

Raccomandazioni della IPAG eHealth

Informazioni sanitarie rilevanti nella CIP: set di dati minimo

Berna, 4 luglio 2025

Indice

1. Introduzione	3
1.1 Situazione iniziale	3
1.2 Mandato	5
1.3 Argomenti correlati.....	8
1.4 Responsabilità dei professionisti della salute	9
2 Informazioni rilevanti ai fini della cura.....	10
2.1 Analisi della situazione e raccomandazioni esistenti.....	10
2.2 Prescrizioni e raccomandazioni a livello internazionale.....	12
2.3 Informazioni rilevanti ai fini della cura	18
3. Informazioni rilevanti ai fini della cura - Svizzera.....	20
3.1 Informazioni rilevanti ai fini della cura: raccomandazione per la Svizzera	20
4 Limitazioni.....	25
Disponibilità delle informazioni	25
Allegato 1 Metadati.....	27
A.1.1 Documenti.....	27
A 1.2 Valori	28
Allegato 2 Ausilio orientativo per professionisti della salute.....	28

Posizionamento dell’Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP):

L’UFSP ha apprezzato la collaborazione produttiva con il gruppo di lavoro interprofessionale eHealth (IPAG eHealth) durante l’elaborazione di questo ausilio destinato ai professionisti della salute che lavorano con la cartella informatizzata del paziente (CIP). Il presente rapporto riporta i risultati dei lavori dell’IPAG eHealth realizzati con un’attenzione particolare alla prospettiva dei professionisti della salute.

1. Introduzione

1.1 Situazione iniziale

La cartella informatizzata del paziente (CIP) è una cartella sanitaria virtuale orientata al paziente che consente di archiviare informazioni rilevanti ai fini della cura e di richiamarle in modo mirato in un caso di cura concreto. Come deciso il 27 settembre 2024 dal Consiglio federale, la gestione delle informazioni, in origine decentralizzata, sarà in futuro centralizzata¹. Con l’entrata in vigore della revisione completa della legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP), la messa a disposizione dell’infrastruttura tecnica diventa un compito della Confederazione, il che contribuisce a risolvere problemi esistenti di interoperabilità e ad agevolare l’implementazione di ulteriori sviluppi. Già oggi la CIP funge da fonte di informazioni centrale per i professionisti della salute attivi nel settore sanitario, i quali hanno accesso alle informazioni rilevanti ai fini della cura di un paziente e a informazioni sanitarie registrate da loro stessi. In questo modo, medici, infermieri e altri professionisti della salute (p. es. farmacisti e personale terapeutico) possono accedere in qualsiasi momento a informazioni autorizzate, aggiornate e rilevanti, a tutto vantaggio del coordinamento e della continuità dell’assistenza. La condizione è che questi attori abbiano aderito alla CIP e dispongano dei corrispondenti diritti di accesso.

Cartella informatizzata
del paziente

La CIP persegue svariati obiettivi importanti. Per cominciare, fornisce ai pazienti la possibilità di consultare e gestire presso un fornitore di CIP certificato le informazioni riguardanti la propria salute². Aumenta inoltre la qualità dell’assistenza clinica in virtù di una base di informazioni più completa per la diagnosi e la personalizzazione delle cure. Al contempo, le procedure di cura possono essere strutturate in modo più efficiente evitando esami ridondanti, e i processi amministrativi sono accelerati³. Il tutto ha come obiettivo principale quello di aumentare la sicurezza dei pazienti. Grazie all’accesso diretto alle informazioni cliniche aggiornate rese disponibili, si possono riconoscere precocemente ed evitare rischi come interazioni tra medicamenti o reazioni allergiche.

¹ <https://www.news.admin.ch/it/nsb?id=102624>

² <https://www.cartellapaziente.ch/popolazione/cip-vantaggi/disponibilita>

³ <https://www.cartellapaziente.ch/popolazione/cip-vantaggi/cure>

Come sancito dalle disposizioni transitorie relative alla modifica del 19 giugno 2015 della legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP)⁴, gli ospedali, le cliniche specializzate, le case per partorienti e le case di cura in Svizzera devono integrare la CIP nelle loro procedure quotidiane. Quest'obbligo è inteso ad assicurare che la maggior parte delle strutture sanitarie stazionarie utilizzi la CIP. Ad agosto 2024, circa l'82 per cento degli ospedali e il 57 per cento delle case di cura⁵ aveva ottemperato a questa prescrizione, mentre altre strutture stavano ancora lavorando agli adeguamenti tecnici e organizzativi necessari. Dal 1° gennaio 2022 l'obbligo è esteso anche agli studi medici recentemente autorizzati i quali, in conformità alla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), devono affiliarsi a una comunità di riferimento o a una comunità per ottenere l'autorizzazione (art. 37 cpv. 3 LAMal)⁶. La revisione completa della legge federale del 19 giugno 2015 sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP; RS 816.1)⁷ prevede inoltre che ulteriori professionisti della salute siano assoggettati all'obbligo di affiliarsi a una comunità di riferimento o a una comunità, e che per tutte le persone che vivono in Svizzera e soddisfano determinate condizioni sia aperta automaticamente e gratuitamente una CIP, ferma restando che queste abbiano la possibilità di opporvisi («sistema opt-out»)^{8,9}.

A lungo termine, la CIP fornirà un contributo decisivo all'aumento dell'efficienza dell'intero sistema sanitario perché crea trasparenza e promuove un'assistenza senza discontinuità e centrata sul paziente¹⁰.

Nella quotidianità lavorativa di un professionista della salute, le informazioni rilevanti ai fini della cura possono includere numerose informazioni fondamentali per il settore sanitario. In proposito, il messaggio del 2013 concernente la LCIP¹¹ precisa che si tratta delle informazioni importanti ai fini della continuità delle cure che altri professionisti della salute sono chiamati a prestare. Ne fanno parte per esempio i referti clinici, le diagnosi, i decorsi terapeutici e i piani farmacologici, decisivi per un'assistenza continuativa dei pazienti. La CIP non contiene soltanto informazioni cliniche specialistiche, ma anche altre registrate personalmente dal paziente, come la manifestazione di volontà in merito alla donazione di organi o le direttive del paziente (art. 8 cpv. 2 LCIP)¹². I professionisti della salute sono tenuti ad archiviare nella CIP informazioni rilevanti ai fini della cura (art. 3 cpv. 2 LCIP).

La LCIP e le relative ordinanze non specificano che cosa sia «rilevante ai fini della cura» per lasciare ai professionisti della salute il necessario margine di interpretazione o valutazione in merito alle informazioni da registrare. La mancanza di una definizione crea tuttavia incertezze nella prassi, con conseguenti gestioni incoerenti e registrazioni incomplete o doppioni che pregiudicano la chiarezza e l'efficacia della CIP. Per fare fronte a queste difficoltà, nel 2019 eHealth Suisse ha pubblicato a titolo di orientamento un

Informazioni rilevanti ai fini della cura

⁴ RU 2017 2201 - Legge federale sulla cartella informatizzata del paziente | Fedlex

⁵ <https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/89860.pdf>

⁶ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/it#art_37

⁷ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/203/it#sec_1

⁸ [Il Consiglio federale pone le basi per l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente](#)

⁹ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/it

¹⁰ <https://www.news.admin.ch/it/nsb?id=102624>

¹¹ FF 2013 4559

¹² <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/203/it>

ausilio per l'attuazione¹³ con consigli pratici su come gestire le diverse informazioni nel contesto della CIP¹⁴ e istruzioni concrete per la registrazione e la strutturazione delle informazioni¹⁵.

In altri Paesi, come nel Liechtenstein¹⁶ e in Austria¹⁷, sono già stati definiti standard o emanate raccomandazioni su quali informazioni devono essere archiviate nell'equivalente locale della CIP (p. es. rapporto medico, referti di laboratorio o informazioni concernenti la terapia farmacologica). Al fine di promuovere un'utilizzazione capillare ed efficiente della CIP in Svizzera, con il presente rapporto si propone un ausilio orientativo (cfr. allegato 2 Ausilio orientativo per professionisti della salute) basato su un set di dati minimo. L'intento è di fornire una direttiva sulle informazioni da archiviare nella CIP.

1.2 Mandato

Nel rapporto sui risultati della consultazione svoltasi dal 28 giugno al 19 ottobre 2023 sulla revisione della legge federale sulla cartella informatizzata del paziente¹⁸ emerge chiaramente la richiesta di una definizione chiara e durevole delle «informazioni rilevanti ai fini della cura». Gli aiuti e le raccomandazioni disponibili finora non sono sufficienti per alleggerire il carico di lavoro dei professionisti della salute. Ne conseguono un maggior onere lavorativo e incertezze con il rischio che nella CIP vengano archiviati troppi documenti, il che a sua volta complica la ricerca delle informazioni necessarie.

Per venire a capo di questo problema, in futuro le espressioni «set di dati critico» e «set di dati minimo» saranno equiparate a «informazioni rilevanti ai fini della cura» e usate come sinonimi. A seconda della disponibilità attuale e futura dei rispettivi formati di scambio, queste informazioni possono essere registrate in forma sia strutturata sia non strutturata. Ciò varrà fino a quando non saranno approvati ulteriori formati di scambio da attuare a livello nazionale. Qualora il formato di scambio sarà effettivamente adottato, non sarà più necessario archiviare i documenti nel set di dati minimo, poiché le informazioni rilevanti saranno fornite direttamente tramite gli elementi di dati definiti nel formato stesso.

L'UFSP ha incaricato la comunità di lavoro interprofessionale eHealth (IPAG eHealth) di concepire e creare un set di dati minimo o di elaborare raccomandazioni su quali informazioni devono essere archiviate nella CIP in quanto rilevanti ai fini della cura. L'obiettivo è fare sì che un professionista della salute che si attiene alle raccomandazioni possa presupporre di stare

Contesto, promotore

¹³ Documento integrale disponibile in tedesco (https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Umsetzungshilfe_Behandlungsrelevante_Informationen.pdf) e francese (https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Aide_mise_en_oeuvre_Informationes_pertinentes_pour_le_trai.pdf), in italiano è disponibile una scheda informativa: https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Scheda_informativa_dati_rilevanti_curta.pdf

¹⁴ *Ibidem*

¹⁵ *Ibidem*

¹⁶ <https://www.llv.li/de/unternehmen/branchen-berufe-verbaende/elektronisches-gesundheitsdossier/egd-pflichtige-dokumente>

¹⁷ https://www.gesundheit.gv.at/dam/jcr:b66b4c9d-f32a-452d-b85f-ab89b8c41cf0/Implementierungsleitfaden_Entlassungsbrieft_Aerztlich_2.06.2.pdf

¹⁸ https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/dl/proj/2022/97/cons_1/doc_10/it/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-dl-proj-2022-97-cons_1-doc_10-it-pdf-a.pdf

archiviando nella CIP informazioni uniformi e rilevanti.

