

# Diventare infermieri indipendenti

La corretta compilazione dei documenti e la contabilità – ASI SBK Ticino

**Presentazione dei documenti richiesti nell'ambito del  
contratto di prestazione con il Cantone**

Centro Spazio Aperto, Bellinzona, 24 aprile 2025

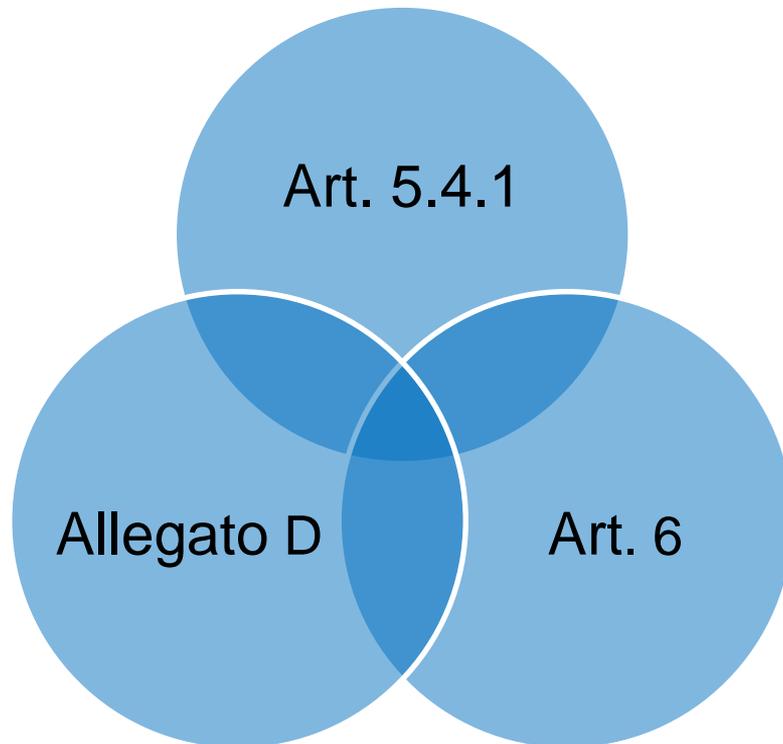
Repubblica e Cantone Ticino

**DSS/DSP/Ufficio del Medico cantonale  
Marinella Torgani Infermiera ispettrice UMC**

# Indice

- 1. Contratto di prestazione articoli e allegato**
- 2. Contratto di prestazione – art. 5.4.1, art. 6 e allegato D**
- 3. Contratto di prestazione – cosa cambia?**
- 4. Documentazione da inviare all'UMC**
- 5. Tempistiche di invio**
- 6. Documentazione di cura**
- 7. Indicatori e criteri formali - contratto di prestazione**
- 8. Indicatori e criteri di qualità - documentazione di cura**
- 9. Informazioni supplementari**

# Contratto di prestazione – articoli e allegato



# Contratto di prestazione – articolo 5.4.1

## **Art. 5.4 - Volume delle prestazioni**

Il numero di ore finanziate, per singola prestazione e totale, è riportato nell'allegato A.

### *Art. 5.4.1 – Determinazione del volume delle prestazioni*

Il volume delle prestazioni corrisponde al fabbisogno di cura determinato sulla base della valutazione multidimensionale del caso effettuata con:

- l'“Anamnesi infermieristica multidimensionale”, per le prestazioni somatiche;
- il piano di cura;
- schede “Registro delle prestazioni erogate”;
- un documento che espliciti il tempo utilizzato per ogni singola prestazione prevista nel piano di cura;
- Documento di anamnesi MDS Rai-Mental Health o InterRai Community Mental Health (CMH Svizzera) per le prestazioni psichiatriche;
- Piano di cura e piano terapeutico per le prestazioni psichiatriche (LASP).

L'infermiere/a si impegna ad utilizzare la documentazione sopra indicata, sia per le prime valutazioni sia per le rivalutazioni. Le verifiche concernenti la loro corretta applicazione sono di competenza dell'Ufficio del medico cantonale (in seguito, UMC).

