	
3	Esente per patologia cronica	
4	Esente per malattie rare	
5	Esente per invalidità totale	
6	Esente per invalidità parziale	
7	Esente per gravidanza	
8	Esente per screening	
9	Esente per diagnosi tumore precoce	
10	Esente per donazione	
11	Esente / soggetto a HIV	
12	Esente per prevenzione	
13	Esente detenuto o internato	
14	Esente per idoneità	
15	Non esente	
16	Non applicabile	Come per es. libera professione , pagante in proprio

18.5. 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

18.6. Tabella UD #0203 – Identifier Type

Valore	Descrizione
01	Medico di base convenzionato
02	Medico pediatra convenzionato
03	Medico specialista dipendente SSN
04	Guardia medica turistica
05	Guardia medica
06	Medico INPS
07	Medico INAIL
08	Medico specialista interno
09	Medico specialista esterno

18.7. Tabella UD #0217 – Visit Priority

Valore	Descrizione	Significato
1	Rosso	
2	Giallo	
3	Verde	
4	Bianco	

18.8. Tabella UD #0270 – Document Type

Valore	Descrizione	Significato
HP	Referto	
DI	Immagini diagnostiche	

18.9. Tabella UD #0305 – Person Location Type

Valore	Descrizione HL7
C	Clinic
D	Department

H	Home
N	Nursing Unit
O	Provider's Office
P	Phone
S	SNF

18.10. Tabella UD #0363 – Assigning Authority (valori proposti)

Valore	Descrizione	Significato
PK	Codice interno applicativo	
CF	Codice Fiscale	
SSN	Codice Sanitario	
STP	Codice STP	
MPI	Master Patient Index	

19. Documenti di riferimento

Documento	Revisione
IHE Technical Framework Vol. 1 – Integration Profiles	Rev8.0 30/08/2007
IHE Technical Framework Vol. 2 – Transactions	Rev8.0 30/08/2007
IHE IT Infrastructure Technical Framework Supplement - PAM Integration Profile	07/11/2006
IHE Technical Framework Vol. IV National Extensions	Rev. 8.0 30/08/2007
Standard HL7	V2.5
Using XML as a Supplementary Messaging Syntax for HL7	Ver. 2.3.1

Appendice A

Pazienti Sconosciuti

Il mancato riconoscimento anagrafico di un paziente, nel caso di impossibilità di determinarne le generalità (es. un arrivo in pronto soccorso in condizioni di incoscienza), impone di trovare un metodo che permetta di ovviare ai problemi del mancato riconoscimento del paziente e della corretta valorizzazione dei dati anagrafici minimi:

- Cognome
- Nome
- Data di Nascita
- Sesso
- Comune di nascita

Nel caso di accettazione di un paziente sconosciuto i dati per rendere questa anagrafica riconoscibile e distinguibile dalle altre potrebbero essere:

1. Cognome = "SCONOSCIUTO"
2. Nome = data e ora di accettazione + progressivo di contatto PS/nosologico
3. Data di Nascita = giorno dell'evento
4. Sesso = quello rilevabile
5. Comune di Nascita = luogo della sede ospedaliera

I messaggi HL7 da utilizzare per la riconciliazione delle anagrafiche sono quelli descritti dal profilo PIR (Patient Information Reconciliation).



REGIONE MARCHE

Numero 541/AORMNDGEN

Data 13/07/2016

DETERMINA N. 541/AORMNDGEN DEL 13/07/2016

determina n. 214/DG/2016 concernente autorizzazione a contrarre per la fornitura di un sistema integrato per la gestione informatizzata di un centro di PMA e connessi servizi di assistenza e manutenzione. Rettifica ed adeguamento normativo.

PUBBLICAZIONE:

dal 13/07/2016 al 27/07/2016

ESECUTIVITA':

- La Determina è stata dichiarata immediatamente esecutiva il 13/07/2016
- La Determina è esecutiva il _____ (dopo il 10° giorno della pubblicazione)

Determina pubblicata sulla Extranet SI ☒ NO ☐

Certificato di pubblicazione

Si attesta che del presente atto è stata disposta la pubblicazione all'Albo Pretorio in data odierna, per quindici giorni consecutivi.

13/07/2016

IL FUNZIONARIO INCARICATO

L. Fedele Livia Fedele

Collegio Sindacale: inviata con nota del _____

Atto soggetto al controllo della Regione: SI ☐ NO ☒

Inviato con nota n. _____ del _____