Nel quadro di questo mandato è stato elaborato anche un aiuto concreto per i professionisti della salute sotto forma di albero decisionale, disponibile nell'Allegato 2 Ausilio orientativo per professionisti della salute.

Queste raccomandazioni si concentrano esclusivamente sulla documentazione registrata nella CIP dai professionisti della salute, perché questo è il primo passo verso un utilizzo efficace della CIP anche come strumento di consultazione. Ciò significa che viene considerato il processo di come i professionisti della salute archiviano le informazioni rilevanti nella CIP. I punti focali sono la questione di quali informazioni sono classificate come rilevanti ai fini della cura, e registrate di conseguenza, e quali sono le direttive che disciplinano il momento e la forma della registrazione dei dati. Non vengono considerate la persistenza, l'utilizzo o la strutturazione delle informazioni rilevanti ai fini di cura.

I professionisti della salute sono responsabili della registrazione nella CIP delle informazioni necessarie per l'assistenza sanitaria. Come sancito dall'articolo 9 LCIP, l'ulteriore gestione di questi dati, inclusa l'estensione delle autorizzazioni e degli accessi ad altri professionisti della salute, compete tuttavia esclusivamente al paziente. È quest'ultimo a decidere quali documenti condividere con quali professionisti della salute. Possono rendersi necessarie eccezioni in singoli casi per determinati documenti, a patto che il paziente abbia autorizzato l'accesso ai contenuti in situazioni di emergenza (cfr. art. 9 cpv. 5, prima frase, LCIP)¹⁹. I professionisti della salute non hanno alcun controllo sui documenti creati e registrati da altri professionisti della salute oppure archiviati dal paziente.

Nel presente rapporto, «informazioni rilevanti ai fini della cura» si riferisce esclusivamente a dati clinici, ossia a quelli direttamente connessi con l'assistenza e le cure ambulatoriali e stazionarie fornite al paziente, per esempio diagnosi, terapia farmacologica, referti di laboratorio o della diagnostica per immagini.

Le informazioni amministrative (per esempio di natura contabile) non vi rientrano perché servono principalmente a scopi organizzativi e tecnico-amministrativi.

La definizione delle informazioni rilevanti ai fini della cura e l'attuazione del mandato sono stati affidati alla IPAG eHealth, composta di esperti delle associazioni seguenti²⁰:

- Associazione professionale dei medici svizzeri (FMH);
- Società svizzera dei farmacisti (pharmaSuisse);
- Associazione svizzera infermiere e infermieri (SBK-ASI);
- Associazione svizzera di chiropratica (ChiroSuisse);
- Associazione svizzera di fisioterapia (PhysioSwiss);
- Associazione svizzera di ergoterapia (ASE);
- Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi (FSP);
- Associazione svizzera delle-dei dietiste-i (SVDE-ASDD);

Responsabilità dei professionisti della salute nell'archiviazione di documenti

Informazioni cliniche rilevanti ai fini della cura (per l'assistenza ambulatoriale e stazionaria)

Gruppi di lavoro

¹⁹ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/203/it#art_9

²⁰ <https://www.ipag-ehealth.ch/>

- Federazione svizzera delle levatrici (SHV);
- Società svizzera odontoiatri (SSO).

Vista la complessità dei requisiti, sono stati formati tre gruppi di lavoro specializzati, ognuno dei quali si è concentrato su settori tematici specifici.

Il primo gruppo di lavoro ha effettuato un’analisi completa della situazione e ha verificato che cosa poteva già essere stato attuato in altri settori o a livello internazionale. Ha inoltre identificato i documenti rilevanti e i rispettivi metadati, e ha sviluppato un albero decisionale quale supporto grafico (Allegato 2 Ausilio orientativo per professionisti della salute).

Il secondo gruppo di lavoro ha collaborato a stretto contatto con diversi professionisti della salute attivi nel settore sanitario che hanno portato esempi pratici di applicazione. Questi esempi reali hanno mostrato come le informazioni rilevanti ai fini della cura definite sono utilizzate nella quotidianità clinica e sono utili per sviluppare soluzioni vicine alla prassi.

Il terzo gruppo di lavoro si è occupato delle condizioni quadro giuridiche e ha verificato che i contenuti del presente rapporto fossero conformi alle leggi e alle ordinanze vigenti. L’obiettivo era assicurare che le raccomandazioni elaborate fossero corrette dal punto di vista giuridico in modo da favorirne l’implementazione nel settore sanitario.

Quale base per il mandato, il primo gruppo di lavoro ha fatto capo al già menzionato ausilio per i professionisti della salute concernente le informazioni rilevanti ai fini della cura pubblicato da eHealth Suisse²¹, che ha fornito un orientamento e ha costituito la base per le attività successive in seno al gruppo di lavoro. Sono stati inoltre consultati altri documenti importanti, tra cui la scheda informativa pubblicata da Curaviva (scheda informativa per gli istituti per persone bisognose di assistenza)²² e il parere della FMH²³ sulla CIP, che riflette il punto di vista dei medici.

Ulteriore supporto è giunto sotto forma di esempi di applicazione dal gruppo di lavoro permanente della IPAG eHealth. Le raccomandazioni elaborate per la definizione di informazioni rilevanti ai fini della cura coprono circa l’80 per cento degli esempi di applicazione nel set di dati minimo. Gli esempi di applicazione sono allegati separatamente a questo rapporto in una tabella, ma costituiscono comunque parte integrante del rapporto.

I materiali di lavoro hanno fornito preziosi punti di orientamento per sviluppare una definizione solida e vicina alla prassi di «informazioni rilevanti ai fini della cura». Tenendo in considerazione le diverse fonti, il gruppo di lavoro ha potuto assicurare che i criteri sviluppati fossero sia solidi dal punto di vista teorico sia applicabili nella prassi. L’obiettivo era creare una definizione chiara e uniforme del set di dati minimo che costituisse una base affidabile per l’utilizzo della CIP nella pratica clinica quotidiana.

Con il presente rapporto si intende mettere a disposizione dei professionisti della salute un ausilio aggiornato che fornisca un valido orientamento per la scelta dei documenti da inserire nella CIP e la loro corretta registrazione.

Materiale di lavoro rilevante ai fini del mandato

Ausilio per professionisti della salute

²¹ V. nota a piè di pagina n. 13

²² https://www.curaviva.ch/files/3CTV99G/behandlungsrelevante_daten_epd_faktenblatt_curaviva_in-sos_2022.pdf (tedesco) / https://www.curaviva.ch/files/ARFTBTP/donnees_pertinentes_pour_le_traitement_dans_le_dep_fiche_dinformation_curaviva_indos_2022.pdf (francese)

²³ <https://www.fmh.ch/files/pdf29/epd-die-position-der-fmh-de.pdf> (tedesco) / <https://www.fmh.ch/files/pdf29/dep-la-position-de-la-fmh.pdf> (francese)

Nella CIP devono essere a disposizione del paziente e dei professionisti della salute i dati necessari nella forma corretta e in quantità adeguata. Il corrispondente albero decisionale è disponibile nell'Allegato 2 Ausilio orientativo per professionisti della salute.

1.3 Argomenti correlati

I formati di scambio svolgono un ruolo decisivo per uno scambio di dati senza interruzioni tra i sistemi IT delle strutture sanitarie e dei professionisti della salute. Essi si basano su specifici standard tecnici, sintattici e semantici che devono essere implementati nei sistemi IT. Questi standard assicurano che sistemi diversi possano comunicare senza difficoltà e scambiarsi elementi di dati in una forma comprensibile e utilizzabile per tutte le parti coinvolte.

Prima che un formato di scambio venga pubblicato, deve essere sviluppato un piano completo sia per il suo contenuto sia per il suo utilizzo end-to-end. Questo piano è elaborato sulla base del consenso dei gruppi di interesse coinvolti, affinché soddisfi i requisiti di tutti gli attori. Dopo di che, il piano è concretizzato in una specifica tecnica che definisce il formato di scambio vero e proprio. La specifica stabilisce con precisione quali campi di dati sono obbligatori, quali contenuti sono generalmente ammessi e se determinati campi sono a testo libero o con contenuti predefiniti. In questo modo, i dati sono registrati e trattati in modo uniforme e preciso.

Un esempio di formato di scambio rilevante a livello internazionale è l'International Patient Summary (IPS)²⁴, basato su standard internazionali come HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) e CEN (European Committee for Standardization) e sviluppato con l'obiettivo di mettere a disposizione una sintesi standardizzata e transfrontaliera di informazioni cliniche. L'attenzione è focalizzata su un set di dati minimo ma essenziale, che copre le situazioni di emergenza e le cure di routine. Tra i contenuti riprodotti nell'IPS figurano tra gli altri diagnosi, medicamenti, allergie e intolleranze, vaccinazioni, procedure e interventi, referti, impianti, nonché anamnesi sociale e familiare. L'obiettivo è far sì che i professionisti della salute possano accedere rapidamente in tutto il mondo a informazioni sanitarie rilevanti.

Le informazioni rilevanti ai fini della cura e i formati di scambio sono due concetti complementari all'interno della documentazione nella CIP.

Le informazioni rilevanti ai fini della cura si riferiscono al contenuto e al contesto di un caso clinico concreto e attuale, e includono le informazioni decisive per l'assistenza immediata di un paziente.

I formati di scambio definiscono invece la forma tecnica strutturata in cui tali informazioni sono documentate, trasmesse e rese disponibili in modo interoperabile. Anch'essi hanno contenuti rilevanti ai fini della cura.

Tra i formati di scambio attualmente disponibili²⁵ figurano i formati sanciti legalmente eCartellaFarmacologica, eVaccinazioni ed eAllergieIntolleranze. I formati di scambio eMandatoLaboratorio, eRefertoLaboratorio, International Patient Summary svizzero, eVaccinazioni, eCartellaFarmacologica, eAllergieIntolleranze, eRapportoDimissione, eMandatoRadiologia ed

Formati di scambio:
piano direttore
eHealth Suisse

²⁴ <https://international-patient-summary.net/>

²⁵ <https://www.e-health-suisse.ch/it/semantica/scambio-di-dati/formati-di-scambio-cip>

eLibrettoGravidanza sono già pubblicati su fhir.ch e in una fase successiva saranno sanciti nell'ordinanza²⁶. Formati di scambio futuri, come eLibretto-Sanitario-Pediatrico ed eLibrettoEmergenze, promuovono ulteriormente lo scambio di dati strutturato.