# Contratto di prestazione – articolo 6

## Art. 6 - Garanzia e promozione della qualità

**Entro il 30** del mese successivo alla fine di ogni trimestre solare, l'infermiere/a invia all'UMC **tramite piattaforma MFT una tabella in formato Excel** in cui sono contenuti i seguenti dati riferiti a tutti i pazienti seguiti durante il trimestre di riferimento: nome, cognome, data di nascita, domicilio, data della prima presa in carico, data dell'ultima valutazione, ev. data dell'ultima presa in carico/decesso, ore totali di prestazioni di cura erogate nel periodo di riferimento, suddivise per categorie di prestazioni (secondo art. 7 OPre) e suddivise fra prestazioni somatiche e psichiatriche, nome dell'infermiere/a di riferimento, nomi di altri/e infermieri/e che intervengono sul caso, nome e cognome del medico prescrittore.

L'invio delle tabelle tramite piattaforma MFT è comprovato da una mail di conferma da parte della piattaforma. La mail di conferma deve essere conservata in quanto l'onere di comprovare l'invio tramite ricevuta è a carico dell'infermiere.

Il mancato invio, l'invio tardivo o l'invio delle liste pazienti in formato e modalità **d'invio diverse da quelle sopra riportate e in assenza della mail di conferma di inoltro da parte della piattaforma MFT, comportano la non richiesta della documentazione di cura da parte dell'UMC e di conseguenza il non riconoscimento finanziario** delle ore erogate nel trimestre da parte dell'UACD.

L'UMC analizza la documentazione di cura riferita ai pazienti scelti casualmente fra tutti/e gli/lei infermieri/e contrattualizzati/e. La richiesta di documentazione sarà fatta (tramite e-mail) entro 30 giorni dalla ricezione della lista trimestrale.

La documentazione di cura richiesta (vedi allegato D) deve pervenire all'UMC in formato .pdf e tramite piattaforma MFT **entro 10 giorni** lavorativi dalla data d'invio della e-mail.

Il mancato invio, l'invio tardivo, l'invio incompleto della documentazione di cura, l'invio in formato e modalità **diverse da quelle sopra riportate e in assenza della mail di conferma di inoltro da parte della piattaforma MFT, comportano delle non conformità nella valutazione da parte dell'UMC.**

Qualora, sull'arco dell'anno, dal campione esaminato dall'UMC emergano delle non conformità rispetto ai termini di invio delle liste e della documentazione sanitaria, alla metodologia di compilazione della documentazione sanitaria, alla qualità della stessa e all'appropriatezza dell'intervento, l'UMC **segnala entro il 30 aprile dell'anno successivo il caso all'UACD**. Sentito l'infermiere/a e l'UMC, l'UACD può applicare una misura proporzionata di decurtazione del contributo, tenendo conto del contesto in cui si situa la non conformità (mandato d'interesse pubblico o meno, gravità, sistematicità, recidività e reticenza).

# Contratto di prestazione – Allegato D

## **Allegato D**

(2025)

