

Scheda descrittiva del SIP per la tipologia documentaria Referto

versione 1.0 del 29/10/2019

Storia delle modifiche del documento

Versione	Variazioni	Data
		GG/MM/AAAA
		GG/MM/AAAA
		GG/MM/AAAA

Il presente documento è rilasciato sotto la licenza
Attribuzione - Non commerciale
delle Creative Commons



INDICE

1. STRUTTURA DELL'UNITÀ DOCUMENTARIA.....	4
2. METADATI	7
3. APPROFONDIMENTI E CASI D'USO.....	23
1.1. Annullamento di referto.....	23

1. STRUTTURA DELL'UNITÀ DOCUMENTARIA

Nella tabella seguente è riportata la struttura dell'Unità documentaria denominata "REFERTO" con le informazioni essenziali relative agli elementi che la compongono. Tali informazioni, e in particolare quelle riportate nella colonna Informazioni sul documento, fanno riferimento ai casi tipici e non hanno valore prescrittivo.

Elemento dell'unità documentaria	Tipo documento	Descrizione	Informazioni sul documento (firme e formati)	Riferimenti temporali
Documento principale ¹	- REFERTO LABORATORIO; - REFERTO ANATOMIA PATOLOGICA; - REFERTO MICROBIOLOGIA; - REFERTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI; - REFERTO SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Referto prodotto in formato PDF oppure secondo il tracciato HL7 CDA2.	Formati: vari (generalmente PDF, PDF.P7M, XML) Firma: SI/NO	Il riferimento temporale è richiesto solo nel caso in cui il documento sia firmato digitalmente. Ai fini della verifica della validità della firma digitale eventualmente apposta al documento si suggerisce di utilizzare la data di
Allegato	GENERICO	Eventuale file complementare o integrativo allegato al referto ad	Formati: vari Firma: SI/NO	

¹ L'elenco dei Tipi documento principale proposto in tabella fa riferimento alle principali tipologie di referto. Eventuali ulteriori tipi documento possono essere concordati sulla base delle esigenze dell'Ente produttore.

		<p>esempio un file immagine che riproduce digitalmente il campione di laboratorio, un file testuale dell'anatomo patologo a commento e integrazione del referto vero e proprio, un file del referto di second opinion proveniente da altra Azienda ecc...</p> <p>Nota: il versamento del tipo documento "GENERICO" è facoltativo ed è possibile definire una tipizzazione in base al tipo di documento in alternativa indicare la descrizione del documento nell'apposito elemento <Descrizione> dell'Indice SIP</p>	<p>firma del referto registrata nel DB dell'applicativo produttore. In alternativa utilizzare la data di versamento nel sistema di conservazione</p>
--	--	---	--

Annesso	ELENCO PRESTAZIONI	<p>Documento che riporta le informazioni su tipo e data di prestazione effettuata e per la quale è stato prodotto il referto. Il documento può essere prodotto in funzione del versamento nel sistema di conservazione delle informazioni sulle prestazioni effettuate qualora queste non siano contenute, per ragioni di numero massimo di caratteri ammessi, all'interno del dell'Indice SIP.</p> <p>Nota: il versamento del tipo documento "ELENCO PRESTAZIONI" è facoltativo e non è richiesto in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2.</p>	<p>Formati: vari, preferibilmente formato .csv</p> <p>Firma: NO</p>	
---------	--------------------	---	---	--

2. METADATI

La tabella seguente descrive i metadati per la produzione dell'Indice SIP da inviare in conservazione.

La tabella fornisce per ciascun metadato le seguenti informazioni:

- Denominazione: identifica la denominazione del metadato (tag) nell'Indice SIP;
- Descrizione: fornisce informazioni aggiuntive sul metadato e indicazioni in merito alla compilazione dello stesso;
- Valore/Formato: indica il formato in cui deve essere espresso il metadato o i valori che può assumere;
- Obblig.: sta a indicare l'obbligatorietà, indicata con un SI in grassetto quando è assoluta (in mancanza del dato il versamento potrebbe non andare a buon fine), un SI in testo normale quando è relativa (ovvero è consigliabile compilare il metadato, ma una sua eventuale assenza non pregiudica il versamento) e con NO quando è facoltativa.

