

VR 2.4

Regolamento sull'obbligo di documentazione

Valido a partire dal 27.08.2018

Contenuto:

	Ambito di applicazione	2
1.	Documentazione di base e diagnostica.....	2
2.	Documentazione del processo e del decorso.....	2
3.	Fondamenti specifici per il controllo del decorso.....	2
4.	Archiviazione e discrezione.....	3
5.	Fondamenti specifici per i rapporti.....	3
5.1	Rapporti destinati alle casse malati	3
5.2	Rapporti/perizie per avvocati	4
6.	Sanzioni	4
7.	Competenza per le modifiche al regolamento	4
8.	Messa in vigore	4

Ambito di applicazione

Il presente regolamento concretizza l'obbligo di documentazione sancito dagli statuti sotto il punto di vista della garanzia della qualità ed espone i principi di tale obbligo di documentazione.

1. Documentazione di base e diagnostica

- 1.1.** Per ogni paziente, nel corso delle prime ore di terapia viene creata una documentazione di base scritta.
- 1.2.** La documentazione di base comprende le seguenti informazioni relative al paziente:
- Problemi, lamentele, disturbi del paziente
 - Storia di vita e anamnesi
 - Risorse intrapsichiche e sociali
 - Risultati di eventuali test di entrata
 - Diagnosi secondo uno schema di classificazione riconosciuto a livello internazionale ed eventuale diagnosi nel quadro della rispettiva teoria metodosppecifica della malattia, rispettivamente del disturbo.
 - Riflessioni sulla prognosi
 - Valutazione del legame lavorativo
 - Accordi presi oralmente o per iscritto relativi a metodo terapeutico, obiettivi del trattamento, limiti alla durata della terapia e altro
 - Accordi formali (onorario, durata delle sedute, regolamentazione per le ore sospese, ecc.)

2. Documentazione del processo e del decorso

- 2.1** Nel corso della terapia, la documentazione di base viene completata dalla documentazione del processo e del decorso.
- 2.2** Le annotazioni contengono le informazioni obiettive, soggettive e contestuali necessarie alla comprensione della problematica del paziente e del decorso terapeutico.
- 2.3** Il confronto con gli obiettivi terapeutici individuali è una componente del trattamento e deve essere documentato.
- 2.4** Il processo di cura va documentato in modo tale da rendere possibile in qualunque momento la ricostruzione di eventi significativi nel decorso terapeutico e di avvenimenti interazionali terapeuta-paziente, importanti cambiamenti (positivi e negativi) nello stato di salute e nel vissuto dei pazienti, importanti informazioni e riflessioni del terapeuta ed eventuali nuovi problemi che si manifestano per il terapeuta curante.

3. Fondamenti specifici per il controllo del decorso

- 3.1** La/Le psicoterapeute e lo/gli psicoterapeuti impiega strumenti idonei a comprendere, riflettere ed eventualmente correggere il decorso del trattamento.
- 3.2** Egli svolge una valutazione continua dell'effetto del trattamento apportando di conseguenza gli interventi necessari al processo di cura.

- 3.3 Il decorso terapeutico viene discusso insieme al paziente. