Si vuole realizzare una base di dati, per l’archiviazione e la condivisione delle proprie informazioni cliniche, di cui vogliamo rappresentare i dati relativi agli utenti (Amministratore, Care Provider, Paziente), farmaci, vaccinazioni, patologie, anamnesi e indagini diagnostiche.

descrizione requisiti rESP

versione: Plantone 20180217

1. L’Amministratore è un particolare tipo di utente, il quale non è registrato ma è presente all’interno del Sistema nel momento in cui viene effettuata l’installazione.

L’amministratore ha accesso a funzioni di gestione e controllo sulle operazioni effettuate dagli utenti nel Sistema.

In particolare si occupa di

1. Gestione Pazienti: permette all’Amministratore di visualizzare l’elenco dei pazienti registrati nel registro elettronico. Per ogni paziente visualizza
2. id,
3. nome,
4. stato che può essere:

* In attesa di attivazione (Paziente che si è registrato, ma non ha inviato la mail di attivazione)
* Attivo (la mail di attivazione è stata inviata)
* Non attivo (password scaduta)
* Sospeso (ripetuti tentativi di login falliti o sospensione effettuata dall’amministratore per sospetti tentativi di violazione dell’account)

1. giorni mancanti alla scadenza
2. condivisione: può essere abilitata o disabilitata ed indica se un paziente ha deciso di voler condividere i dati personali con i CareProvider
3. Gestione CareProvider: è perfettamente analogo alla Gestione Pazienti, salvo il fatto che in questo caso viene visualizzato il ruolo e che l’attivazione del CareProvider è stata effettuata dall’Amministratore dopo aver verificato l’effettiva identità del CareProvider e la sua professione.
4. Visualizzazione accessi: permette di verificare gli accessi da parte degli utenti al sistema.

L’Amministratore visualizza:

1. l’IP di chi ha effettuato la visita,
2. l’identità del visitatore ed il suo ruolo,
3. l’identità del visitato (può coincidere con il visitatore),
4. le operazioni effettuate,
5. il dispositivo tramite il quale si è effettuato l’accesso,
6. la data e l’orario in cui c’è stato l’accesso alla pagina.
7. Per i Care Provider, identificati da un id, rappresentiamo il
   1. nome,
   2. cognome,
   3. data di nascita,
   4. codice fiscale,
   5. sesso,
   6. email,
   7. numero di telefono,
   8. comune di nascita,
   9. comune di residenza
   10. con relativo indirizzo e
   11. CAP,
   12. la tipologia di attività svolta
   13. il numero d’iscrizione all’ordine dei medici/collegio di appartenenza,
   14. la lista pazienti che acconsentono alla condivisione dei dati,
   15. il livello di confidenzialità per ciascuno di essi
   16. Se presente, la struttura
8. Per i Pazienti, identificati da un id, rappresentiamo
   1. il nome,
   2. cognome,
   3. data di nascita,
   4. codice fiscale,
   5. sesso,
   6. email,
   7. comune di nascita,
   8. comune di residenza
   9. con relativo indirizzo,
   10. numero di telefono,
   11. gruppo sanguigno,
   12. lo stato matrimoniale,
   13. volontà di donare gli organi,
   14. volontà di condividere i propri dati con il Care Provider,
   15. lista dei Care Provider abilitati alla condivisione e
   16. per ognuno di essi il livello di confidenzialità.
9. Per i farmaci, identificati da un id, rappresentiamo il nome, la categoria. Tra questi evidenziamo i farmaci vietati, per i quali rappresentiamo la motivazione e il paziente per il quale è vietata la somministrazione.

I farmaci sono classificati secondo il sistema ATC, il quale suddivide i farmaci in base ad uno schema costituito da 5 livelli gerarchici:

* 1. Il primo livello contiene il Gruppo Anatomico principale;
  2. Il secondo livello contiene il Gruppo Terapeutico principale;
  3. Il terzo livello contiene il Sottogruppo Terapeutico Farmacologico;
  4. Il quarto livello contiene il Sottogruppo Chimico-Terapeutico Farmacologico;
  5. Il quinto livello contiene il Sottogruppo Chimico ed è specifico per ogni singola sostanza chimica.

1. Per la gestione dei vaccini, identificati da un id, rappresentiamo il codice, nome, la descrizione e la durata. Le vaccinazioni relative ad un determinato paziente sono rappresentate da un codice, la data di somministrazione, le possibili reazioni derivanti da essa e la data dell’ultima vaccinazione.
2. I Care Provider richiedono ai Centri Indagini di condurre indagini diagnostiche, per la rilevazione di patologie relative ad un Paziente.

Per i Care Provider che, non sono identificati nel RESP o non effettuano direttamente la richiesta direttamente al Centro Indagini, permettiamo al Paziente di effettuare tale richiesta al Centro Indagini riportando il nome del Care Provider che l’ha richiesta.