Denominazione	Descrizione	Valore/Formato	Obblig.
<Numero>	Numero identificativo attribuito al referto. Si precisa che il sistema di conservazione non ammette il versamento di unità documentarie aventi stessa chiave identificativa. Nel caso di sostituzione del referto (ad esempio in caso di errori materiali) gestita con la generazione di nuova versione del referto originario, che conserva lo stesso numero di refertazione della versione originaria è necessario diversificare la chiave	XXXXX	SI

	<p>identificativa per consentire il versamento di entrambe le versioni. A tal fine si suggerisce di inserire il numero di versione nella parte finale dell'identificativo utilizzando la seguente sintassi "[identificativo]_ [numero progressivo della versione].</p> <p>Ad esempio 32347_1 (1° versione del referto originario n. 32347), 32347_2 (2° versione del referto originario n. 32347).</p>		
<Anno>	Anno del referto	Anno (AAAA)	SI
<TipoRegistro>	Denominazione o codice attribuita/o dal Produttore al registro in base al contesto applicativo/documentale nell'ambito del quale avviene l'assegnazione dell'identificativo progressivo e univoco. La denominazione o codice del registro può essere concordata con ParER.	Stringa	SI
<Oggetto>	Stringa così composta: Referto [tipologia di referto] prodotto da [StrutturaErogante]	Stringa	SI
<Data>	Data in cui il referto è stato validato/consolidato, cioè ha raggiunto il suo stato definitivo in base a cui non può più essere modificato (salvo produzione di una nuova versione del referto stesso). Nel caso in cui la validazione/consolidamento avvenga attraverso l'apposizione della firma digitale da parte del medico refertante, la data di firma andrà recuperata dal DB	Data (AAAA-MM-GG)	SI

	<p>dell'applicativo verticale che ha prodotto il referto e non dalla busta crittografica della firma, dato che la data presente all'interno della busta crittografica può essere poco attendibile. Nel caso in cui il referto presenti la firma digitale non di un medico refertante, ma di più medici refertanti, inserire la data di firma apposta dall'ultimo medico in ordine di tempo</p>		
<FascicoloPrincipale>	<p>In questa sezione vanno indicate le informazioni relative alla Classifica principale, al Fascicolo principale e all'eventuale Sottofascicolo cui appartiene l'Unità documentaria. È possibile valorizzare solo la Classifica e non i campi descrittivi del Fascicolo nel caso l'Unità documentaria sia stata solo classificata e non fascicolata. Le informazioni richieste sono relative alla sintassi con cui vengono valorizzate le informazioni relative al <FascicoloPrincipale>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <Classifica> • <Identificativo> • <Oggetto> <p>e all'eventuale <SottoFascicolo>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <Identificativo> • <Oggetto> 	Stringa	NO

<FascicoliSecondari>	In questa sezione vanno indicate le informazioni relative alle eventuali Classifiche secondarie, Fascicoli e Sottofascicoli secondari in cui sia stata classificata o fascicolata l'Unità documentaria. Valgono le stesse considerazioni effettuate per il fascicolo principale	Stringa	NO
<AziendaErogante>	Denominazione dell'Azienda di cui fa parte la struttura specifica (ad esempio U.O.C. oppure U.O. oppure U.O.S. o simili) responsabile della produzione del referto. Qualora l'Azienda erogante non coincida con l'Azienda versante il metadato è da considerarsi obbligatorio in senso assoluto Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP	Stringa	SI
<PresidioOspedalieroErogante>	Denominazione del presidio ospedaliero di cui fa parte la struttura specifica (ad esempio U.O.C. oppure U.O. oppure U.O.S. o simili) responsabile della produzione del referto Nota: in caso di verbale strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP	Stringa	NO
<IDPresidioOspedalieroErogante>	Identificativo del presidio ospedaliero di cui fa parte la struttura specifica (ad esempio U.O.C. oppure U.O. oppure U.O.S. o simili) responsabile della produzione del referto	Stringa	NO