### VERIFICA DEL FABBISOGNO DI CURA

Nel rispetto degli artt. 5.4 e 6 del contratto di prestazione con l'infermiera/e

- 1) Il fornitore di prestazioni è tenuto ad inviare all'Ufficio del medico cantonale tramite piattaforma di scambio dati MFT, per ogni nominativo di paziente richiesto, la seguente documentazione in formato pdf, riferita esclusivamente al periodo di valutazione considerato:
  - a) copia pdf del modulo "Anamnesi infermieristica multidimensionale" o copia pdf dell'anamnesi della cartella sanitaria informatizzata, o se del caso copia del documento MDS Rai-Mental Health o InterRai Community Mental Health (CMH Svizzera) per la valutazione psichiatrica;
  - b) copia del documento "Consenso informato" per la presa in carico con indicati tutti gli operatori sanitari che prendono in carico lo stesso paziente, il consenso deve essere firmato dal paziente;
  - c) per ogni prestazione indicazione del numero di interventi effettuati nel periodo di riferimento dall'operatore che invia la documentazione, a settimana o mese o trimestre, e tempo d'intervento per ogni singola prestazione.
  - d) piano di cura;
  - e) schede "Registro delle prestazioni erogate" (finora chiamato "Prestazioni - pianificazione cure");
  - f) piano terapeutico per le prestazioni psichiatriche;
  - g) copia del documento inviato all'assicuratore malattia (Mandato infermieristico e Prescrizione/ Mandato medico) riferito al periodo di presa in carico considerato.
- 2) La documentazione elencata al punto 1 deve essere inviata tramite piattaforma MFT all'Ufficio del medico cantonale entro 15 giorni lavorativi dalla data di richiesta inviata dall'Ufficio del medico cantonale via e-mail.
- 3) L'Ufficio del medico cantonale è autorizzato a chiedere al fornitore di prestazioni, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione, un complemento d'informazioni qualora fosse necessario.
- 4) L'Ufficio del medico cantonale è tenuto a:
  - a) segnalare il caso all'UACD qualora sull'arco dell'anno emergano delle non conformità rispetto all'invio delle liste e della documentazione sanitaria, alla metodologia di compilazione della documentazione sanitaria ricevuta, alla qualità della stessa;
  - b) distruggere la documentazione sanitaria ricevuta alla chiusura dell'anno contabile.

# Contratto di prestazione – Cosa cambia?

**Liste  
trimestrali**

**Documentazione  
di cura**

**Segui i dettagli**

# Documentazione da inviare a UMC

- **Lista trimestrale**

- Alle scadenze previste dall'art. 6 del contratto di prestazione
- Completa di tutti i dati indicati nell'art. 6 menzionato
- Le ore devono essere suddivise per categorie di prestazioni (secondo art. 7 OPre) e suddivise fra prestazioni somatiche e psichiatriche

# Documentazione da inviare a UMC

- **Documentazione di cura**

- Alle scadenze previste dall'art. 6 del contratto di prestazione
- Completa di tutti i documenti indicati nell'allegato D



- La documentazione è accettata solo ed esclusivamente in formato .pdf e tramite MFT

# Tempistiche di invio

## Liste trimestrali

- Entro il 30 del mese successivo al trimestre solare (rif. art. 6 contratto di prestazione) lista completa di tutti gli utenti presi in carico (sia come inf. di riferimento, sia come sostituto)
- Lista in formato EXCEL e invio tramite piattaforma MFT

## Documentazione di cura

- Entro 15 giorni lavorativi dalla data dell'e-mail di richiesta UMC (rif. art. 6 contratto di prestazione e allegato D)
- L'UMC analizza la documentazione dei pazienti scelti casualmente dalla lista trimestrale inviata
- La richiesta di documentazione è inviata entro 30 giorni dalla ricezione della lista

# Tempistiche di invio

## Liste trimestrali

- La scelta dei trimestri nei quali è effettuata la verifica da parte dell'UMC è casuale e non è comunicata con anticipo

## Documentazione di cura

- Eventuali ritardi saranno comunicati separatamente

L'invio dei file inerenti **liste trimestrali** e **documentazione di cura** è comprovato da una mail di conferma automatica da parte della piattaforma MFT. La stessa **dev'essere conservata** per ogni file inviato.

# Tempistiche di invio

## Liste trimestrali

## Documentazione di cura

La mail di conferma trasmessa in automatico da MFT **dev'essere conservata** per ogni file inviato ed esibita in caso di necessità.



Il non rispetto delle tempistiche e l'assenza della mail di conferma quale comprova di caricamento dei file sarà valutata come **non conformità** nei criteri formali del contratto.

Prestare attenzione alla cartella MFT utilizzata, i documenti con dati sensibili dei pazienti devono essere trasmessi solo all'UMC.

# Documentazione di cura

Tutta la documentazione di cura dev'essere inviata in **formato .pdf** tramite piattaforma **MFT** – altri formati non saranno ritenuti conformi.

