# Referto di Specialistica Ambulatoriale

## Casi di Test – OK

I casi di test di ok esplicitati di seguito sono riportati nel file “*CDA2\_Referto\_Specialistica\_Ambulatoriale\_OK.xls*”.

Affinché i casi di test OK siano svolti correttamente, per ogni elemento fare riferimento alle colonne “*Cardinalità per Test case N”* e *“Obbligatorietà per Test case N”.*

### CASO DI TEST 24

Il Caso di Test 24 corrisponde ad un esempio di CDA2 in cui sono presenti tutte le sezioni e/o campi corrispondenti ai dati essenziali del Decreto 7 Settembre 2023; in particolare, il CDA2 contiene le seguenti sezioni obbligatorie ed opzionali:

**Sezioni obbligatorie**

* “Prestazioni”, descrive le prestazioni effettivamente eseguite e le procedure operative di esame.
* “Referto”, descrive quanto emerso nel corso della/e prestazione/i, riporta quindi al proprio interno una descrizione delle valutazioni del medico e dell’esito della prestazione.

**Sezioni opzionali**

Deve contenere le seguenti sezioni opzionali:

* “Quesito Diagnostico”, rappresenta la diagnosi già accertata o sospettata oppure il sintomo prevalente. Serve allo specialista per conoscere il motivo della richiesta dell’esame allo scopo di formulare delle risposte clinicamente precise al paziente o al medico che ha prescritto l’accertamento.
* “Storia Clinica”, inquadra in generale lo stato di salute del paziente, della sua storia clinica e della motivazione che ha scaturito l’esigenza di sottoporre il paziente alla prestazione di Specialistica

Ambulatoriale

* “Precedenti Esami eseguiti”, elenca eventuali esami precedentemente eseguiti dal paziente che lo specialista ritiene utile richiamare
* “Esame Obiettivo”, rappresenta l'insieme di manovre diagnostiche effettuate dal medico per verificare la presenza o assenza, nel paziente, dei segni (o sintomi obiettivi) indicativi di una deviazione dalla condizione di normalità fisiologica.
* “Confronto con precedenti esami eseguiti”, riporta un confronto tra quanto emerso nel corso di precedenti esami eseguiti e quanto rilevato nel corso della/e procedura/e oggetto del referto.
* “Diagnosi”, rappresenta la conferma o la confutazione del sospetto diagnostico.
* “Conclusioni”, riporta la valutazione conclusiva redatta dal medico specialista e generalmente destinata al medico richiedente.
* “Suggerimenti per il medico prescrittore”, riporta al suo interno eventuali suggerimenti o comunicazioni per il medico richiedente
* “Accertamenti e controlli consigliati”, riporta le prestazioni che il medico specialista ritiene opportuno consigliare al paziente.
* “Terapia Farmacologica Consigliata”, riporta le terapie che il medico specialista ritiene opportuno consigliare al paziente a seguito della prestazione.

### CASO DI TEST 25

Il caso di test 25 prevede un esempio completo di CDA2 che contiene sia le sezioni obbligatorie che le sezioni opzionali. Rispetto al caso di test 24 proposto è necessario inserire le *entryRelationship* associate alle seguenti sezioni:

* “Storia Clinica”
  + Stato clinico del problema
  + Cronicità del problema
  + Età insorgenza
  + Età decesso
* “Allergie”
  + Descrizione reazione
  + Criticità dell’allergia o Intolleranza
  + Stato dell’allergia
  + Commenti

## Casi di Test – KO

I casi di test di errore esplicitati di seguito sono relativi ad errori di tipo sintattico, semantico e terminologico. Per tutti i casi di test vengono evidenziati i campi di interesse nel file “*CDA2\_Referto\_Specialistica\_Ambulatoriale\_KO.xls*”.

### CASO DI TEST 6

Durante la fase di compilazione dei dati anagrafici dell’assistito, il test case riguarda la generazione di un errore semantico scatenato dell’inserimento nel campo relativo al CF di un codice con caratteri minuscoli.

### CASO DI TEST 8

Durante la fase di compilazione dei dati anagrafici dell’assistito, il test case riguarda la generazione di un errore semantico causato dall’inserimento dell’indirizzo ma non la specifica del comune di residenza del paziente.

