# Profilo Sanitario Sintetico

## Casi di Test – OK

I casi di test di ok esplicitati di seguito sono riportati nel file “*CDA2\_Profilo\_Sanitario\_Sintetico\_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 0

Il caso di test fa riferimento ad un esempio CDA2 semplice in cui sono presenti solo le sezioni ed elementi obbligatori da specifiche nazionali HL7 Italia.

### CASO DI TEST 1

Il caso di test fa riferimento ad un esempio CDA2 in cui sono presenti le section obbligatorie e tutte le relative entry obbligatorie e opzionali, con alcuni sotto-elementi aggiuntivi le cui cardinalità sono riportate nel file excel.

### CASO DI TEST 2

Si prende in esame il caso di un assistito che è stato affetto da un ictus e che ha necessità di effettuare attività di riabilitazione sia motoria che di logopedia.

Il documento contiene, oltre alle sezioni obbligatorie:

* “Allergie e intolleranze”, che raccoglie ogni informazione relativa ad allergie, reazioni avverse, ed allarmi passati o presenti inerenti al paziente, se ritenute rilevanti.
* “Terapie Farmacologiche”, sezione deputata alla registrazione di tutte le informazioni inerenti alle terapie farmacologiche (prescrizioni, somministrazioni): terapie in atto, storia delle prescrizioni/terapie farmacologiche.
* “Lista dei problemi”, concepita per documentare tutti i problemi clinici rilevanti noti al momento in cui è stato generato il documento (problemi clinici, condizioni, sospetti diagnostici e diagnosi certe, sintomi attuali o passati).
* “Protesi, impianti e ausili”, descrive tutte le informazioni inerenti dispositivi medici, ausili, protesi, (“devices”) siano essi impiantati che esterni, da cui dipende, o è dipeso, lo stato di salute del paziente.
* “Trattamenti e Procedure Terapeutiche, Chirurgiche e Diagnostiche”, descrive le procedure

(interventistiche, diagnostiche, chirurgiche, terapeutiche) pertinenti il paziente oggetto del documento.

* “Stato funzionale del paziente”, riporta almeno la valutazione della capacità motoria dell’assistito (autonomo, assistito, allettato).

E deve contenere le seguenti sezioni opzionali:

* “Stile di vita”, contiene i dati che definiscono lo stile di vita del paziente, la condizione sociale, fattori di rischio ambientali; così come informazioni amministrative come stato civile, livello di istruzione, razza, etnia.
* “Piani di Cura”, documenta tutte le informazioni relative a piani di cura riabilitativi o terapeutici.
* “Visite o Ricoveri”, documenta i “contatti” rilevanti, recenti o passati, fra paziente e operatore sanitario (e.g. ricoveri, visite ambulatoriali o domiciliari) pertinenti il paziente oggetto del documento.

### CASO DI TEST 3

Si prende in considerazione il caso di una paziente che sta vivendo una gravidanza a rischio poiché affetta da diabete di tipo 1.

Il documento contiene, oltre alle sezioni obbligatorie:

* “Allergie e intolleranze”, che raccoglie ogni informazione relativa ad allergie, reazioni avverse, ed allarmi passati o presenti inerenti al paziente, se ritenute rilevanti.
* “Terapie Farmacologiche”, sezione deputata alla registrazione di tutte le informazioni inerenti alle terapie farmacologiche (prescrizioni, somministrazioni): terapie in atto, storia delle prescrizioni/terapie farmacologiche.
* “Lista dei problemi”, concepita per documentare tutti i problemi clinici rilevanti noti al momento in cui è stato generato il documento (problemi clinici, condizioni, sospetti diagnostici e diagnosi certe, sintomi attuali o passati).
* “Protesi, impianti e ausili”, descrive tutte le informazioni inerenti dispositivi medici, ausili, protesi, (“devices”) siano essi impiantati che esterni, da cui dipende, o è dipeso, lo stato di salute del paziente.
* “Trattamenti e Procedure Terapeutiche, Chirurgiche e Diagnostiche”, descrive le procedure

(interventistiche, diagnostiche, chirurgiche, terapeutiche) pertinenti il paziente oggetto del documento.

* “Stato funzionale del paziente”, riporta almeno la valutazione della capacità motoria dell’assistito (autonomo, assistito, allettato).