Anamnesi infermieristica multidimensionale: versione cartacea o editabile di ASI o anamnesi estrapolata dalla cartella informatizzata in uso o copia del modulo MDS RAI Mental Health o InterRAI CMH Svizzera in caso di presa in carico psichiatrica. [Allegato D, lett. a](#)

Consenso informato: copia del documento in uso con indicati tutti gli operatori sanitari che intervengono sul caso. [Allegato D, lett. b](#)



# Documentazione di cura

Tabella interventi effettuati (prestazioni singole) nel trimestre di riferimento dall'operatore che invia la documentazione (programma fatturazione). [Allegato D, lett. c](#)

Piano di cura. [Allegato D, lett. d](#)

Schede «Registro delle prestazioni erogate» (ex Prestazioni-pianificazione cure). [Allegato D, lett. e](#)

Piano terapeutico (rif. LASP artt.29-30-31) in caso di presa in carico psichiatrica. [Allegato D, lett. f](#)

Copia del documento inviato all'assicuratore malattia (mandato infermieristico e prescrizione/mandato medico). [Allegato D, lett. g](#)



# Documentazione di cura

Inviare all'UMC solo la documentazione prevista nell'allegato D rispettandone anche il formato .pdf.

In particolare non sono richieste e non sono necessarie:

- Immagini fotografiche di lesioni o altro
- Copia di documenti particolari (p. es. direttive anticipate, certificati Covid)

**I documenti non richiesti saranno eliminati.**



# Indicatori e criteri formali - Contratto

	Indicatore	Criteri	
		Verifica UMC	
		0 = conforme	1 = non conforme
1	Ricezione lista trimestrale	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ricezione entro il termine (30 del mese successivo al trimestre)</li> <li>✓ Ricezione tramite MFT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ricezione dopo il termine</li> <li>✓ Ricezione non tramite MFT</li> </ul>
	Indicatore	Criteri	
		Verifica UMC	
		0 = conforme	1 = non conforme
2	Conformità tabella	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formato Excel</li> <li>✓ Completa di tutti i dati previsti all'art. 6 Contratto di prestazione</li> <li>✓ Ore A-B-C divise fra somatiche e psichiatriche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Non in formato Excel</li> <li>✓ Incompleta di tutti i dati previsti</li> </ul>

# Indicatori e criteri formali - Contratto

	Indicatore	Criteri	
		Verifica UMC	
		0 = conforme	1 = non conforme
3	Ricezione documentazione di cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ricezione entro 15 giorni lavorativi dalla mail di richiesta</li> <li>✓ Ricezione tramite MFT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ricezione dopo il termine</li> <li>✓ Ricezione non tramite MFT</li> </ul>
	Indicatore	Criteri	
		Verifica UMC	
		0 = conforme	1 = non conforme
4	Conformità documentazione di cura	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formato .pdf</li> <li>✓ Completa di tutti i documenti elencati nell'allegato D</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Non in formato .pdf</li> <li>✓ Incompleta di 1 o più documenti</li> </ul>

# Indicatori e criteri di qualità - Documentazione

	Indicatore	Criteri	
		Verifica UMC	
		0 = conforme	1 = non conforme
1	Anamnesi infermieristica multidimensionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presente</li> <li>✓ Valida per il trimestre di riferimento</li> <li>✓ Formato .pdf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Non presente</li> <li>✓ Non valida per il trimestre di riferimento</li> <li>✓ Non nel formato richiesto</li> </ul>
	Indicatore	Criteri	
		Verifica UMC	
		0 = conforme	1 = non conforme
2	MDS RAI Mental Health o interRAI CMH <small>Svizzera</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presente</li> <li>✓ Valido per il trimestre di riferimento</li> <li>✓ Formato .pdf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Non valido per il trimestre di riferimento</li> <li>✓ Non presente</li> <li>✓ Non nel formato richiesto</li> </ul>