Un tassello fondamentale dello sviluppo e dell'introduzione di questi formati di scambio è il piano direttore delle specifiche di eHealth Suisse²⁷, che segnala quando le specifiche di un progetto di eHealth Suisse sono pubblicate e disponibili per l'impiego nella prassi²⁸, e ulteriormente sviluppate nel corso degli anni. L'introduzione di un formato nell'ordinanza è un passaggio cruciale per la promozione dell'attuazione nel settore sanitario. Una volta sancito legalmente il formato di scambio, l'implementazione su piattaforme CIP può richiedere fino a 12 mesi²⁹. Oltre allo sviluppo e all'introduzione dei formati di scambio, è molto importante anche l'ulteriore sviluppo di questi ultimi. Per maggiori informazioni sui formati di scambio si rimanda alla scheda informativa «Utilizzo dei formati di scambio nella CIP»³⁰.

L'integrazione profonda di un sistema IT svolge un ruolo fondamentale per l'archiviazione nella CIP di informazioni rilevanti ai fini della cura. Con questo termine si intende l'inclusione senza discontinuità della CIP in sistemi IT esistenti (ad es. PIS, KIS e POS), cosicché le informazioni rilevanti ai fini della cura possono essere archiviate e richiamate automaticamente nella CIP senza causare ulteriore lavoro ai professionisti della salute.

Va notato che un'integrazione più profonda riduce l'onere amministrativo per i professionisti della salute, promuovendo così l'accettazione nei confronti dell'archiviazione di informazioni rilevanti ai fini della cura.

Integrazione profonda

1.4 Responsabilità dei professionisti della salute

La LCIP non prevede alcun disciplinamento speciale concernente la responsabilità connessa con la gestione della CIP. La responsabilità dei professionisti della salute in questo ambito è pertanto retta dalle disposizioni generali in materia di responsabilità e diligenza (cfr. art. 1 cpv. 4 LCIP).

Responsabilità dei professionisti della salute

Il trattamento di informazioni rilevanti ai fini della cura richiede un'accurata ponderazione tra la disponibilità di informazioni cliniche necessarie e i requisiti della protezione dei dati. I pazienti hanno pieni diritti in merito al controllo delle loro informazioni nella CIP. In linea di principio, sono loro a decidere quali informazioni registrare e a chi renderle accessibili. Possono inoltre adeguare in qualsiasi momento le regole di utilizzo della CIP e gestire in modo mirato i diritti di accesso di singoli professionisti della salute.

²⁶ <https://www.e-health-suisse.ch/it/semantica/scambio-di-dati/formati-di-scambio>

²⁷ <https://www.e-health-suisse.ch/it/semantica/scambio-di-dati/formati-di-scambio>

²⁸ <https://www.e-health-suisse.ch/it/coordinamento/cartella-informatizzata-del-paziente/gestione-e-sviluppo>

²⁹ <https://www.e-health-suisse.ch/it/semantica/scambio-di-dati/formati-di-scambio>

³⁰ <https://www.e-health-suisse.ch/it/coordinamento/informazioni/schede-informative>

2 Informazioni rilevanti ai fini della cura

2.1 Analisi della situazione e raccomandazioni esistenti

L'espressione «dati rilevanti ai fini della cura» non ha una definizione specifica poiché, secondo una perizia giuridica eseguita su mandato della FMH, così è stato voluto dal Parlamento³¹. Il legislatore parte dal presupposto che l'estensione di queste informazioni possa essere definita soltanto caso per caso sulla base di una valutazione clinica. Si tratta di informazioni che possono essere importanti per la cura attuale e futura del paziente, soprattutto in situazioni di emergenza, e per la documentazione propria del paziente. Esse dipendono pertanto dal destinatario e dalle future situazioni di cura concrete. È dunque impossibile stilare un elenco esaustivo delle informazioni considerate rilevanti ai fini della cura.

La IPAG eHealth specifica che le diagnosi e i piani farmacologici sono informazioni fondamentali e raccomanda – considerate le limitate risorse di tempo nella quotidianità clinica – che i professionisti della salute li classifichino come rilevanti ai fini della cura e li registrino nella CIP³². Si sottolinea la preferenza per l'espressione «informazioni rilevanti ai fini della cura» rispetto a «dati rilevanti ai fini della cura», perché include sezioni di dati collegate, come per esempio un intero rapporto di dimissione dall'ospedale. Inoltre, il termine «dati» potrebbe essere frainteso ed erroneamente ridotto a singoli campi, per esempio un unico valore della pressione sanguigna. Senza contare che le informazioni rilevanti variano a seconda del momento, del contesto e del caso specifico.

Per ovviare a questo problema, la IPAG eHealth propone che i professionisti della salute clinici classifichino ulteriori documenti come rilevanti ai fini della cura in considerazione del singolo caso e del contesto, e in quanto tali li registrino nella CIP (cfr. valutazione della responsabilità nel capitolo 1.4 Responsabilità dei professionisti della salute). In questo modo si assicura che la CIP contenga informazioni effettivamente importanti e necessarie, e che ne siano esclusi dettagli superflui o fuorvianti.

Sulla base delle esperienze e dei riscontri delle comunità di riferimento coinvolte, eHealth Suisse ha elaborato, in aggiunta all'albero decisionale per professionisti della salute, le raccomandazioni seguenti per l'archiviazione di documenti nella CIP³³:

- **informazioni in merito ai medicamenti** (p. es. prescritti a seguito delle dimissioni ospedaliere, elenchi): importante per avere una visione d'insieme dell'attuale terapia farmacologica;
- **rapporti** (p. es. di dimissione e d'invio, operatori, di consulenza): documentazione di eventi clinici cruciali;
- **elenco delle diagnosi**: panoramica di tutte le diagnosi rilevanti;
- **anamnesi** (p. es. anamnesi familiare o sociale): storia pregressa del paziente rilevante per la cura;
- **referti** (p. es. di visita medica, di laboratorio, di radiologia comprese

Posizione della
IPAG eHealth
(sulla base delle racco-
mandazioni della FMH)

Raccomandazioni
eHealth Suisse

³¹ <https://www.fmh.ch/files/pdf25/gutachten-zu-fragen-im-zusammenhang-mit-dem-elektronischen-patientendossier-v1.pdf>

³² <https://www.fmh.ch/files/pdf29/epd-die-position-der-fmh-de.pdf>

³³ https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Scheda_informativa_dati_rilevanti_cura.pdf

le immagini): esiti di esami e diagnostica per immagini;

- **perizie** (p. es. misurazioni sotto sforzo, valutazioni): valutazione dello stato di salute del paziente;
- **informazioni in merito ad allergie e vaccinazioni:** fondamentali per la sicurezza del paziente;
- **prescrizioni** (p. es. fisioterapia, segnalazione del bisogno di prestazioni Spitex): istruzioni per misure terapeutiche.

Finora queste raccomandazioni sono state implementate ma, come evidenziato dal mandato, nella prassi si verificano problemi di interpretazione che inducono spesso a caricare troppi documenti nella CIP. Per evitarlo, in futuro l'attenzione andrebbe posta maggiormente su un «set di dati minimo» che definisca chiaramente quali informazioni sono davvero necessarie e rilevanti.

Anche l'associazione di categoria dei fornitori di servizi per persone anziane si orienta all'ausilio pubblicato da eHealth Suisse per le sue raccomandazioni concernenti le informazioni rilevanti ai fini della cura. In sostanza, lo adegua alle esigenze specifiche dei suoi membri e designa come rilevanti le informazioni seguenti³⁴:

- **rapporti infermieristici e medici** (p. es. di dimissione e d'invio, operatori, di consulenza): sono importanti perché documentano il decorso e l'esito delle cure;
- **anamnesi** (p. es. anamnesi familiare o sociale): storia pregressa del paziente rilevante per l'assistenza;
- **piano farmacologico**: panoramica dei medicamenti prescritti, decisiva per le cure infermieristiche e mediche continuative;
- **elenco delle diagnosi** (possibile anche come parte del rapporto d'invio): riepilogo delle diagnosi che descrive lo stato di salute attuale del paziente;
- **Informazioni su allergie, sostanze nocive e vaccinazioni**: dati essenziali che contribuiscono alla sicurezza del paziente.

In base alla situazione, CURAVIVA raccomanda in aggiunta le informazioni seguenti:

- **prescrizioni** (p. es. fisioterapia, segnalazione del bisogno di prestazioni Spitex): istruzioni per misure terapeutiche commisurate al paziente;
- **referti** (p. es. di visita medica, di laboratorio, di radiologia comprese le immagini): esiti di esami e diagnostica per immagini;
- **perizie** (p. es. misurazioni sotto sforzo, valutazioni): valutazioni dello stato di salute del paziente rilevanti per la pianificazione delle cure.

Queste raccomandazioni sono state implementate da CURAVIVA, tuttavia la prassi dimostra che anche qui si verificano problemi di interpretazione che spesso inducono a caricare troppi documenti nella CIP.

Raccomandazioni
CURAVIVA

³⁴ https://www.curaviva.ch/files/3CTV99G/behandlungsrelevante_daten_epd_faktenblatt_curaviva_in-sos_2022.pdf (tedesco) / https://www.curaviva.ch/files/ARFTBTP/donnees_pertinentes_pour_le_traitement_dans_le_dep_fiche_dinformation_curaviva_inso_2022.pdf (francese)

Se si considerano i pareri³⁵ delle diverse comunità di riferimento, dei medici, dei farmacisti, del personale infermieristico, dei terapisti e delle levatrici, appare evidente che ogni gruppo professionale assegna una rilevanza diversa ai vari documenti. Alcuni di essi, tuttavia, sono giudicati importanti da tutti per via del contenuto simile e andrebbero di conseguenza considerati prioritari. Le informazioni che contengono sono decisive per un'assistenza completa e coerente del paziente e andrebbero pertanto registrate in via prioritaria nella CIP.

Priorizzazione in base all'analisi del bisogno svolta da eHealth Suisse

Terapia farmacologica

- **Piano farmacologico:** la registrazione completa di tutti i medicamenti attuali e rilevanti (consegnati o prescritti) è imprescindibile per evitare interazioni e supportare la pianificazione della terapia.

Rapporti

- **Rapporto di dimissione (medico):** questo rapporto riepiloga le informazioni più importanti dopo un evento ambulatoriale (con ospedalizzazione ed episodi brevi) ed è decisivo per la cura successiva.
- **Rapporto sulla consultazione:** documenta le conoscenze acquisite e le decisioni prese nel quadro di una consultazione ambulatoriale e supporta l'assistenza continuativa.
- **Rapporto operatorio:** contiene informazioni dettagliate sugli interventi eseguiti ed è di grande importanza per le cure postoperatorie.