	Nota: in caso di verbale strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP		
<StrutturaErogante>	Denominazione che identifica la struttura specifica (ad esempio U.O.C. oppure U.O. oppure U.O.S. o simili) che all'interno dell'Azienda è responsabile della produzione del referto. Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP	Stringa	SI
<IDStrutturaErogante>	Identificativo che identifica la struttura specifica (ad esempio U.O.C. oppure U.O. oppure U.O.S. o simili) che all'interno dell'Azienda è responsabile della produzione del referto. Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP	Stringa	SI
<ResponsabileStrutturaErogante>	Nominativo del Responsabile della struttura specifica (ad esempio U.O.C. oppure U.O. oppure U.O.S. o simili) che all'interno dell'Azienda è responsabile della produzione del referto. Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP	Stringa	NO
<IDPazienteAnagraficaLocale>	Identificativo del paziente all'interno dell'applicativo verticale che ha prodotto il referto	Stringa	

<IDPazienteAnagraficaAziendale>	Identificativo del paziente all'interno dell'anagrafica centrale dell'azienda	Stringa	Almeno uno dei due metadati è OBBLIGATORIO
<CodiceAssistito>	Codice fiscale del paziente, oppure nel caso in cui questo non sia presente, con uno dei seguenti codici che variano a seconda della condizione giuridica che legittima la presenza del paziente straniero sul territorio italiano: codice STP, codice ENI; codice PSU, codice regionale per i soggetti richiedenti asilo politico. Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP	Stringa	SI
<TipoCodiceAssistito>	Indicazione del tipo di codice valorizzato nell'elemento <CodiceAssistito> (es. CF, STP, ENI ecc...). Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP	Stringa	SI
<NumeroTesseraSanitaria>	Numero della tessera sanitaria regionale. Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP	Stringa	NO
<NumeroTesseraTEAM>	Numero della tessera TEAM. Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP	Stringa	NO

<CognomePaziente>	Cognome del paziente	Stringa	SI
<NomePaziente>	Nome del paziente	Stringa	SI
<DataNascitaPaziente>	Data di nascita del paziente	AAAA-MM-GG	SI
<LuogoNascitaPaziente>	Denominazione del comune o il codice ISTAT	Stringa	SI
<Operatore>	Nominativo dell'operatore che ha redatto il referto se diverso dal medico refertante Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP	Stringa	NO
<Refertanti>	Nominativo e codice fiscale del medico refertante, che apponendo la propria firma digitale al referto ne assume la paternità legale. Nel caso in cui il referto sia sottoscritto con firma elettronica si suggerisce di aggiungere l'userID del medico. L'elemento <Refertanti> è predisposto per accogliere i dati identificativi non di un solo medico, ma di più medici, nel caso in cui i refertanti siano diversi.	Stringa	SI
<AltreRisorsePartecipanti>	Nominativi di tutti coloro che a vario titolo - ad eccezione dei medici refertanti già metadati con il tag <Refertanti> - sono intervenuti in una qualsiasi delle fasi del processo di erogazione della prestazione sanitaria e del corrispondente referto.	Stringa	NO