# Indicatori e criteri di qualità - Documentazione

	Indicatore	Criteri	
		Verifica UMC	
		0 = conforme	1 = non conforme
3	Piano terapeutico (PT) per utenti psichiatrici	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presente</li> <li>✓ Valido per il trimestre di riferimento</li> <li>✓ formato .pdf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Non presente</li> <li>✓ Non valido per il trimestre di riferimento</li> <li>✓ Non nel formato richiesto</li> </ul>
	Indicatore	Criteri	
		Verifica UMC	
		0 = conforme	1 = non conforme
4	Catalogo prestazioni (=tabella interventi effettuati)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presente e riferito al trimestre di riferimento</li> <li>✓ formato .pdf o Excel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Non presente e/o riferimento temporale sbagliato</li> <li>✓ Tabella incompleta o assente</li> <li>✓ Non nel formato richiesto</li> </ul>

# Indicatori e criteri di qualità - Documentazione

	Indicatore	Criteri	
		Verifica UMC	
		0 = conforme	1 = non conforme
5	Piano di cura (PdC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Scheda con problemi di cura o diagnosi inf., obiettivi, interventi, valutazione</li> <li>✓ Data e nome operatore responsabile (compilatore)</li> <li>✓ Riferito (valido) al trimestre di riferimento</li> <li>✓ In relazione temporale all'ultima valutazione infermieristica (rivalutazione anamnesi)</li> <li>✓ Formato .pdf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Piano di cura assente</li> <li>✓ Data e/o nome assente</li> <li>✓ Riferimento temporale sbagliato</li> <li>✓ Non in formato .pdf</li> </ul>

# Indicatori e criteri di qualità - Documentazione

	Indicatore	Criteri	
		Verifica UMC	
		0 = conforme	1 = non conforme
6	Consenso informato	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Copia del documento in uso</li> <li>✓ Compilato, leggibile in <u>tutte</u> le sue parti <u>e</u> completo dei nominativi di tutti gli operatori sanitari che intervengono nella presa in carico</li> <li>✓ Formato .pdf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Documento assente</li> <li>✓ Documento incompleto o non leggibile</li>   <li>✓ Non in formato .pdf</li> </ul>

# Indicatori e criteri di qualità - Documentazione

	Indicatore	Criteri	
		Verifica UMC	
		0 = conforme	1 = non conforme
7	Mandato infermieristico/ Mandato medico (=Prescrizione medica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valida per il trimestre di riferimento</li> <li>✓ Firmata da infermiere/a responsabile per le prestazioni A/C</li> <li>✓ Firmata dal medico prescrittore unicamente per le prestazioni B</li> <li>✓ Indicazione di altri fornitori di prestazione se del caso</li> <li>✓ Formato .pdf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Documento assente</li> <li>✓ Una o tutte le indicazioni della colonna a sinistra non sono rispettate</li> <li>✓ Non in formato .pdf</li> </ul>

# Indicatori e criteri di qualità - Documentazione

	Indicatore	Criteri	
		Verifica UMC	
		0 = conforme	1 = non conforme
8	Rispetto della filiera	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coerenza temporale fra mandato infermieristico/medico, anamnesi infermieristica, piano di cura e catalogo prestazioni</li> <li>✓ Corrispondenza catalogo prestazioni</li> <li>✓ Rispetto della filiera nel coordinamento e trasmissione informazioni a terzi (se del caso)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tutte le indicazioni della colonna a sinistra non sono rispettate</li> </ul>

# Informazioni supplementari: basi legali

## IMPORTANTE

La legge di riferimento per l'infermiere indipendente che opera sotto la propria responsabilità professionale è la Legge federale sulle professioni sanitarie LPSan.

Gli obblighi professionali a livello cantonale sono esplicitati nella LSan, in particolare gli articoli: art. 6 cpv. 1, art. 64 e art. 67.

### Art. 6 cpv. 1

**Art. 6** <sup>1</sup>Ogni operatore sanitario, nell'ambito delle proprie competenze professionali, è tenuto a informare il paziente sulla diagnosi, il piano di cura, i possibili rischi nonché su eventuali trattamenti alternativi scientificamente riconosciuti. L'informazione deve essere data in modo chiaro ed accessibile al paziente e tenere conto, in specie nella comunicazione della diagnosi, della sua personalità. Solo nel caso l'informazione possa essere suscettibile di portare grave pregiudizio allo stato psicofisico del paziente o compromettere l'esito della cura, essa deve essere data ad una persona prossima.