Referti

- **Referto di laboratorio:** fornisce informazioni fondamentali sulla diagnosi e sulla sorveglianza terapeutica, e spesso è decisivo per la cura successiva.
- **Referto di radiologia:** i referti della diagnostica per immagini forniscono informazioni visive importanti, confermano la diagnosi e influiscono sulla pianificazione della cura.

Prescrizioni

- **Fisioterapia:** le prescrizioni di fisioterapia sono importanti per la riabilitazione e la pianificazione della terapia a lungo termine.

Allergie/intolleranze: queste informazioni sono della massima rilevanza per la sicurezza del paziente, considerato che riducono al minimo il rischio di reazioni allergiche gravi.

Vaccinazioni: questi documenti contengono informazioni sullo stato vaccinale e sono importanti soprattutto per la prevenzione di malattie infettive.

Confronto internazionale

2.2 Prescrizioni e raccomandazioni a livello internazionale

Per l'analisi della situazione a livello internazionale sono stati selezionati il Liechtenstein, il Regno Unito, l'Estonia e l'Austria perché hanno sviluppato raccomandazioni e prescrizioni specifiche e dettagliate concernenti le informazioni rilevanti ai fini della cura. Questi Paesi hanno fissato direttive e standard chiari che stabiliscono quali informazioni dovrebbero essere considerate rilevanti ai fini della cura ed essere integrate nella CIP. Nella scelta di

³⁵ Cfr. nota a piè di pagina n. 13

questi Paesi si è anche tenuto conto del fatto che le strutture fondamentali dei loro rispettivi sistemi sanitari differiscono considerevolmente da quello svizzero.

Per esempio, nel Regno Unito la registrazione e la documentazione di dati sul paziente sono fortemente regolamentate da direttive sanitarie nazionali^{36,37} e la rimunerazione dei professionisti della salute è indirettamente connessa al rispetto degli standard di documentazione: nel quadro dell’NHS Payment Scheme, il finanziamento dei fornitori di prestazioni dipende dall’attività e dalla qualità dell’assistenza fornite e comprovate, il che presuppone una documentazione strutturata e completa^{38,39}. Condizioni quadro simili influiscono sulla raccolta e sulla gestione di informazioni rilevanti ai fini della cura a livello sistematico.

Ciò nonostante, le migliori pratiche di questi Paesi forniscono indicazioni utili per sviluppare standard e direttive paragonabili per la registrazione e l’utilizzo di informazioni rilevanti ai fini della cura in seno al sistema sanitario svizzero. L’analisi di questi modelli è volta ad assicurare che gli standard applicati in Svizzera soddisfino i requisiti nazionali e restino compatibili a livello internazionale. L’obiettivo è identificare procedure di comprovata efficacia e svilupparle ulteriormente per giungere a un utilizzo efficiente della CIP.

In conformità alla legge del 7 maggio 2021 in materia (*Gesetz über das elektronische Gesundheitsdossier* [EGDG; LR 815.1]), nel Liechtenstein si applicano i principi fondamentali seguenti per la gestione dell’*elektronisches Gesundheitsdossier* (eGD)⁴⁰, l’equivalente della CIP.

Liechtenstein

- **Responsabilità per l’archiviazione:** secondo l’articolo 5 paragrafo 1 EGDG, l’autore (*Urheber*) o il creatore (*Ersteller*) del documento è sempre responsabile per l’archiviazione nell’eGD. In questo modo le informazioni giungono direttamente dalla fonte e la loro correttezza è garantita.
- **Nessun obbligo di archiviazione da parte di terzi per i professionisti della salute non affiliati:** se un professionista della salute non è affiliato all’eGD, nessun altro professionista della salute è tenuto a registrare documenti a nome del primo.
- **Eccezioni per immissioni puramente anamnestiche:** le immisioni nell’anamnesi (come rapporti sul decorso o brevi annotazioni) non devono essere caricate, perché spesso sono informazioni interne e non per forza rilevanti per altri professionisti della salute.
Esempi tratti dall’articolo 5 paragrafo 2 EGDG⁴¹:
 - lettere d’invio e rapporti medici;
 - lettere di trasferimento e rapporti di dimissione;
 - referti di laboratorio;

³⁶ <https://www.england.nhs.uk/long-read/purpose-of-the-gp-electronic-health-record/>

³⁷ <https://transform.england.nhs.uk/information-governance/guidance/records-management-code/records-management-code-of-practice>

³⁸ <https://www.england.nhs.uk/pay-syst/nhs-payment-scheme/>

³⁹ <https://www.england.nhs.uk/long-read/25-26-nhspns-nhs-provider-payment-mechanisms/>

⁴⁰ <https://www.llv.li/de/unternehmen/branchen-berufe-verbaende/elektronisches-gesundheitsdossier/egd-pflichtige-dokumente>

⁴¹ [https://www.gesetze.li/konso/2021213000#:~:text=Ge-setz%20vom%207.,%C3%BCber%20das%20elektronische%20Gesundheitsdos-sier%20\(EGDG\)&text=1%20Dieses%20Gesetz%20regelt%20die,Gesundheitsdaten%20und%20geneti-schen%20Daten%20fest](https://www.gesetze.li/konso/2021213000#:~:text=Ge-setz%20vom%207.,%C3%BCber%20das%20elektronische%20Gesundheitsdos-sier%20(EGDG)&text=1%20Dieses%20Gesetz%20regelt%20die,Gesundheitsdaten%20und%20geneti-schen%20Daten%20fest)

- referti della diagnostica per immagini.
- **Nessuna archiviazione di documenti amministrativi:** i documenti di carattere puramente amministrativo, come prescrizioni, certificati d'incapacità al lavoro, rapporti per le assicurazioni sociali o corrispondenza con il paziente non vanno archiviati nell'eGD, perché in genere queste informazioni non hanno alcun influsso diretto sulle cure cliniche fornite da altri professionisti della salute. Va notato che è compito delle autorità sanitarie (*Amt für Gesundheit*) registrare i dati amministrativi di cui nell'ordinanza del 6 dicembre 2022 concernente l'eGD (*Verordnung über das elektronische Gesundheitsdossier [EGDV; LR 815.11]*), per esempio nome, cognome, indirizzo e numero d'identificazione personale. La messa a disposizione di questi dati può invece essere delegata a terzi, fermo restando il rispetto della legislazione in materia di protezione dei dati⁴².
- **Ponderazione per i dati concernenti la terapia farmacologica e i dati di laboratorio:** per i dati concernenti la terapia farmacologica e i risultati di analisi svolte nel laboratorio dello studio medico, l'obbligo di archiviazione o aggiornamento dipende dal valore aggiunto per il paziente o altri professionisti della salute. La decisione è presa in base all'effettivo maggior valore apportato dall'informazione.

Nel Liechtenstein, i documenti seguenti sono classificati come obbligatori e devono quindi essere archiviati nell'eGD⁴³:

- **rapporti medici e rapporti di dimissione:** questi rapporti contengono informazioni cliniche, come diagnosi ed esiti di esami, potenzialmente utili per altri professionisti della salute;
- **lettere d'invio e di trasferimento:** tutti gli invii a terzi con un mandato di cura, sia ambulatoriale sia stazionaria, devono essere obbligatoriamente caricati;
- **referti di laboratorio:** tutti i valori e le analisi di laboratorio vanno caricati con moderazione, valutando se l'informazione ha un maggior valore diretto per un altro professionista della salute;
- **referti della diagnostica per immagini:** i referti della diagnostica per immagini, come radiografie, ecografie, risonanze magnetiche o tomografie computerizzate, devono essere archiviati nell'eGD. Questi documenti sono decisivi per le cure successive e forniscono importanti informazioni diagnostiche;
- **terapia farmacologica:** nell'eGD devono essere documentati tutti i medicamenti, che siano soggetti a prescrizione o meno, che siano acquistati dal paziente di sua iniziativa o su ricetta.

Vista la lista positiva, tutte le altre informazioni sono classificate come faticolitative nell'eGD (art. 5 par. 3 EGDG), per esempio:

- certificati d'incapacità al lavoro;
- rapporti per le assicurazioni sociali;
- rapporti sul decorso;

⁴² https://www.gesetze.li/chrono/2022365000?search_text=Gesundheitsdossier&search_loc=text&lrrn=&lgbid_von=&lgbid_biss=

⁴³ L'ordine dei medici del Liechtenstein classifica le informazioni elencate come ufficiali e di validità generale.

- brevi annotazioni;
- immissioni anamnestiche;
- corrispondenza con il paziente;
- elenchi di diagnosi;
- avvisi di delega;
- invii per radiografie, risonanze magnetiche, tomografie computerizzate;
- prescrizioni (p. es. fisioterapia);
- ricette;
- piano per la chemioterapia/radioterapia;
- piano per le cure palliative;
- vaccinazioni.

Nel Regno Unito si punta a registrare nella cartella sanitaria tutte le interazioni sanitarie con un paziente e tutte le misure che lo riguardano. L'attenzione è rivolta in particolare al settore ambulatoriale, nel quale avvengono le consultazioni tra paziente e professionisti della salute. L'obiettivo è avere un quadro completo e dettagliato del decorso delle cure che copra tutte le informazioni rilevanti e consenta un'assistenza senza discontinuità. Tra i documenti e le attività da registrare rientrano tra gli altri⁴⁴:

Regno Unito

- **referti/anamnesi:** registrazioni dettagliate della storia clinica pregressa e dei risultati di esami, che costituiscono una base per diagnosi e piani di cura;
- **decisioni prese:** documentazione di decisioni prese durante la consultazione, incluse le persone coinvolte, al fine di garantire la trasparenza e la comprensibilità;
- **misure adottate:** elenco delle misure terapeutiche o diagnostiche adottate durante la consultazione affinché il decorso delle cure sia chiaro e comprensibile;
- **informazioni al paziente:** registrazione delle informazioni messe a disposizione del paziente affinché sia informato a fondo sulla sua salute e sui passi successivi previsti;
- **esami:** registrazione di tutti gli esami eseguiti che contribuiscono alla diagnosi e alla cura;
- **piano farmacologico:** elenco dettagliato dei medicamenti prescritti al fine di assicurare una terapia farmacologica corretta e sicura;
- **cure:** documentazione di tutte le cure eseguite al fine di tenere traccia del decorso terapeutico;
- **tipo di interazione:** indicazione se l'interazione è avvenuta per telefono, di persona o in altro modo per documentare il tipo di contatto;
- **nome della persona accompagnatrice:** se era presente una persona accompagnatrice, se ne regista il nome ai fini della completezza del contesto della consultazione;
- **rifiuti di trattamenti, medicamenti o misure:** si registra se il paziente rifiuta determinati trattamenti, medicamenti o misure per

⁴⁴ <https://www.england.nhs.uk/long-read/purpose-of-the-gp-electronic-health-record/>

tenerne conto nel prosieguo delle cure;

- **nome del professionista della salute che ha prestato consulenza con data e orario dell'immissione:** ogni consulenza e la rispettiva immissione sono provviste di nome, data e orario per avere una documentazione senza lacune e una traccia completa delle responsabilità.