	<p>Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP</p>		
<PrescrittoriDestinatari>	<p>Nominativo e codice fiscale del medico destinatario del referto.</p> <p>L'elemento <PrescrittoriDestinatari> è predisposto per accogliere i dati identificativi non di un solo medico.</p> <p>Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP</p>	Stringa	NO
<AziendaPrescritticeDestinataria>	<p>Denominazione dell'Azienda a cui appartiene il medico destinatario del referto.</p> <p>Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP</p>	Stringa	NO
<StrutturaPrescritticeDestinataria>	<p>Denominazione della struttura specifica (ad esempio U.O. oppure U.O.C oppure U.O.S o simili) a cui appartiene il medico destinatario del referto.</p> <p>Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP</p>	Stringa	NO
<IdStrutturaPrescritticeDestinataria>	<p>Identificativo della struttura specifica (ad esempio U.O. oppure U.O.C oppure U.O.S o simili) a cui appartiene il medico destinatario del referto.</p> <p>Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP</p>	Stringa	NO

<IdRichiesta>	<p>ID della richiesta di prestazione/i : l'ID di una accettazione diretta o l'ID di una richiesta proveniente da CUP o l'ID di una richiesta proveniente dall'order entry.</p> <p>Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP</p>	Stringa	SI
<DataRichiesta>	<p>Data e l'ora della richiesta di prestazione.</p> <p>Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP</p>	aaaa-mm- ggThh:mm:ss	SI
<CodicePrioritaRichiesta>	<p>Codice di priorità assegnato alla richiesta di prestazione (ad es. urgenza oppure routine).</p> <p>Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP</p>	Stringa	NO
<ModalitaDiAccesso>	<p>Indicazione della modalità o regime (ricovero ordinario, day hospital, pronto soccorso, ambulatoriale, day service etc. etc.) con cui il paziente ha avuto accesso alla struttura ospedaliera per l'erogazione della prestazione sanitaria e per la produzione del corrispondente referto.</p> <p>Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP</p>	Stringa	SI

<CodiceNosografico>	<p>Codice nosografico/nosologico che coincide con il numero della cartella di ricovero a cui appartiene logicamente il referto, nel caso in cui lo stesso sia stato prodotto per un paziente in regime di ricovero ordinario o in regime di day hospital.</p> <p>Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP</p>	Stringa	SI
<CodiceProntoSoccorso>	<p>Nel caso in cui l'accesso al pronto soccorso non esiti in un ricovero, inserire il numero di accesso al pronto soccorso che individua anche la cartella di pronto soccorso a cui appartiene logicamente il referto che sia stato prodotto per un paziente che è ricorso alla struttura d'emergenza.</p> <p>Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP</p>	Stringa	SI
<CodiceEpisodio>	<p>Codice di accesso alla struttura ambulatoriale che individua anche il numero del fascicolo ambulatoriale a cui appartiene logicamente il referto, nel caso in cui lo stesso sia stato prodotto per un paziente esterno.</p> <p>Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento <AziendaErogante> non dovrà comparire nell'Indice SIP</p>	Stringa	SI

<CodiceDayService>	<p>Codice di accesso di day service che individua anche il numero del fascicolo di day service a cui appartiene logicamente il referto, nel caso in cui lo stesso sia stato prodotto durante un accesso in day service del paziente.</p> <p>Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP</p>	Stringa	SI
<CodicePercorsoPDTA>	<p>Codice del PDTA che individua il fascicolo a cui appartiene logicamente il referto, nel caso in cui lo stesso sia stato prodotto per un paziente che ha fruito di un dato Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.</p> <p>Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP</p>	Stringa	SI
<TipoEDataPrestazione>	<p>Indicazione relativa al tipo di esame o di prestazione per la quale è stato prodotto il referto accompagnato dalla data e ora della prestazione.</p> <p>In caso di più prestazioni e superamento del numero massimo di caratteri ammesso pari a 4096 è possibile riportare le informazioni su tipo e data di prestazione in un file (preferibilmente in formato .csv) da versare all'interno del pacchetto di versamento come documento annesso denominato "ELENCO_PRESTAZIONI". Se si adotta questa l'elemento <TipoEDataPrestazione> andrà valorizzato con la stringa "VEDI ELENCO PRESTAZIONI".</p>	Stringa	SI

	Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP		
<TipoCodicePrestazione>	Tipo di nomenclatore (nomenclatore aziendale, nomenclatore regionale, nomenclatore nazionale) usato per codificare la/e prestazione/prestazioni. Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP	Stringa	SI
<TipoDataPrestazione>	Descrizione della data della prestazione inserita nell'elemento <TipoEDataPrestazione>. La data può corrispondere a: - DATA_FINE_ESAME, per i referti di specialistica ambulatoriale e radiologia - DATA_ACCETTAZIONE_ESAME per i referti di laboratorio e microbiologia (data di "check-in") - DATA_ACCETTAZIONE_PRIMO_CAMPIONE per i referti di anatomia patologica (data di "check-in") Nota: in caso di referto strutturato secondo il tracciato HL7 CDA2 l'informazione non è richiesta e l'elemento non dovrà comparire nell'Indice SIP	Stringa	SI
<TipoProcedura>	Per i soli referti di anatomia patologica, inserire eventuali informazioni relative alla procedura utilizzata (del tipo "Estemporanea", "Pap test", "Routine", "Urgente" ecc...).	Stringa	NO

<IdCampione>	ID che identifica il campione prelevato. Nel caso in cui il referto faccia riferimento a prestazioni eseguite su più campioni, i molteplici ID dei campioni vanno inseriti tutti dentro il medesimo elemento <IdCampione>. Il campo è obbligatorio per i soli referti di anatomia patologica	Stringa	SI
<IdEsame>	Numero dell'esame. Il campo è obbligatorio per i soli referti di anatomia patologica	Stringa	SI
<AccessionNumber>	Accession Number fornito dal sistema RIS-PACS aziendale che ha generato le immagini per produrre il referto	Stringa	Almeno uno dei due metadati è OBBLIGATORIO per i soli referti di diagnostica per immagine
<IdStudioDICOM>	INSTANCESTUDYID fornito dal sistema PACS aziendale che ha generato le immagini per produrre il referto	Stringa	
<TempoConservazione>	Valore ricavato dal piano di conservazione o massimario di scarto. In caso di conservazione permanente inserire la stringa "ILLIMITATA". In caso sia definito il tempo di conservazione inserire il numero di anni in formato numerico	Stringa	SI
<Consultabilita>	Il tag andrà valorizzato con la stringa fissa "DATI_STATO_SALUTE" oppure con "DATI_GENETICI" nel caso in cui il referto contenga dati genetici	"DATI_GENETICI" "DATI_STATO_SALUTE"	SI

<AnonimatoRiserbo>	Indicare se presso l'Azienda viene gestito – nei casi previsti dalla legge – l'anonimizzazione del referto (ad esempio utilizzo di codici anagrafici fittizi, indicazione di "anonimo" nel nominativo del paziente).	"SI" "NO"	SI
<DescrizioneAnonimatoRiserbo>	Il metadato dovrebbe essere valorizzato nella maniera più descrittiva possibile (es. "nome di fantasia", "anagrafica fittizia", "tutela legge xxxx")	Stringa	NO
<DenominazioneApplicativo>	Denominazione commerciale dell'applicativo che produce il documento	Stringa	SI
<VersioneApplicativo>	Versione dell'applicativo che produce il documento	Stringa	SI
<ProduttoreApplicativo>	Denominazione del produttore dell'applicativo che produce il documento	Stringa	SI
<IDRefertoApplicativoProduttore>	Identificativo assegnato originariamente al referto da parte dell'applicativo verticale, nel caso in cui esso non venga già valorizzato nell'elemento <Numero>	Stringa	NO
<DenominazioneRepository>	Nome commerciale del repository	Stringa	NO
<ProduttoreRepository>	Denominazione del produttore del repository	Stringa	NO
<DataCustodia>	Data e ora in cui il referto, proveniente dall'applicativo verticale, viene acquisito nel repository	aaaa-mm- ggThh:mm:ss	NO
<DocumentoCollegato>	I collegamenti che andranno metadati per i referti sono i seguenti: a) nel caso in cui il referto sia stato sottoposto a versionamento per sostituzione. La nuova versione del referto deve puntare al precedente referto	Stringa	NO