### Art. 64

**Art. 64**<sup>18</sup> <sup>1</sup>Gli operatori sanitari sono tenuti al rispetto degli obblighi professionali previsti dalle relative disposizioni federali per l'attività sotto la propria responsabilità professionale, mentre agli operatori sanitari non disciplinati a livello federale si applicano per analogia gli obblighi professionali di cui all'art. 40 della legge federale sulle professioni mediche universitarie del 23 giugno 2006.

<sup>2</sup>Gli operatori sanitari che esercitano sotto la propria responsabilità professionale devono disporre di locali adeguati all'esercizio della propria attività nel Cantone, quantomeno di un locale sicuro ove conservare gli eventuali medicinali e le cartelle sanitarie cartacee e/o un sistema informatico sicuro per la documentazione sanitaria in formato elettronico, riservato l'art. 67 cpv. 4. Essi sono tenuti a notificare all'autorità competente ogni cambiamento di attività o indirizzo.

<sup>3</sup>Il Consiglio di Stato può disciplinare ulteriormente gli obblighi professionali degli operatori sanitari. Egli può in particolare fare riferimento a disposizioni emanate da associazioni professionali di diritto pubblico o privato.

### Art. 67

**Art. 67** <sup>1</sup>Ad eccezione dell'assistente farmacista e dell'odontotecnico, ogni operatore sanitario ai sensi dell'art. 54 attivo nel settore ambulatoriale, come pure ogni responsabile sanitario di servizi o strutture sanitarie che esegue prestazioni o attua terapie è tenuto a compilare, per ogni paziente, una cartella sanitaria nella quale devono essere almeno indicati:

a) le generalità;  
b) il tipo di trattamento eseguito;  
c) le prestazioni effettuate;  
d) le date di inizio e di conclusione del trattamento nonché la data di ogni consultazione. Egli deve, nell'ambito del rispettivo campo d'attività, indicare sulla cartella sanitaria la diagnosi e, se ne ha facoltà, gli agenti terapeutici prescritti. È riservato l'art. 11 cpv. 6.<sup>20</sup>  
<sup>2</sup>Le informazioni di cui all'art. 6 cpv. 4 possono essere menzionate su un documento separato dalla cartella sanitaria.

<sup>3</sup>Per ogni intervento chirurgico, oltre alle informazioni di cui al cpv. 1 di questo articolo, devono essere documentate le informazioni cliniche e tecniche sull'intervento, nonché le generalità del o degli operatori e dell'anestesista, delle altre persone coinvolte nell'intervento, nonché il genere, la durata e l'ora dell'intervento chirurgico e dell'anestesia.

<sup>4</sup>La cartella sanitaria del paziente deve menzionare il tipo o il genere di sperimentazione e ricerca cui egli è stato sottoposto.<sup>21</sup>

<sup>4</sup>La cartella e gli altri documenti sanitari devono essere conservati per almeno dieci anni dalla conclusione del trattamento. È riservato il diritto del paziente ad accedere alla cartella sanitaria conformemente all'art. 6 cpv. 3 e 4.

# Informazioni supplementari: revisione OPre

## IMPORTANTE

### – Art. 8<sup>74</sup> Prescrizione o mandato medico

<sup>1</sup> Il medico determina nella prescrizione o nel mandato medico se il paziente necessita di prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2 lettera b o di cure acute e transitorie secondo l'articolo 25a capoverso 2 LAMaI<sup>75</sup>. Può dichiararvi la necessità di determinate prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2.<sup>76</sup>

<sup>2</sup> La durata della prescrizione o del mandato medico non può superare:

- a.<sup>77</sup> nove mesi per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b;
- b. due settimane per le cure acute e transitorie di cui all'articolo 25a capoverso 2 LAMaI.