Questo approccio assicura che tutti gli aspetti rilevanti dell'assistenza al paziente siano documentati in modo accurato ai fini di una migliore tracciabilità e una qualità costante dell'assistenza sanitaria. Tuttavia, vista l'ampiezza delle informazioni registrate, può anche portare a una considerevole quantità di documenti e informazioni.

In Estonia sono stati sanciti articoli di legge specifici che disciplinano l'obbligo di registrare e archiviare informazioni sanitarie nel sistema informativo sanitario nazionale (Estonian National Health Information System, ENHIS). Ai sensi dell'articolo 2 paragrafo 1 dell'ordinanza del 17 settembre 2008 sul contenuto dei dati dei documenti trasmessi all'ENHIS nonché sulle condizioni e sulle modalità di conservazione di questi documenti⁴⁵ (RTL 2008, 78, 1098)⁴⁶, nell'ENHIS vanno archiviate le informazioni sulle prestazioni sanitarie fornite al paziente nonché le informazioni raccolte ai fini della gestione dell'assistenza sanitaria e della tenuta dei registri previsti dalla legge. Questa raccolta di dati include informazioni sullo stato di salute del paziente ed è intesa a garantire una documentazione completa delle prestazioni fornite.

Estonia

Secondo l'articolo 2 paragrafo 2 della summenzionata ordinanza, i documenti seguenti, creati in relazione alle prestazioni sanitarie fornite al paziente, vanno caricati obbligatoriamente nell'ENHIS:

- **rappporto finale cura ambulatoriale:** questo rapporto documenta la conclusione di una cura ambulatoriale e riassume le informazioni e gli esiti più importanti;
- **rappporto finale cura stazionaria:** alla conclusione di una cura stazionaria si redige questo rapporto per documentare il decorso e gli esiti delle cure fornite in ospedale;
- **lettera del medico:** documento che autorizza il paziente a sottoporsi a un intervento clinico o a ricevere un appuntamento presso un altro medico, spesso usato per inviare il paziente da uno specialista;
- **risposta alla richiesta del medico:** lettera redatta in risposta a una richiesta; anch'essa autorizza il paziente a sottoporsi a un intervento clinico o a ricevere un appuntamento presso un altro medico;
- **comunicazione dell'apertura di un caso clinico ambulatoriale:** comunicazione ufficiale che documenta l'inizio di una cura ambulatoriale;
- **comunicazione dell'apertura di un caso clinico stazionario:** comunicazione che documenta l'inizio di una cura stazionaria e le relative circostanze;
- **comunicazione della chiusura di un caso clinico ambulatoriale:**

⁴⁵ https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/laws_estonia_en_0.pdf

⁴⁶ <https://www.riigiteataja.ee/akt/13029628>

documentazione che segna la conclusione di una cura ambulatoriale;

- **comunicazione della chiusura di un caso clinico stazionario:** analogamente a quello concernente il caso ambulatoriale, questo scritto documenta la conclusione di una cura stazionaria;
- **riscontro sulla valutazione dello sviluppo:** documento contenente gli esiti di una valutazione clinica o di un esame dello sviluppo;
- **vaccinazione:** documentazione della somministrazione di una vaccinazione;
- **comunicazione di effetti collaterali della vaccinazione:** informazioni su eventuali effetti collaterali osservati dopo la vaccinazione;
- **notifica di esame medico:** comunicazione ufficiale circa l'esecuzione di un esame clinico;
- **segnalazione di consulenza:** documentazione di una consulenza prevista o svolta;
- **comunicazione riguardante la crescita:** informazioni sullo sviluppo della crescita del paziente, spesso rilevante nella medicina pediatrica e adolescenziale.

L'articolo 3 della summenzionata ordinanza ricorda che le informazioni specifiche da inserire nei documenti elencati sopra figurano negli allegati dell'ordinanza. Questi ultimi forniscono un'istruzione precisa su quali informazioni specifiche devono essere obbligatoriamente registrate e caricate nell'ENHIS.

In merito alle informazioni rilevanti ai fini della cura, l'Austria elenca i documenti seguenti alla riga 96 della voce concernente l'obbligatorietà (*Verbindlichkeit*)⁴⁷:

- **lettera di dimissione (medico):** questo rapporto riassume le cure e gli esiti clinici concernenti il ricovero ospedaliero e fornisce indicazioni per le cure dopo la dimissione;
- **lettera di dimissione (cure infermieristiche):** parallelamente a quello medico, questo rapporto documenta le misure infermieristiche e il loro decorso durante il ricovero, e fornisce raccomandazioni per le cure infermieristiche successive;
- **punto della situazione delle cure infermieristiche:** questo rapporto contiene una descrizione dettagliata della situazione attuale delle cure infermieristiche fornite al paziente e supporta la continuità delle cure infermieristiche nelle diverse strutture;
- **referato di laboratorio:** risultati di esami di laboratorio che contribuiscono alla diagnosi e alla sorveglianza delle malattie, e forniscono informazioni essenziali per la cura in corso;
- **referato della diagnostica per immagini:** rapporti dei procedimenti di formazione d'immagini, come radiografia, risonanza magnetica o tomografia computerizzata, che forniscono immagini dello stato di salute del paziente e costituiscono una base importante per

Austria

⁴⁷ https://www.gesundheit.gv.at/dam/jcr:b66b4c9d-f32a-452d-b85f-ab89b8c41cf0/Implementierung-Sleitfaden_Entlassungsbefrag_Aerztlich_2.06.2.pdf

diagnosi e decisioni terapeutiche;

- **eCartellaFarmacologica (eMedikation):** registrazione elettronica della terapia farmacologica attuale del paziente che assicura che tutti i professionisti della salute coinvolti siano informati sui medicamenti prescritti, al fine di evitare interazioni e ottimizzare la cura.

Questi documenti sono elencati all'articolo 13 paragrafo 3 della legge sulla sicurezza dei dati nel trattamento di informazioni sanitarie elettroniche e dati genetici (*Bundesgesetz betreffend Datensicherheitsmassnahmen bei der Verarbeitung elektronischer Gesundheitsinformationen und genetischer Daten [Gesundheitstelematikgesetz 2012 – GTelG 2012]*⁴⁸) e nell'ordinanza del Ministero della salute concernente l'implementazione e l'ulteriore sviluppo della cartella sanitaria elettronica (*elektronische Gesundheitsakte, ELGA*) (*Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit zur Implementierung und Weiterentwicklung von ELGA [ELGA-Verordnung 2015, ELGA-VO-2015]*⁴⁹), e costituiscono la base per la registrazione strutturata e l'archiviazione di dati rilevanti ai fini della cura nel sistema sanitario austriaco.

2.3 Informazioni rilevanti ai fini della cura

Le informazioni rilevanti ai fini della cura sono informazioni di importanza decisiva per le cure cliniche prestate a un paziente. Definizione

Questi dati sono cruciali per il paziente perché gli consentono di comprendere meglio il suo stato di salute e creano trasparenza. Gli forniscono una visione d'insieme della sua situazione sanitaria e gli sono utili per prendere decisioni informate in merito alla propria salute.

Con l'accesso a queste informazioni, il paziente può diventare parte attiva del processo di cura e, nel quadro del processo decisionale condiviso (*shared decision making*), pianificare e coordinare d'intesa con i professionisti della salute la migliore cura possibile. In questo modo, oltre a contribuire alla sicurezza e alla qualità delle cure, le informazioni rilevanti ai fini della cura promuovono anche l'autodeterminazione e la fiducia del paziente nel processo clinico. Allo stesso tempo, il paziente, o chi lo rappresenta, ha un importante obbligo di partecipazione: attribuendo ai professionisti della salute responsabili i necessari diritti di accesso, fornisce un apporto fondamentale alla maggiore disponibilità possibile delle informazioni contenute nella CIP.

Per i membri della IPAG eHealth va ribadito che la CIP è stata concepita come sistema di archiviazione orientato al paziente, e non come contenitore per lo scambio di informazioni tra professionisti della salute. Di conseguenza, non è possibile avere la certezza che tutte le informazioni rilevanti ai fini della cura siano effettivamente disponibili nella CIP al momento dell'accesso. Ne derivano rischi per i professionisti della salute, i quali non possono avere la certezza di disporre di tutte le informazioni rilevanti consultando la sola CIP.

⁴⁸ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008120>

⁴⁹ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009157>

Le limitazioni sono esposte nel capitolo 4 e riflettono anche il sentito dibattito svolto in seno alle organizzazioni membro della IPAG eHealth nel quadro dell'elaborazione del set di dati minimo.

Le informazioni rilevanti ai fini della cura consentono al paziente di comprendere meglio il proprio stato di salute collaborando con il rispettivo professionista della salute. È importante che queste informazioni siano messe a disposizione in modo mirato dei professionisti della salute affinché il paziente riceva nel corso delle cure attuali e future un'assistenza clinica di qualità elevata, efficace e commisurata ai suoi bisogni.

Definizione

Infine, i professionisti della salute possono classificare come informazioni rilevanti ai fini della cura e archiviare nella CIP anche altri documenti non inclusi nel set di dati minimo, considerato che quest'ultimo dipende molto dal rispettivo contesto clinico. Questa decisione richiede un'accurata ponderazione del singolo caso sulla base delle competenze cliniche del professionista della salute in questione. È importante che questa decisione non sia presa per default, ma individualmente per ogni paziente affinché vengano registrate soltanto informazioni cruciali per il prosieguo della cura.

Estensioni

La rilevanza ai fini della cura delle informazioni è dinamica e basata sul contesto. Questo significa che le informazioni fondamentali per la cura dipendono fortemente dal problema di salute, dalla necessità concreta e dal decorso terapeutico attuale. Nel presente rapporto, la IPAG eHealth si focalizza sui documenti, in particolare PDF, non sui singoli elementi dei dati. Va tenuto presente che un formato di scambio sancito legalmente prevale sulle raccomandazioni qui formulate. L'espressione «rilevante ai fini della cura» non è statica, ma dipende dai fattori elencati di seguito.