### CASO DI TEST 9

Durante la fase di compilazione dei dati inerenti al nominativo del paziente, viene indicato il cognome ma omesso il nome dello stesso (*patient/name/given*). Il risultato è un errore semantico.

### CASO DI TEST 10

Durante la fase di compilazione dei dati inerenti all’anagrafica del paziente, viene indicato un valore errato nel campo relativo al “Sesso” del paziente (*administrativeGenderCode*), cioè un valore diverso da quelli ammessi che corrispondono a ‘maschio’, ‘femmina’ o ‘indifferenziato’. Viene così generato un errore terminologico.

### CASO DI TEST 12

Si prende in esame il caso in cui la priorità associata alla richiesta indicata nella ricetta (*order/priorityCode*) venga valorizzata con codice previsto dal sistema di codifica utilizzato, ma non accettabile dallo schematron cioè con un valore diverso da quelli ammessi che corrispondono a ‘Normale’, ‘Preoperatoria’, ‘Urgente', ‘Emergenza’. Così facendo, viene generato un errore semantico.

### CASO DI TEST 13

Il mancato inserimento del campo inerente all’identificativo univoco della prescrizione (*inFulfillmentOf/order/id*) genera un errore sintattico.

### CASO DI TEST 14

La mancata compilazione dell’informazione inerente alla tipologia dell’esame che viene eseguito sul paziente (*act/code*) genera un errore sintattico nella sezione “Prestazioni”.

### CASO DI TEST 15

La mancata compilazione dei dati relativi al Referto della sezione obbligatoria “Referto” che genera un errore semantico.

### CASO DI TEST 16

Il mancato inserimento delle informazioni testuali contenute nella sezione narrativa “Quesito Diagnostico” (*section/text*), genera errore semantico.

### CASO DI TEST 17

La mancata compilazione delle informazioni relative alle procedure amministrative (*entry/act*) eseguite e contenute nella sezione “Prestazioni”, genera un errore semantico.

### CASO DI TEST 18

Durante la fase di compilazione dell’anamnesi patologica contenuta nella sezione “Storia Clinica”, viene generato un errore semantico dovuto alla mancata indicazione della data di insorgenza del problema, la quale va a distinguere, attraverso un riferimento temporale, l’anamnesi patologica prossima da quella remota (*observation/effectiveTime*).

### CASO DI TEST 19

La generazione di un errore semantico avviene quando, durante la compilazione dell’anamnesi familiare contenuta nella sezione “Storia Clinica”, non viene specificato il grado di parentela del familiare in oggetto (*relatedSubject/code*).

### CASO DI TEST 20

Durante la fase di compilazione dell’allergia contenuta nella sezione “Storia Clinica”, viene generato un errore semantico dovuto all’assenza della specifica riguardante l’intervallo di tempo in cui l’allergia o intolleranza è attiva (*observation/effectiveTime*).

### CASO DI TEST 21

Durante la fase di compilazione dell’allergia contenuta nella sezione “Storia Clinica”, viene generato un errore semantico dovuto all’assenza della specifica inerente all’agente (sia esso un farmaco o no) che ha scatenato l’allergia (*observation/participant*).

### CASO DI TEST 22

Il test case fa riferimento all’inserimento di una diagnosi sospettata o il sintomo prevalente con un codice errato (*observation/value*) e quindi non previsto dal sistema di codifica di riferimento, generando così un errore terminologico.

### CASO DI TEST 23

Si prende in esame il caso in cui l’elemento signatureCode del firmatario del documento (*legalAuthenticator*) venga valorizzato con un codice errato (diverso da “S”), generando un errore semantico.

### CASO DI TEST 26

Il test case fa riferimento all’inserimento, nella sezione “Storia Clinica”, di un’osservazione clinica relativa ad un parente biologico, che riporta un codice errato (*observation/value*) e quindi non previsto dal sistema di codifica di riferimento, generando così un errore terminologico.

### CASO DI TEST 27

Il mancato inserimento del campo inerente al livello di riservatezza del documento (*confidentialityCode*) genera un errore sintattico.