<sup>3</sup> Per le persone che ricevono un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione vecchiaia e superstiti, dell'assicurazione invalidità o dell'assicurazione infortuni a causa di una grande invalidità di grado medio o elevato, il mandato medico o la prescrizione medica è di durata illimitata per quanto concerne le prestazioni attinenti alla grande invalidità. L'assicurato deve comunicare all'assicuratore l'esito della revisione dell'assegno per grandi invalidi. Al termine di una siffatta revisione, il mandato medico o la prescrizione medica vanno rinnovati.

<sup>4</sup> Le prescrizioni e i mandati medici di cui al capoverso 2 lettera a possono essere prorogati.

---

<sup>74</sup> Nuovo testo giusta la cifra I dell'O del DFI del 2 lug. 2019, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU 2019 2145).

<sup>75</sup> RS 832.10

<sup>76</sup> Nuovo testo giusta la cifra I dell'O del DFI dell'8 mag. 2024, in vigore dal 1° lug. 2024 (RU 2024 221).

<sup>77</sup> Nuovo testo giusta la cifra I dell'O del DFI dell'8 mag. 2024, in vigore dal 1° lug. 2024 (RU 2024 221).

### – Art. 8a<sup>78</sup> Valutazione dei bisogni

<sup>1</sup> I bisogni delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2, necessarie per attuare la prescrizione o il mandato medico di cui all'articolo 8 (valutazione dei bisogni), sono valutati da un infermiere di cui all'articolo 49 OAMaI in collaborazione con il paziente o i suoi familiari. Il risultato della valutazione dei bisogni deve essere trasmesso immediatamente per informazione al medico che ha emesso la prescrizione o il mandato.

<sup>1bis</sup> I bisogni delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a e c che possono essere fornite senza prescrizione o mandato medico da un infermiere di cui all'articolo 49 OAMaI sono valutati da quest'ultimo in collaborazione con il paziente o i suoi familiari. Il risultato della valutazione dei bisogni deve essere trasmesso immediatamente per informazione al medico curante.<sup>79</sup>

<sup>2</sup> Per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b, che sono necessarie secondo la valutazione dei bisogni, occorre l'esplicito consenso del medico. Se quest'ultimo non accorda esplicitamente il consenso, occorre effettuare una nuova valutazione dei bisogni. La nuova valutazione dei bisogni avviene con il coinvolgimento del medico qualora quest'ultimo lo ritenga necessario.

<sup>3</sup> La valutazione dei bisogni comprende anche l'analisi dello stato generale del paziente e dell'ambiente in cui vive.

<sup>4</sup> Essa si basa su criteri uniformi. Il risultato è registrato in un formulario uniforme elaborato congiuntamente dai fornitori di prestazioni e dagli assicuratori. Nel formulario deve essere segnatamente indicato il tempo necessario previsto.

<sup>5</sup> Lo strumento utilizzato per la valutazione dei bisogni deve consentire la registrazione di dati sugli indicatori medici della qualità di cui all'articolo 59a capoverso 1 lettera f LAMaI<sup>80</sup> per mezzo di dati di routine rilevati durante la valutazione dei bisogni.

<sup>6</sup> L'assicuratore può esigere che gli siano comunicati gli elementi della valutazione dei bisogni concernenti le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2.

<sup>7</sup> Dopo una proroga o un rinnovo di un mandato medico o di una prescrizione medica, è necessaria una nuova valutazione dei bisogni.

<sup>8</sup> Nel caso di cure fornite senza prescrizione o mandato medico, una valutazione dei bisogni dovrà essere ripetuta al più tardi nove mesi dopo la prima. È possibile ripetere la valutazione due volte senza il consenso del medico curante. Oltre i 27 mesi, l'infermiere deve inviare senza indugio al medico curante un rapporto che descriva il genere, le modalità, lo svolgimento e i risultati delle cure prestate.<sup>81</sup>

# Informazioni supplementari: utenza condivisa

## Coordinamento e trasmissione delle informazioni a terzi

La Vigilanza chiede e verifica:

1. Il Servizio/Infermiere indipendente a cui il paziente si è rivolto → è il 1° operatore
2. Il 1° operatore effettua:
  - la valutazione del fabbisogno in cure (InterRAI-HC/MH o valutazione infermieristica multidimensionale) → il piano di cura (art. 6 della L.San) → il catalogo delle prestazioni → il Mandato medico (per le prestazioni B con la firma del medico e per le prestazioni A e C con la firma dell'infermiere)
3. Nell'impossibilità di erogare tutte le prestazioni il 1° fornitore effettua una "Richiesta" (tramite modulo) allo spitex o infermiere/ indipendente per le prestazioni che non può erogare. La richiesta deve contenere l'elenco del tipo di prestazioni, frequenza e la tempistica.
4. Alla "Richiesta" deve essere allegato il Consenso dell'utente alla presa in carico con il nome dello spitex/infermiere indipendente che sarà il 2° fornitore
5. Nel Mandato medico/infermieristico sarà registrato in nome del 2° fornitore
6. Il 1° fornitore deve fornire al 2° fornitore (oltre alla Richiesta e al Consenso dell'utente) la copia del piano di cura e del Mandato medico.
7. Il 2° Fornitore non deve effettuare alcuna valutazione del fabbisogno, ma deve conservare nella cartella sanitaria del paziente la copia dei documenti inviati dal 1° fornitore (Richiesta, Consenso, Mandato, Piano di cura)
8. Il 2° fornitore deve invece fare il catalogo e deve Registrare le prestazioni erogate (quelle richieste) e fare il decorso.
9. Tutte le informazioni cliniche trasmesse in formato elettronico devono avvenire in forma protetta

Al controllo della cartella sanitaria devono figurare i nominativi di tutti gli attori che prendono in carico lo stesso paziente.

Il tutto per una ottimale continuità delle cure e per la trasparenza delle prestazioni (di chi fa cosa, quando e la durata)

Ai fini del coordinamento e della continuità delle cure è stato creato il documento a lato, condiviso nella tavola rotonda tra Uffici cantonali/ASI/CuraCasa e assicuratori malattia che si tiene su mandato del DSS.

Dal 2023 questo documento è già richiesto ai SACD/Spitex nei requisiti di qualità per l'autorizzazione all'esercizio.

# Informazioni supplementari: sintesi

## IMPORTANTE

La documentazione di cura dev'essere prodotta indipendentemente dalla stipula del contratto di prestazione ai sensi della LSan.

Il piano di cura dev'essere realizzato indipendentemente dal contratto di prestazione in quanto parte integrante della cartella sanitaria del paziente.

Il piano di cura non sostituisce il decorso focus: si tratta di due strumenti atti al documentare le cure come da prassi infermieristica.

Il mandato infermieristico/medico per le prestazioni di cura Opre dev'essere allestito come da revisione in vigore (già disponibili alcuni modelli nei programmi di fatturazione), Opre 8 a.

# Informazioni supplementari: comunicazioni

In caso di mancato invio di liste e/o documentazione di cura o invio di documentazione incompleta **non è previsto** alcun richiamo da parte dell'UMC.

Per garantire un trattamento equo nella tempistica di 15 giorni (Allegato D, punto 2) per l'invio della documentazione di cura è richiesto di comunicare all'UMC eventuali assenze pianificate (es. vacanze) in modo da differire la richiesta dei casi (non applicabile per l'invio delle liste trimestrali).

Eventuali richieste di proroghe per invio di documentazione di cura legate a problemi informatici e/o personali non pianificati sono valutati dall'UMC solo se tempestivamente comunicati via e-mail.

Di principio tutte le comunicazioni di servizio con l'UMC (escluso l'invio della documentazione richiesta nell'ambito del contratto di prestazione) devono essere effettuate tramite e-mail. Le richieste saranno evase entro un tempo congruo compatibilmente al carico di lavoro del momento.



**Domande?**

**Grazie per l'attenzione**



# Ulteriori informazioni

**Ufficio del medico cantonale**  
Servizio Vigilanza e Qualità  
Via Dogana 16  
6501 Bellinzona  
E-mail [marinella.torgani@ti.ch](mailto:marinella.torgani@ti.ch)

Repubblica e Cantone Ticino  
**Dipartimento della sanità e socialità**  
**Divisione della salute pubblica/UMC**