Caratteristiche delle informazioni rilevanti ai fini della cura

- **Rilevanza temporale:** le informazioni importanti oggi possono perdere rilevanza con il tempo. I dettagli di un episodio clinico possono essere di peso al momento, ma più avanti basteranno informazioni di ordine generale.
- **Rapporti incompleti e pendenti:** i documenti possono contenere informazioni ancora provvisorie che a posteriori saranno sostituite da rapporti definitivi. Sono pertanto necessarie una manutenzione regolare e una verifica delle informazioni rilevanti ai fini della cura per eliminare i ragguagli obsoleti o non più rilevanti.
- **Rilevanza dipendente dal contesto:** la rilevanza di determinate informazioni varia a seconda della specializzazione e del destinatario. Per esempio, i dettagli su un'allergia sono fondamentali per un immunologo, mentre per un medico di famiglia spesso basta un'informazione generale.
- **Praticabilità e utilizzazione plurima:** le informazioni che possono essere utilizzate più volte in contesti diversi sono considerate particolarmente rilevanti. Maggiori dettagli possono essere richiesti al bisogno.
- **Orientamento al processo e metadati:** i rapporti pendenti dovrebbero essere caricati in tempi rapidi, anche se non sono sempre affidabili per i professionisti della salute successivi. In questo caso potrebbe essere utile segnalare lo stato dei documenti con un

contrassegno dei metadati per i rapporti pendenti o non ancora firmati in via definitiva.

Da ultimo, nel contesto dello scambio di documenti l'espressione «rilevante ai fini della cura» definisce in primis le informazioni scambiate tra professionisti della salute e paziente. Questo riflette la struttura concettuale della CIP come sistema di archiviazione orientato al paziente, utile in primo luogo al paziente stesso per gestire le informazioni rilevanti nella propria cartella e renderle accessibili in modo mirato ai professionisti della salute autorizzati.

Si tratta di una responsabilità condivisa tra professionisti della salute e pazienti: i primi archiviano nella CIP informazioni rilevanti ai fini della cura e i secondi decidono a chi accordare i diritti di accesso.

3. Informazioni rilevanti ai fini della cura - Svizzera

3.1 Informazioni rilevanti ai fini della cura: raccomandazione per la Svizzera

Le raccomandazioni concernenti il set di dati minimo distinguono tra informazioni con potenziale rilevanza ai fini della cura, informazioni di cui non si raccomanda l'archiviazione nella CIP e condizioni quadro attuali della CIP. Sono inoltre indicate le informazioni che possono presentare una potenziale rilevanza ai fini della cura, e vengono quindi archiviate nella CIP in singoli casi, e le informazioni per le quali non è raccomandata l'archiviazione nella CIP. Le presenti raccomandazioni concernenti il set di dati minimo si riferiscono allo stato attuale della CIP, che al momento mette innanzitutto a disposizione informazioni basate su documenti. Con la maggiore strutturazione delle informazioni sanitarie, in futuro la definizione di set di dati minimo dovrà essere adeguata. Saranno inoltre da attendersi altri adeguamenti a seguito della realizzazione dello spazio di dati sanitari nel quadro del programma DigiSanté⁵⁰.

Informazioni rilevanti ai fini della cura - Svizzera

Di seguito è descritto quali informazioni dovrebbero essere archiviate

- (A) in ogni caso (set di dati minimo),
- (B) in singoli casi (non rientrano nel set di dati minimo) e
- (C) quali non dovrebbero essere archiviate nella CIP.

Queste informazioni sono riepilogate anche nell'ausilio decisionale per la prassi (albero decisionale, cfr. allegato 2). Infine, sono descritte alcune caratteristiche delle informazioni rilevanti ai fini della cura che in determinati casi dovrebbero comunque o non dovrebbero essere archiviate nella CIP. Questa distinzione è supportata in modo sommario da un'analisi dei casi di applicazione delle associazioni professionali rappresentate nell'IPAG eHealth: oltre l'80 per cento delle menzioni contiene elementi presenti nel set di dati minimo.

(A) Set di dati minimo

Piano farmacologico: una panoramica dettagliata e aggiornata dei

⁵⁰ https://www.bk.admin.ch/bk/it/home/digitale-transformation-ikt-lenkung/datenekosystem_schweiz/monitoring-datenraume/swisslhsd.html

medicamenti è indispensabile per garantire una terapia farmacologica sicura ed efficace. Sono necessarie le informazioni seguenti⁵¹:

- nome del prodotto (p. es. BELOC ZOK cpr ret, 25 mg);
- nome del principio attivo (p. es. metoprololo);
- forma di somministrazione (p. es. compresse retard);
- dose per unità (p. es. 25 mg);
- dosaggio (p. es. ½ compressa mattino e sera);
- via di somministrazione (p. es. orale);
- durata della terapia (p. es. fino a [campo vuoto], 3 mesi dall'8.2.2025).

Queste informazioni possono essere riportate nella maggior parte delle varianti commerciali di piano farmacologico. Il formato di scambio eCartella-Farmacologica: Piano Farmacologico è legalmente sancito nell'allegato 4 dell'ordinanza del 22 marzo 2017 del DFI sulla cartella informatizzata del paziente (OCIP-DFI; RS 816.111)⁵².

Diagnosi: le diagnosi emesse durante un ricovero in ospedale o in clinica, oppure nello studio medico, sono fondamentali per la cura successiva e il coordinamento tra i diversi professionisti della salute.

Rapporti d'invio: un rapporto d'invio, o di trasferimento⁵³, è un documento scambiato tra professionisti della salute o istituti al trasferimento di un paziente (documento «Transition-of-Care»). Contiene informazioni cliniche rilevanti per il prosieguo senza discontinuità delle cure mediche, delle cure infermieristiche e della terapia. Può presentarsi sotto forme diverse, per esempio di rapporto di ammissione, d'invio o di dimissione, in base alle necessità della situazione specifica. Un **rapporto di dimissione**, per esempio in seguito al passaggio da una struttura stazionaria a una soluzione ambulatoriale, è un rapporto d'invio speciale contenente le informazioni necessarie per l'assistenza successiva.

Referti: i referti includono tutti gli esiti diagnostici rilevanti per la cura e la sorveglianza della terapia. Ne fanno parte i referti di laboratorio, i rapporti della diagnostica per immagini e i risultati degli esami strumentali. L'obiettivo è mantenere le specificità di questo tipo di referti pur garantendo una struttura uniforme per la registrazione:

- **referti di laboratorio:** gli esami di laboratorio forniscono informazioni decisive per la diagnosi e la sorveglianza della terapia. Si raccomanda di registrare sia le analisi di laboratorio eseguite all'interno sia quelle eseguite all'esterno della struttura. Fanno eccezione i referti di laboratorio stilati durante i ricoveri stazionari, il cui decorso è riepilogato in un rapporto d'invio conclusivo;
- **diagnostica per immagini:** un rapporto della diagnostica per immagini è un documento contenente gli esiti di procedure come radiografia, ecografia, risonanza magnetica o tomografia computerizzata. Le immagini e i dettagli delle misurazioni non vanno invece archiviati

⁵¹ https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Umsetzungshilfe_Medikationsplan.pdf (tedesco) / https://www.e-health-suisse.ch/upload/documents/Aide_mise_en_oeuvre_Plan_de_medication.pdf (francese)

⁵² <https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/ocel/2023/52/it/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-ocel-2023-52-it-pdf-a-1.pdf>

⁵³ https://www.ipag-ehealth.ch/s/181206_eTOC-eUeberweisungsbericht-IPAG_d-4.pdf (in tedesco)

nella CIP⁵⁴;

- **esami strumentali:** in aggiunta ai dati di laboratorio e alle immagini, vi sono numerosi esami strumentali che forniscono risultati rilevanti ai fini della cura, per esempio i test della funzionalità polmonare o vescicale, la densitometria ossea, l'elettrocardiogramma dinamico, l'istologia, ecc.

Allergie e intolleranze: le informazioni rilevanti ai fini della cura concernenti allergie e intolleranze includono dati necessari per evitare reazioni indesiderate a medicamenti o ad altre cure. Queste informazioni hanno una rilevanza elevata e devono essere confermate da un medico. Il formato di scambio eAllergieIntolleranze è sancito legalmente nell'allegato 4 OCIP-DFI⁵⁵.

Vaccinazioni: le immunizzazioni (certificato di vaccinazione) sono considerate rilevanti ai fini della cura perché forniscono indicazioni importanti per la protezione da determinate malattie e la scelta di terapie appropriate. Il formato di scambio eVaccinazioni è sancito legalmente nell'allegato 4 OCIP-DFI⁵⁶.

Libretto di gravidanza e referto del parto: l'assistenza interprofessionale durante la gravidanza e il parto richiede che tutti i professionisti della salute abbiano a disposizione informazioni dettagliate.

Principi fondamentali:

- la responsabilità per l'archiviazione nella CIP è fondamentalmente della persona che redige le informazioni. In determinati casi, l'archiviazione può essere delegata;
- in linea di principio, le informazioni rilevanti ai fini della cura vanno archiviate nella CIP tempestivamente (di norma entro 48 ore) dopo la finalizzazione (p. es. con un visto) del rapporto;
- la rilevanza ai fini della cura dipende dal momento dell'archiviazione (attualità) che, in questo senso, è un'informazione fondamentale;
- i professionisti della salute possono archiviare informazioni supplementari nella CIP, mentre il paziente può anche chiedere esplicitamente la non archiviazione di determinate informazioni (rifacendosi al diritto a non sapere);
- dal punto di vista del professionista della salute archivante, la completezza del set di dati minimo è raggiunta al momento dell'archiviazione nella CIP, considerato che la gestione delle informazioni è di competenza del paziente (v. capitolo 1.4).

Principi fondamentali per l'archiviazione di documenti nella CIP

(B) Archiviazione nella CIP in singoli casi

Spesso le informazioni rilevanti ai fini della cura dipendono dal contesto e dalla situazione. Le informazioni elencate di seguito possono essere archiviate nella CIP a seconda delle circostanze. La decisione in questo senso spetta al professionista della salute che ha in cura il paziente.

⁵⁴ Il 28.4.2025 il Controllo federale delle finanze (CDF) ha pubblicato in un rapporto (disponibile in [tedesco](#) e [francese](#), [qui](#) la sintesi in italiano) una valutazione dei meccanismi volti a un impiego appropriato dell'imaging. L'IPAG eHealth condivide il parere dell'UFSP in merito alla raccomandazione n. 4 del CDF.

⁵⁵ <https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/oce/2023/52/it/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-oce-2023-52-it-pdf-a-1.pdf>

⁵⁶ *Ibidem*

Rapporti/pianificazione concernenti le cure infermieristiche: questo tipo di rapporti o una loro sintesi possono fornire indicazioni importanti sul paziente in caso di episodi complessi, ricoveri prolungati o cure e assistenza a domicilio.

Rapporti operatori: rapporti concernenti interventi ambulatoriali, operazioni non documentate in altri rapporti (p. es. nel rapporto d'invio) o interventi strumentali il cui contenuto è rilevante per il prosieguo della cura a lungo termine e che, magari, è l'unico documento a descrivere l'intervento e la cura successiva.