	<p>versionato. <DocumentoCollegato> sarà quindi usato per metadattare il puntamento alla precedente versione del referto. Qualora la nuova versione del referto presenti lo stesso ID del referto versionato, sarà necessario aggiungere all'ID della nuova versione del referto una stringa (es. _ più numero progressivo della versione) al fine di differenziare gli identificativi dei documenti;</p> <p>b) qualora il referto sia un referto di second opinion (nativo digitale o acquisito su supporto digitale a seguito di scansione). In fase di versamento del referto di second opinin, in <DocumentoCollegato> dovranno essere inserite le informazioni che costituiscono la chiave del referto di primo parere precedentemente versato in conservazione;</p> <p>c) nel caso di produzione di referti parziali e completi o nel caso di collegamento tra il referto di estemporanea e il relativo referto post-operatorio per i referti di Anatomia Patologica</p> <p>Gli elementi ricompresi in <DocumentiCollegati> andranno valorizzati con gli identificativi (<ChiaveCollegamento>) dei referti collegati al referto che si sta versando. Le informazioni richieste sono relative alla sintassi con cui vengono valorizzate le informazioni relative a ai metadati di identificazione dell'UD "REFERTO":</p>		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • <Numero> • <Anno> • <TipoRegistro> 		
<DescrizioneCollegamento>	<p>La descrizione ha lo scopo di dar conto del tipo e della natura del singolo collegamento. Inserire una stringa variabile a seconda delle casistiche a), b) e c):</p> <ul style="list-style-type: none"> - nel caso di collegamento di cui al punto a) utilizzare come descrizione la stringa "VERSIONAMENTO PER SOSTITUZIONE"; - nel caso di collegamento di cui al punto b) utilizzare come descrizione la stringa "SECOND OPINION"; - nel caso di collegamento di cui al punto c) utilizzare come descrizione la stringa "PARZIALE/COMPLETO" o "POST-OPERATORIO" 	Stringa	NO

3. APPROFONDIMENTI E CASI D'USO

1.1. Annullamento di referto

Nel presente paragrafo si riportano le diverse modalità di gestione dell'annullamento del referto:

1. Produzione di un documento annullativo di referto (un documento che dispone l'annullamento di un precedente referto). Questa fattispecie può essere gestita in due distinte modalità:
 - 1.1. Il documento viene versato come tipo documento Annesso all'unità documentaria REFERTO tipizzato come DOCUMENTO ANNULLATIVO mediante invocazione del servizio AggiuntaAllegatiSync
 - 1.2. Il documento viene versato come unità documentaria di tipologia DOCUMENTO ANNULLATIVO che avrà come tipo documento principale DOCUMENTO ANNULLATIVO DI REFERTO [tipologia di referto, es. DOCUMENTO ANNULLATIVO DI REFERTO DI LABORATORIO]. Il set di metadati con cui popolare l'Indice SIP è analogo a quello previsto per la tipologia REFERTO con la sola eccezione del campo <Data> che andrà valorizzato con la data di produzione del documento annullativo. Ulteriori variazioni possono essere concordate per la valorizzazione del campo <Oggetto>
2. All'interno dell'applicativo gestionale aziendale il referto emesso viene marcato come annullato, ma non si provvede ad emettere un nuovo documento. Qualora il Versatore voglia allineare anche sul Sistema le informazioni sullo stato di validità del documento, può aggiornare le informazioni precedentemente versate mediante il versamento di un SIP di Metadati utilizzando il servizio AggiuntaAllegatiSync. Il messaggio di aggiornamento costituisce una Annotazione tipizzata come AGGIORNAMENTO METADATI PER ANNULLAMENTO.

Qualora sia stato versato un referto che il Produttore ha annullato a causa di un errore materiale in fase di produzione si suggerisce di effettuare l'annullamento del versamento.