



Scheda informativa

Metadati per la classificazione di documenti nella CIP

Situazione iniziale

L'assegnazione dei metadati per la classificazione dei documenti nella cartella informatizzata del paziente (CIP) è complessa. Nel linguaggio di tutti i giorni ai documenti vengono attribuite denominazioni derivanti da diversi assi di variazione linguistica: un rapporto medico e un rapporto infermieristico, per esempio, si distinguono in base alla funzione dell'autore, mentre un'anamnesi e un referto si differenziano per il tipo d'informazione, ma possono entrambi essere stati redatti sia da personale medico che da personale non medico.

Sviluppo dei metadati per la CIP

La denominazione di classi disgiunte, ovvero che non si sovrappongono, richiederebbe un modello di dati contestualizzato mediante un modello informatico che nell'uso clinico della lingua non esiste. Il linguaggio settoriale della medicina si è evoluto nel tempo e le denominazioni sono diventate ambigue, basti pensare all'aggettivo «clinico», il quale ha così tanti significati che impiegarlo come metadato non avrebbe alcun senso. Qualora si creasse un modello di questo tipo, le denominazioni delle singole classi non sarebbero generalmente comprensibili, pertanto per la CIP si esclude un approccio di questo tipo.

Lo sviluppo dei metadati per la CIP ha una lunga storia, ma non sono mai state esplicitamente formulate riflessioni su un modello di dati. Tuttavia, il risultato del lungo lavoro di elaborazione svolto dal [gruppo di esperti in materia di metadati](#), con i dovuti adeguamenti, costituisce la base per l'attuale definizione dei metadati.

Codici per classi e tipi di documenti

SNOMED CT nasce come sistema di codici, tuttavia, anche la classificazione dei documenti al suo interno è cresciuta storicamente. I tipi di documenti sono suddivisi in base a una gerarchia, ma manca ancora un modello di dati vincolante. Nella scelta dei codici SNOMED-CT per `documentClass` e `documentType` è stata sempre mantenuta la gerarchia di SNOMED CT, in cui tutti i codici per `documentType` sono subordinati ai corrispondenti codici per `documentClass`.

SNOMED International sta lavorando intensamente per ripulire e sviluppare ulteriormente l'ontologia di SNOMED (cosa che necessita un modello di dati). La classificazione dei documenti, tuttavia, non è una priorità. Inoltre, un modello di dati per i documenti dipende dal sistema di assistenza sanitaria (p. es. presenza o meno di gatekeeper, non solo a livello di medici, ma prevalentemente nei centri o negli studi medici ecc.).

La distinzione tra `documentClasses` e `documentTypes` è specificata dall'IHE. Le classi (Classes) hanno lo scopo di fornire una classificazione approssimativa, mentre i tipi (Types) una distinzione più precisa. Per un'usabilità efficiente si deve impiegare il minor numero possibile di codici.

Entrambe le classi e i tipi hanno una numerosità pari a 1 e sono obbligatori, ovvero è necessario specificare esattamente un valore e non è consentito lasciarlo vuoto. A causa della numerosità 1, non è possibile visualizzare varie dimensioni.

Obiettivo della classificazione

A causa delle condizioni quadro precedentemente menzionate, per la classificazione dei documenti nella CIP è stato scelto un approccio pragmatico. L'obiettivo prioritario era fornire sostegno all'«utente alla ricerca di informazioni». Il requisito dell'IHE in materia di usabilità è stato preso in considerazione per il minor numero possibile di codici.

La presenza di poche classi e quindi la rinuncia a una suddivisione più precisa è ragionevole anche perché si ricercano di volta in volta solo i documenti di un singolo paziente e la quantità è pertanto solitamente gestibile. Per esempio, si è rinunciato a suddividere documenti medici e non medici, non da ultimo perché questa distinzione cambia nel corso degli anni: per molto tempo, in Svizzera i chiropratici non rientravano tra i medici. Dal 2008, grazie al corso di studi dell'Università di Zurigo in questo ambito, la situazione è cambiata.

Per poter indicizzare documenti con contenuti misti, sia per `classCode` che per `typeCode` esiste la designazione «documento non meglio specificato», che può essere utilizzata anche per i documenti a cui non corrisponde alcuna designazione.

classCode e typeCode secondo l'allegato 3 OCIP-DFI¹

Le seguenti tabelle illustrano i nomi visualizzati dei codici SNOMED-CT ammessi per gli attributi dei metadati `DocumentEntry.classCode` (tabella 1) e `DocumentEntry.typeCode` (tabella 2) e i corrispondenti nomi italiani visualizzati per l'interfaccia utente², oltre che la suddivisione consentita di `classCode` e `typeCode` (tabella 3):

DocumentEntry.classCode ³		
SNOMED CT	Italiano	Spiegazione
Report of clinical encounter	Rapporto di visita medica	Questo termine comprende i documenti che forniscono «un'istantanea» di una consultazione. Può trattarsi di una visita dal medico di famiglia, da un logopedista ecc.; rientrano in questa categoria anche i rapporti dei consulti durante un ricovero ospedaliero.
Referral note	Lettera d'invio	Tra lettera d'invio e prescrizione di analisi non vi è una netta distinzione. Di norma, la prima corrisponde alla «Transition of Care» ⁴ che trasferisce la responsabilità

¹ Cfr. RS 816.111; allegato 3 dell'ordinanza del 22 marzo 2017 del DFI sulla cartella informatizzata del paziente; «Metadati per lo scambio di dati medici», www.ehealth.admin.ch.

² Le traduzioni dei metadati sono gestite e pubblicate da eHealth Suisse sotto forma di elenchi di sinonimi: www.e-health-suisse.ch/metadati.

³ Cfr. sezione 2.5, allegato 3 OCIP-DFI; Value Set: DocumentEntry.classCode (OID: 2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.3)

⁴ «Transitions of care refers to the various points where a patient moves to, or returns from, a particular physical location or makes contact with a health care professional for the purposes of receiving health care», Organizzazione mondiale della sanità (OMS), *Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care*, Ginevra 2016, licenza CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

		del paziente da una struttura all'altra, mentre la seconda solitamente prescrive una o più analisi. In radiologia e in caso di accertamenti invasivi, tuttavia, si parla anche di invio. Nella CIP il termine «invio» va utilizzato <i>solo</i> in caso di una Transition of Care, mentre in tutti gli altri casi si parla di «prescrizione di analisi».
Order	Prescrizione di analisi	Si veda sopra la descrizione di «lettera di invio».
Summary clinical document	Rapporto riassuntivo	Questo termine comprende i documenti che riassumono la situazione da un punto di vista cronologico e/o specialistico come p. es. il rapporto di dimissione dall'ospedale. Si è rinunciato a distinguere tra il riassunto provvisorio del rapporto di dimissione e il rapporto di dimissioni integrale in quanto in caso di ricovero solitamente ne viene prodotto solo uno dei due o al massimo uno per tipo.
Clinical procedure report	Rapporto operatorio / referto di analisi	Vi rientrano rapporti e referti di analisi e interventi (p. es. il rapporto operatorio).
Care Plan	Piano di trattamento	Questo termine si riferisce sia ai piani medici che a quelli non medici.
Prescription record	Prescrizione medica	Quella che nel linguaggio comune è chiamata «ricetta». La prescrizione può essere di medicinali o di misure.
Patient record type	Documentazione a lungo termine	Questo termine comprende documenti quali il certificato di vaccinazione o il passaporto delle allergie che normalmente sono in possesso del paziente. Qui figurano anche documenti rilevanti per la salute quali piani di allenamento, informazioni derivanti dalle app di fitness ecc.
Consent report	Consenso al trattamento	
Advance directive report	Direttive del paziente	Nelle direttive il paziente dispone cosa ne sarà di lui quando non sarà più in grado di esprimere le proprie volontà.
Audit trail report	Cronologia degli accessi alla CIP	Qui sono raccolte le informazioni riguardo agli accessi alla CIP: tutti gli accessi ai documenti in essa contenuti infatti sono registrati.

Emergency medical identification record	Identificativo d'emergenza / scheda d'emergenza	Esistono diversi tipi di documenti di emergenza. Tra i vari figurano i dati personali dell'utente, i dati di contatto dei familiari e anche le informazioni mediche.
Organ donor card	Tessera di donatore di organi	
Administrative documentation	Documento amministrativo	Questo termine si riferisce ai documenti della cassa malati ecc.
Record of health event	Documento concernente un evento rilevante per la salute	Si tratta p. es. di rapporti di polizia o rapporti dei servizi di primo soccorso in merito a un incidente.
Obstetrical Record	Referto della gravidanza / del parto	Si riferisce a rapporti redatti da medici, levatrici e infermieri.
Record artifact	Documento non meglio specificato	Consente di denominare documenti dal contenuto variegato nonché documenti a cui non sono applicabili altre definizioni.