1. Per le indagini dunque, rappresentiamo
   1. il Centro Indagini che le conduce,
   2. il Paziente (soggetto dell’indagine),
   3. il motivo (sospetto diagnostico) per la quale viene effettuata,
   4. le patologie,
      1. confermate
      2. escluse
      3. sospette
   5. il referto,
   6. la tipologia,
   7. lo stato,
   8. la data in cui è stata richiesta tale indagine,
   9. la data di prenotazione,
   10. la data di effettuazione
   11. la data di aggiornamento (dati eventuali rinvii),
   12. la data di refertazione ed eventuali allegati,
   13. il Care Provider richiedente (se registrato)
2. Per le Patologie, identificate da un id, rappresentiamo il nome.
3. Tra queste evidenziamo le Diagnosi, patologie relative ad un determinato Paziente, per le quali, rappresentiamo
   1. il nome,
   2. lo stato, Relativamente allo stato, le Diagnosi risultano essere
      1. Confermate,
      2. Sospette
      3. Escluse.
   3. le indagini che hanno confermato/escluso tale diagnosi,
   4. il Care Provider che ha richiesto al Centro Indagini di effettuare tali indagini
   5. il/i farmaco/i consigliato/i dal Care Provider.

Le Diagnosi sono codificate secondo il sistema di classificazione ICD9, il quale è suddiviso secondo una struttura ad albero composta da più livelli (Gruppo, Blocco, Categoria, Codice, Diagnosi), che permette di ricercare un determinato codice nei vari livelli di specificità:

* + 1. Gruppo: rappresenta il primo livello di suddivisione della Codifica ICD;
    2. Blocco: costituisce l’insieme di condizioni tra loro strettamente correlate (Secondo livello);
    3. Categoria: ove sono raggruppati più codici ICD con caratteristiche simili (Terzo livello);
    4. Codice: si può considerare come la sotto-categoria e sotto-classificazione presentati nella struttura della Classificazione ICD (Quarto livello);
    5. Diagnosi: rappresenta la descrizione del sintomo, malattia, traumatismo o causa di esso al quale è correlato il codice.

1. Il Care Provider raccoglie informazioni per produrre l’anamnesi relativa al Paziente da esso in cura.

Per l’Anamnesi, rappresentiamo informazioni riguardo la storia del Paziente, le quali vengono analizzate per formulare delle ipotesi diagnostiche. L'anamnesi si divide in più parti, principalmente una familiare e una personale. L'anamnesi personale si divide a sua volta in fisiologica, patologica remota e patologica prossima.

* + 1. Anamnesi familiare, può essere testuale, ma nel caso si desideri supportare il sistema di supporto diagnostico può essere strutturata. In questo caso si occupa di indagare sullo stato di salute degli ascendenti e dei collaterali del paziente, per i quali riportiamo:

1. la loro eventuale età del decesso e causa di morte,
2. il tipo di parentela con il paziente,
3. la codifica delle patologie da cui è affetto con l’età di insorgenza.
   * 1. Anamnesi fisiologica, che raccoglie informazioni sulle variazioni delle funzioni fisiologiche, al fine di effettuare diagnosi più accurate. Si pongono domande sullo sviluppo psicofisico, variazioni dell'appetito, sul sonno e su abitudini del paziente, fumo, assunzione di alcolici o droghe, attività fisica, nel caso di pazienti di sesso femminile sul ciclo mestruale ed il decorso delle gravidanze.
     2. Anamnesi patologica prossima definita anche "patologica recente" riguarda il disturbo per cui il paziente consulta il medico e le patologie contratte nell’ultimo anno.
     3. Anamnesi patologica remota consiste nell'indagine cronologica e ordinata sulle malattie, traumi ed interventi chirurgici sofferti dal paziente nel passato remoto.
4. Per le Visite, identificate da un id, rappresentiamo il Paziente visitato, il Care Provider che lo riceve, la patologia, la data per cui è stata richiesta la visita, la data di aggiornamento in caso di rinvii, il motivo della visita, le osservazioni e le conclusioni tratte.

Per i Rilievi effettuati nelle precedenti visite rappresentiamo:

* + 1. data,
    2. altezza,
    3. peso,
    4. pressione arteriosa massima (diastolica),
    5. pressione arteriosa minima (sistolica),
    6. frequenza cardiaca,
    7. rilevatore

1. Per il Taccuino, identificato da un id, rappresentiamo il Paziente che inserisce le note, la descrizione della nota, la data di inserimento della stessa e le immagini fontale e posteriore del corpo umano sulla quale vengono evidenziate le zone del corpo di interesse.
2. Per i Files, identificati da un id, rappresentiamo il Paziente che li carica, la data di creazione, il nome con annessa estensione e il livello di confidenzialità per ogni file.

I file caricabili possono essere:

* + 1. Foto del Paziente,
    2. Video del Paziente,
    3. Registrazioni,
    4. Video relativi ad Esami Strumentali,
    5. Immagini DICOM
    6. Documenti di testo