Informazioni riguardanti cure stazionarie: le cure e i ricoveri stazionari sono solitamente riepilogati in un rapporto d'invio conclusivo. Di norma, i dettagli sul decorso in seno alla struttura stazionaria non sono rilevanti ai fini della cura.

Rapporti e informazioni che possono essere necessari a uno o più professionisti della salute operanti in sequenza e sono utilizzati esclusivamente all'interno della stessa struttura sanitaria, come i questionari interni sul dolore, andrebbero archiviati nella CIP soltanto in casi eccezionali.

(C) Nessuna archiviazione nella CIP (elenco complementare al set di dati minimo)

Per i gruppi professionali la cui documentazione non rientra nel set di dati minimo, spetta al rispettivo professionista della salute valutare la necessità di un'archiviazione nella CIP. In linea di principio, non è raccomandata l'archiviazione di:

- **rapporti/appunti sul decorso**, in particolare per la documentazione all'interno di una stessa struttura (studio medico, clinica specializzata, ricoveri stazionari);
- **prescrizioni** contenenti istruzioni per la cura nelle quali solitamente sono fornite poche informazioni cliniche;
- **ricette** per la dispensazione di medicamenti e mezzi ausiliari costituiscono informazioni «temporanee», valide fino alla dispensazione (allegato 4 OCIP-DFI⁵⁷);
- **moduli di richiesta di esami** con informazioni per lo svolgimento dell'esame i cui risultati solitamente sono trasmessi in un referto. Spesso questi moduli contengono soltanto informazioni cliniche limitate;
- **perizie**, spesso strumenti dettagliati che forniscono informazioni sulla situazione attuale del paziente. In caso di episodi prolungati possono essere rilevanti ai fini della cura per documentare il decorso e possono figurare anche in altri documenti. In casi eccezionali possono essere rilevanti per altri professionisti della salute ed essere archiviate nella CIP;
- **documenti assicurativi** e altri **rapporti amministrativi**;
- **certificati e conferme** (incapacità al lavoro, ecc.);
- **piani/protocolli di cura**;

⁵⁷ <https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/oce/2023/52/it/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-oce-2023-52-it-pdf-a-1.pdf>

- **corrispondenza con il paziente** (di natura amministrativa);
- **documentazione riguardante la pianificazione** di future interazioni con il sistema sanitario, p. es. prossime vaccinazioni, visite di prevenzione;
- **immagini diagnostiche** (tomografia computerizzata, risonanza magnetica, ecografia)⁵⁸;
- **informazioni e documenti** contenuti in un rapporto d'invio conclusivo o in un altro documento.

Aspetti temporali e orientati al processo

La definizione chiara e univoca di «informazioni rilevanti ai fini della cura» è complicata dalle caratteristiche esposte di seguito. In alcuni casi, spetta al professionista della salute valutare se sia il caso di archiviare un documento nella CIP.

Per promuovere un'assistenza continuativa ed efficiente, in generale si raccomanda di registrare tempestivamente i documenti nella CIP, nel caso normale entro 48 ore dalla finalizzazione del documento, per esempio con un visto.

Come menzionato al punto «Integrazione profonda» (v. capitolo 1.3), i fornitori di sistemi IT dovranno realizzare un'integrazione profonda affinché le informazioni siano immediatamente disponibili nella CIP, rendendo così superflua la rilevanza temporale. Ciò consentirà ai professionisti della salute coinvolti di accedere a informazioni aggiornate e complete senza ulteriore dispendio di tempo, e di assicurare così la migliore cura possibile.

Va ribadito che i pazienti hanno il diritto di chiedere in qualsiasi momento ai professionisti della salute che li seguono di inserire documenti aggiuntivi nella CIP.

a. Documenti a carattere temporaneo

La documentazione del processo di cura e la disponibilità di informazioni riferite al momento può comportare la registrazione di documenti interinali che

- a. non contengono ancora tutte le informazioni complete (p. es. referti di laboratorio ancora senza batteriologia, mancanza di referti istologici di biopsie) oppure
- b. non hanno validità ufficiale (p. es. rapporti d'invio senza la firma ufficiale del medico responsabile).

Questi documenti interinali sono spesso sostituiti da quelli definitivi nel giro di breve tempo e perdono quindi rilevanza.

Nel processo di cura, molti documenti possono essere interpretati come incarichi e il loro scopo è garantire la trasmissione delle informazioni necessarie per l'adempimento dell'incarico in questione. Una volta eseguito quanto richiesto, il documento in sé perde di rilevanza, visto che le informazioni dovrebbero poi figurare anche in un altro documento che rende conto della conclusione dell'incarico. Ne sono un esempio le ricette (medicamenti, mezzi ausiliari), le richieste di esami o le prescrizioni terapeutiche

⁵⁸ Il 28.4.2025 il Controllo federale delle finanze (CDF) ha pubblicato in un rapporto (disponibile in [tedesco](#) e [francese](#), [qui](#) la sintesi in italiano) una valutazione dei meccanismi volti a un impiego appropriato dell'imaging. L'IPAG eHealth condivide il parere dell'UFSP in merito alla raccomandazione n. 4 del CDF.

(fisioterapia, consulenza nutrizionale, ergoterapia). Nonostante questi documenti possano essere temporaneamente rilevanti, una volta esaurito il loro scopo in genere diventano irrilevanti per la cura successiva.

Le informazioni rilevanti ai fini della cura importanti per l'episodio attuale possono perdere la loro rilevanza oppure cambiarla o perderla nel corso del tempo. Un esempio è il libretto di gravidanza: durante e dopo la gravidanza è rilevante ai fini della cura, dopo alcuni anni tuttavia può non esserlo più. Lo stesso vale per referti di laboratorio risalenti a parecchi anni prima. Siccome questi documenti sono rilevanti ai fini della cura nel momento in cui sono archiviati nella CIP e quest'ultima non prevede la manutenzione né l'eliminazione di documenti non più rilevanti ai fini della cura, questo aspetto non ha alcun peso al momento dell'archiviazione nella CIP.

b. Aspetti orientati al processo

Se l'obbligo di diligenza e informazione del professionista della salute esige di comunicare il contenuto dapprima al paziente, in singoli casi può verificarsi un ritardo nella registrazione nella CIP delle informazioni rilevanti ai fini della cura. Può per esempio trattarsi di diagnosi e referti (di laboratorio, della diagnostica per immagini, istologici) che possono comportare l'inizio o la modifica di una terapia.

Quando un paziente è assistito e curato per un periodo prolungato in una clinica specializzata vengono creati documenti che sono rilevanti ai fini della cura per l'episodio specifico, ma che non servono ad altri professionisti della salute, visto che questi ultimi riceveranno a tempo debito un rapporto d'invio riepilogativo. I documenti interni andrebbero dunque archiviati nella CIP soltanto in casi eccezionali.

Vi sono pazienti che desiderano non ricevere alcuna informazione concernente la loro cura (diritto a non sapere). In queste situazioni i documenti devono essere scambiati direttamente tra professionisti della salute e non possono essere archiviati nella CIP.

I documenti di cui è raccomandata l'archiviazione nella CIP contribuiscono a far sì che tutte le informazioni importanti e rilevanti ai fini della cura siano disponibili senza che la CIP sia inutilmente sovraccaricata di ragguagli aggiuntivi. In questo modo, l'attenzione è focalizzata sulle informazioni essenziali, decisive per la cura. Il paziente ha comunque sempre la possibilità di chiedere maggiori dettagli.

Documenti estesi/ri-chiesta di informazioni sanitarie

4 Limitazioni

Disponibilità delle informazioni

L'espressione «informazioni rilevanti ai fini della cura» si riferisce alla componente temporale dell'archiviazione nella CIP. È inevitabile che determinate informazioni siano dipendenti dal contesto e che i vari professionisti della salute ne valutino in modo diverso la rilevanza ai fini della cura. Nei casi dubbi, spetta al professionista della salute decidere in merito all'archiviazione nella CIP delle «sue» informazioni. L'albero decisionale di cui nell'alle-gato 2 è un ausilio in questo senso. Nel corso del tempo, determinati documenti possono cambiare o perdere la loro rilevanza ai fini della cura (p. es. libretto di gravidanza, referto del parto). Al momento non è prevista la

Informazioni rilevanti ai fini della cura non condivise dal paziente

manutenzione dei documenti tantomeno è un requisito la presenza di funzioni di ricerca per informazioni rilevanti ai fini della cura.

Un'importante limitazione dal punto di vista dei professionisti della salute è la possibilità del paziente di circoscrivere in modo selettivo l'accesso a determinati documenti senza che i professionisti della salute ne siano messi a conoscenza, nonostante i documenti siano rilevanti per loro. Per questo motivo, la completezza delle informazioni rilevanti ai fini della cura non può essere garantita unicamente sulla base dei dati archiviati nella CIP. Al momento, nei portali di accesso che le comunità di riferimento e le comunità mettono a disposizione dei propri utenti non è dato distinguere tra informazioni mancanti o informazioni rese inaccessibili.

Questa situazione è paragonabile a un'anamnesi in cui il paziente, consapevolmente o meno, omette determinate informazioni. Anche questo può avere conseguenze giuridiche a posteriori, qualora non fossero note malattie o terapie pregresse. Nella CIP, tuttavia, questa costellazione emerge dai dati di protocollo.

Le presenti raccomandazioni devono essere riviste e adeguate regolarmente, poiché con la trasformazione digitale nel settore sanitario i blocchi di informazioni sono creati e aggiornati in modo dinamico, e si basano meno su interi rapporti che spesso contengono informazioni ridondanti.

Queste sfide non sono parte integrante del mandato e quindi non sono approfonditi nel presente rapporto. Tuttavia, dovranno essere prese in considerazione per ulteriori lavori e analisi.

Gestione delle informazioni rilevanti ai fini della cura

Allegato 1 Metadati

L'allegato 1 fornisce una panoramica dei metadati utilizzati per l'archiviazione nella CIP di documenti clinici. L'obiettivo è ottenere una struttura dei documenti uniforme e interoperabile, all'interno della quale possono essere effettuate ricerche.

La parte A.1.1 elenca i documenti fondamentali, come piano farmacologico, diagnosi, referti di laboratorio o rapporti d'invio, ciascuno con un codice SNOMED CT specifico. In questo modo si assicura che queste informazioni siano riconosciute e classificate correttamente in tutti i sistemi.

Nella parte A.1.2 sono definiti campi di metadati standardizzati, per esempio per il ruolo dell'autore, la specializzazione o la struttura sanitaria. I corrispondenti codici OID consentono un'elaborazione tecnica univoca in background.

A.1.1 Documenti

I codici di eHealth Suisse⁵⁹ per i metadati.

Ogni qualvolta possibile, i singoli attributi sono completati con i codici SNOMED CT e LOINC.