E deve contenere la seguente sezione opzionale:

* “Anamnesi Familiare”, documenta l’anamnesi familiare relativa ai parenti biologici del paziente. Se necessario, vengono indicate l’età di morte e la causa di morte. Tali informazioni servono a qualificare potenziali fattori di rischio per il paziente in relazione alla storia dei membri familiari (rischio eredo-familiare).
* “Stile di vita”, contiene i dati che definiscono lo stile di vita del paziente, la condizione sociale, fattori di rischio ambientali; così come informazioni amministrative come stato civile, livello di istruzione, razza, etnia.
* “Gravidanze e Parto”, riporta tutte le informazioni inerenti gravidanze, parti, eventuali complicanze derivate e stato mestruale (incluso menarca, menopausa, ecc.) ritenute rilevanti.
* “Parametri Vitali”, riporta le informazioni relative ai parametri vitali, attuali e passati, rilevanti ai fini del quadro clinico del paziente, in particolare almeno altezza, peso, indice di massa corporea, pressione arteriosa.
* “Piani di Cura”, documenta tutte le informazioni relative a piani di cura riabilitativi o terapeutici.
* “Visite o Ricoveri”, documenta i “contatti” rilevanti, recenti o passati, fra paziente e operatore sanitario (e.g. ricoveri, visite ambulatoriali o domiciliari) pertinenti il paziente oggetto del documento.
* “Indagini diagnostiche e Esami di laboratorio”, riporta tutti i risultati relativi ad indagini diagnostiche e ad esami di laboratorio rilevanti ai fini della storia clinica del paziente.

### CASO DI TEST 4

Nel caso di test 4 è esplicitato un esempio completo che prevede sia le section obbligatorie che le section opzionali.

## 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\_Profilo\_Sanitario\_Sintetico\_KO.xls*”.

### CASO DI TEST 5

Il mancato inserimento dell’informazione inerente il livello di riservatezza del documento (*confidentialityCode*) genera un errore sintattico.

### 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 dall’inserimento nel campo relativo al CF di un codice con caratteri minuscoli.

### CASO DI TEST 7

Durante la fase di compilazione dei dati anagrafici dell’assistito, il test case riguarda la generazione di un errore semantico scatenato dall’inserimento di un livello di riservatezza del documento (*confidentialityCode*) con informazioni moderatamente sensibili (“*Restricted*”).

### 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 11

Si prende in esame il caso in cui vengono riportate le informazioni inerenti ai contatti dei familiari del paziente e al codice relativo al grado di parentela vene associato un valore errato (*ClinicalDocument*/*participant/associatedEntity/code*), non appartenente quindi al dizionario associato “PersonalRelationshipRoleType”, generando un errore terminologico (se il valore assegnato non deriva dal sistema di codifica utilizzato).

### CASO DI TEST 12

Il mancato inserimento dell’informazione inerente alla lista dei problemi del paziente(*act/code*) genera un errore sintattico nella sezione “Lista dei Problemi”.

### CASO DI TEST 13

Il mancato inserimento dei dati relativi allo Stato Funzionale del paziente della sezione obbligatoria “Stato funzionale del paziente” che genera un errore semantico.

### CASO DI TEST 14

Durante la fase di compilazione dei dati della sezione “Vaccinazioni”, viene generato un errore semantico dovuto alla mancata valorizzazione dello stato dell’avvenuta somministrazione (*substanceAdministration/statusCode*).

### CASO DI TEST 15

Il mancato inserimento delle informazioni, dei riferimenti alle visite e dei ricoveri subiti dal paziente analizzate e contenute nella sezione “Visite e ricoveri”, genera un errore semantico.

### CASO DI TEST 16

Durante la fase di compilazione della terapia contenuta nella sezione “Terapia farmacologica”, viene generato un errore semantico dovuto alla mancata indicazione della data di somministrazione del farmaco, la quale va a scandire, attraverso un arco temporale, l’ultima somministrazione dalla successiva (*substanceAdministration/effectiveTime*)

### CASO DI TEST 17

Durante la fase di compilazione dei dati relativi ai familiari del paziente, contenuti nella sezione “Anamnesi Familiare”, non viene specificato il grado di parentela del familiare in oggetto (*relatedSubject/code*), generando un errore semantico.

### CASO DI TEST 18

Durante la fase di compilazione dei dati relativi alle allergie, contenuta nella sezione “Allergie e Intolleranze”, viene generato un errore semantico dovuto all’assenza della specifica riguardante l’intervallo di tempo in cui l’allergia o intolleranza è attiva (*act/effectiveTime*).

### CASO DI TEST 19

Durante la fase di compilazione dell’allergia contenuta nella sezione “Allergie e Intolleranze”, 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 20

Durante la fase di compilazione dei dati relativi allo stato funzionale del paziente nella sezione “Stato funzionale del paziente” viene generato un errore terminologico, dovuto ad una valorizzazione errata del codice (*observation/value*), non prevista dal sistema di codifica di riferimento.

### CASO DI TEST 21

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.