Tabella 1: DocumentEntry.classCode

DocumentEntry.typeCode ⁵		
SNOMED CT	Italiano	Spiegazione
Clinical Consultation report	Valutazione dello specialista	Comprende p. es. consulti medici e non.
History and physical report	Anamnesi / Rapporto di visita medica	
Progress report	Rapporto sul decorso	
Record artifact	Documento non meglio specificato	Consente di denominare documenti dal contenuto variegato nonché documenti a cui non sono applicabili le altre definizioni.
Laboratory order	Richiesta di analisi di laboratorio	
Pathology order	Richiesta di esame istologico	Comprende tra l'altro prescrizioni di esami istologici su campioni di tessuto.
Imaging order	Richiesta di imagingografia	Riferito a prescrizioni di procedure immaginografiche (raggi X, tomografie computerizzate, ecografie ecc.).
Discharge summary	Rapporto di dimissione	
Transfer summary report	Rapporto d'invio	Si tratta di rapporti che concernono il trasferimento da un'istituzione del settore stazionario a un'altra con il conseguente trasferimento di responsabilità del paziente.
Medication summary document	Elenco dei medicinali	
Operative report	Rapporto operatorio	
Laboratory report	Referto di laboratorio	

⁵ Cfr. sezione 2.6, allegato 3 OCIP-DFI; Value Set: DocumentEntry.typeCode (OID: 2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.27).

Pathology report	Referto istologico	
Imaging report	Referto di immaginografia	Riferito a rapporti relativi a raggi X, tomografie computerizzate, ecografie ecc.
Image reference	Immagine	Riferito a immagini ottenute mediante raggi X, tomografia computerizzata, ecografia ecc.
Clinical Management plan	Piano di trattamento	
Nursing care plan	Piano di cura	
Rehabilitation care plan	Piano di riabilitazione	
Medical Prescription record	Prescrizione di medicinali	Cfr. la spiegazione al corrispondente classCode «Prescription record».
Non-drug prescription record	Prescrizione non di medicinali	Cfr. la spiegazione al corrispondente classCode «Prescription record».
Allergy record	Passaporto delle allergie	
Immunization record	Certificato di vaccinazione	
Medical certificate	Certificato medico	
Emergency department record	Referto di pronto soccorso	Comprende i rapporti relativi alle cure di pronto soccorso.
Professional allied to medicine clinical report	Documento al di fuori del contesto trattato	Raggruppa tutti i rapporti che esulano dal contesto del trattamento, p. es. i rapporti di polizia sulla dinamica di un incidente.

Tabella 2: DocumentEntry.typeCode

Tipi di documenti consentiti in base alla classe di documenti ⁶			
DocumentEntry.classCode		Corrispondente DocumentEntry.typeCode	
Codice	Termine	Codice	Termine
405624007	Documento amministrativo	772786005	Certificato medico
		419891008	Documento non meglio specificato
371538006	Direttive del paziente	419891008	Documento non meglio specificato
722160009	Cronologia degli accessi alla CIP	419891008	Documento non meglio specificato
734163000	Piano di trattamento	737427001	Piano di trattamento
		773130005	Piano di cura
		736055001	Piano di riabilitazione
		419891008	Documento non meglio specificato
371525003	Rapporto operatorio / referto di analisi	371526002	Rapporto operatorio
		4241000179101	Referto di laboratorio
		371528001	Referto istologico
		4201000179104	Referto di immaginografia
		900000000000471006	Immagine
		419891008	Documento non meglio specificato

⁶ Cfr. sezione 2.7, allegato 3 OCIP-DFI; Value Set: DocumentEntry.classCode_DocumentEntry.typeCode_mapping (OID: 2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.30).

371537001	Consenso al trattamento	419891008	Documento non meglio specificato
722216001	Identificativo d'emergenza / scheda d'emergenza	419891008	Documento non meglio specificato
2171000195109	Referto della gravidanza / del parto	419891008	Documento non meglio specificato
721963009	Prescrizione di analisi	721965002	Richiesta di analisi di laboratorio
		721966001	Richiesta di esame istologico
		2161000195103	Richiesta di imagingografia
		419891008	Documento non meglio specificato
772790007	Tessera di donatore di organi	419891008	Documento non meglio specificato
184216000	Documentazione a lungo termine	722446000	Passaporto delle allergie
		41000179103	Certificato di vaccinazione
		419891008	Documento non meglio specificato
440545006	Prescrizione medica	761938008	Prescrizione di medicinali
		765492005	Prescrizione non di medicinali
		419891008	Documento non meglio specificato
417319006	Documento concernente un evento rilevante per la salute	445300006	Referto di pronto soccorso
		445418005	Documento al di fuori del contesto trattato
		419891008	Documento non meglio specificato
721927009	Lettera d'invio	419891008	Documento non meglio specificato
371531000	Rapporto di visita medica	371530004	Valutazione dello specialista
		371529009	Anamnesi / Rapporto di visita medica
		371532007	Rapporto sul decorso
		419891008	Documento non meglio specificato
422735006	Rapporto riassuntivo	373942005	Rapporto di dimissione
		371535009	Rapporto d'invio
		721912009	Elenco dei medicinali
		419891008	Documento non meglio specificato
419891008	Documento non meglio specificato	419891008	Documento non meglio specificato

Tabella 3: tipi di documenti consentiti in base alla classe di documenti