Documento	DocumentEntry.typecode (SNOMED CT) corrispondente	
Piano farmacologico	721912009	
Diagnosi	419891008 / progetto SCD – sostituzione del codice ticinese (per il settore ambulatoriale) ⁶⁰	
Analisi di laboratorio	4241000179101	
Diagnostica per immagini (senza immagini)	4201000179104	
Passaporto delle allergie, immunizzazione, vaccinazioni	722446000 41000179103	
Libretto gravidanza – referto del parto (eLibrettoGravidanza)	419891008	
Rapporto d'invio come concetto generale	Documento	DocumentEntry.typecode
	Piano di trattamento	737427001
	Piano di cura	773130005
	Piano di riabilitazione	736055001
	Rapporto operatorio	371526002
	Referto istologico	371528001
	Referto della gravidanza/del parto	419891008
	Referto di pronto soccorso	445300006
	Anamnesi/Rapporto di visita medica	371529009
	Rapporto sul decorso	371532007
	Rapporto di dimissione	373942005
	Rapporto d'invio	371535009

⁵⁹ <https://ehealthsuisse.art-decor.org/index.php?prefix=ch-epr>

⁶⁰ In collaborazione con le associazioni di specialisti medici, è stata definita una struttura di base di set diagnostici specifici per specializzazione sulla base dei due sistemi di codifica diffusi a livello internazionale ICD-10 e, per l'assistenza di base, ICPC-2, con i quali è possibile rappresentare circa l'80–90% del rispettivo spettro terapeutico.

	Documento non meglio specificato	419891008
--	----------------------------------	-----------

A 1.2 Valori

Definizione	Value Set	OID
Ruolo autore	DocumentEntry.author.authorRole	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.1.3
Specializzazione autore	DocumentEntry.author.authorSpeciality	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.1.4
Struttura sanitaria	DocumentEntry.healthcareFacilityType-Code	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.11
Specializzazione struttura sanitaria	DocumentEntry.practiceSettingCode	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.18
Classe documento	DocumentEntry.classCode	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.3
Tipo documento	DocumentEntry.typeCode	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.27
Lingua	DocumentEntry.languageCode	2.16.756.5.30.1.127.3.10.1.13

Allegato 2 Ausilio orientativo per professionisti della salute

L'allegato 2 del presente rapporto contiene un ausilio orientativo per i professionisti della salute che fornisce un aiuto pratico per decidere quali informazioni cliniche archiviare nella CIP.

L'obiettivo è ridurre i dubbi nella prassi e aumentare la qualità e l'uniformità dei dati archiviati.

La prima pagina riepiloga le informazioni fondamentali concernenti il set di dati minimo ed elenca i tipi di documenti che devono in ogni caso essere archiviati nella CIP. In più, sono spiegati i criteri in base ai quali i professionisti della salute possono valutare se altre informazioni possano essere considerate rilevanti ai fini della cura nella situazione specifica. Si ribadisce qui che la rilevanza dipende dal contesto e può mutare nel tempo.

È presente pure una lista, a complemento del set di dati minimo, comprendente i tipi di documento che di norma non devono essere archiviati nella CIP perché spesso assolvono scopi amministrativi o la loro utilità è soltanto temporanea.

Sulla seconda pagina è rappresentato un albero decisionale che guida in modo sistematico i professionisti della salute verso una decisione lungo il filo delle domande seguenti:

1. Il documento rientra nel set di dati minimo?
2. Se no: contiene comunque informazioni rilevanti che possono essere utili ad altri professionisti della salute?
3. Se non è riconoscibile un maggior valore sufficiente o le informazioni sono già state registrate altrove, non se ne raccomanda l'archiviazione nella CIP.

L'albero decisionale considera anche casi speciali, come stato pendente, il diritto del paziente a non sapere, nonché la possibilità che determinate informazioni siano contenute in altri documenti sovraordinati.

Informazioni rilevanti ai fini della cura

Le informazioni rilevanti ai fini della cura sono importanti per l'assistenza clinica perché documentano lo stato di salute del paziente e rendono possibile una cura coordinata, basata su dati solidi. Creano trasparenza e promuovono il processo decisionale condiviso. Queste informazioni favoriscono la comunicazione tra i professionisti della salute e il paziente, consentendo loro di disporre delle stesse informazioni rilevanti per il prosieguo della cura. La rilevanza delle informazioni è dinamica e dipendente dal contesto.

- **Rilevanza temporale:** con il tempo, le informazioni possono perdere o acquisire importanza.
- **Rapporti pendenti:** i documenti non ancora definitivi richiedono revisioni regolari.
- **Rilevanza dipendente dal contesto:** l'importanza delle informazioni varia a seconda della specializzazione e del destinatario.
- **Praticabilità:** le informazioni utilizzabili in più occasioni sono considerate particolarmente rilevanti.

Set di dati minimo (archiviazione in ogni caso nella CIP)

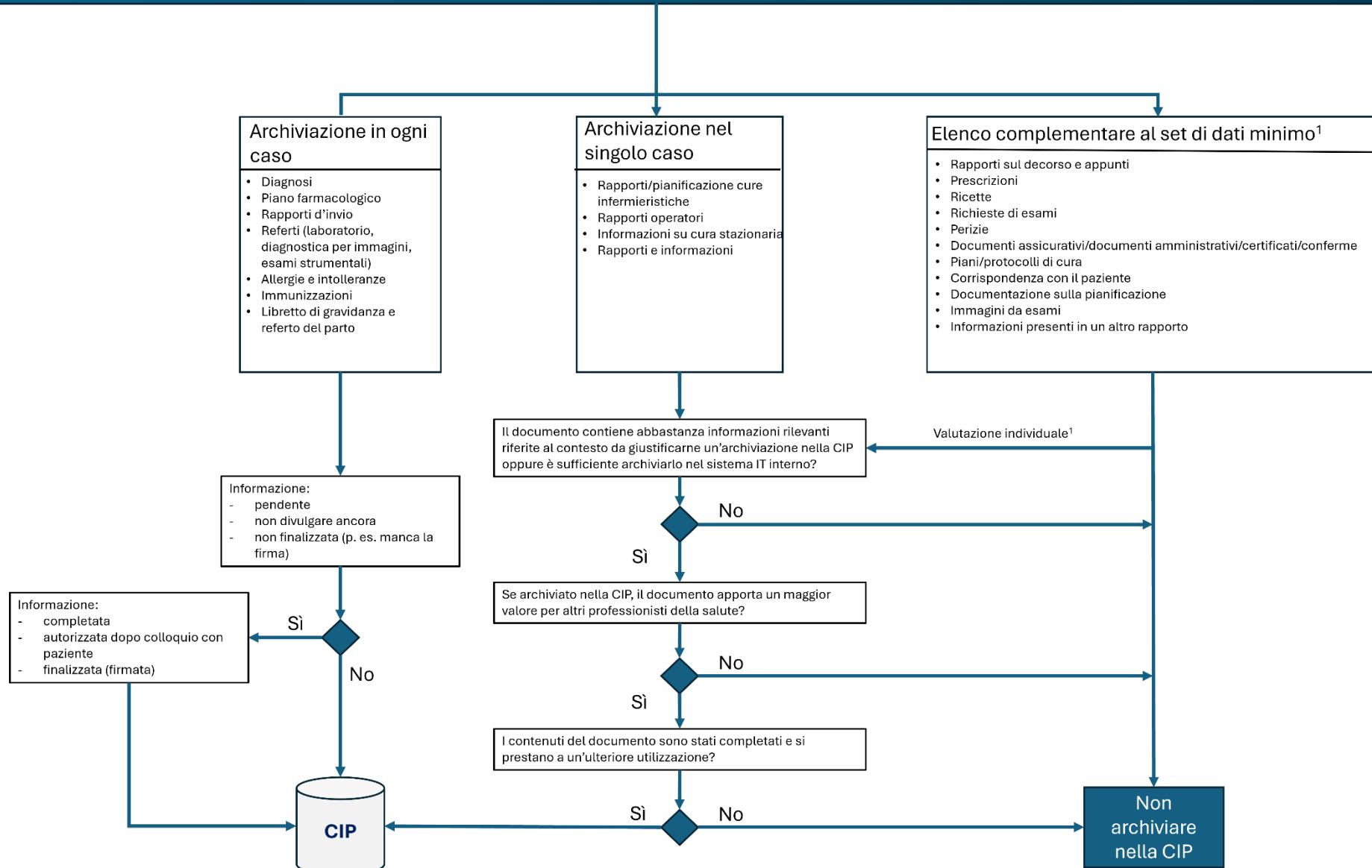
- **Piano farmacologico:** panoramica dettagliata e aggiornata dei medicamenti con le specificazioni: nome del prodotto e del principio attivo, forma di somministrazione, dose per unità, dosaggio, istruzioni per la somministrazione e durata della somministrazione.
- **Diagnosi:** le diagnosi emesse durante un ricovero in ospedale o in clinica oppure nello studio medico.
- **Rapporti d'invio:** documenti scambiati tra professionisti della salute o istituti al trasferimento di un paziente. Possono presentarsi sotto forme diverse, come rapporto di ammissione, d'invio o di dimissione.
- **Referti (laboratorio, esami strumentali, diagnostica per immagini):** fanno eccezione i risultati di analisi di laboratorio svolte durante ricoveri stazionari, perché questi valori sono riepilogati in un rapporto d'invio conclusivo. I risultati della diagnostica per immagini (radiografia, ecografia, risonanza magnetica o tomografia computerizzata) e di esami strumentali (p. es. elettrocardiogramma dinamico o funzionalità polmonare) sono archiviati in forma sintetica.
- **Allergie e intolleranze:** devono essere confermate dal medico.
- **Vaccinazioni:** le immunizzazioni sono considerate rilevanti ai fini della cura perché forniscono indicazioni importanti per la protezione da determinate malattie e la scelta di terapie appropriate.
- **Libretto di gravidanza/referto del parto:** l'assistenza interprofessionale durante la gravidanza e il parto richiede che tutti i professionisti della salute abbiano a disposizione informazioni dettagliate.

Spesso le informazioni rilevanti ai fini della cura sono riferite al contesto e alla situazione. Vi sono documenti non contenuti nel set di dati minimo che possono comunque avere caratteristiche rilevanti ai fini della cura. Per decidere se archiviare un documento nella CIP o meno ci si può avvalere dell'albero decisionale che segue, focalizzato innanzitutto sulla completezza e sul maggior valore per altri professionisti della salute.

Per la registrazione dei dati va usato il corrispondente formato di scambio, se disponibile.

Informazioni rilevanti ai fini della cura

Albero decisionale



¹ I gruppi professionali la cui documentazione non è considerata nel set di dati minimo possono procedere a una valutazione individuale.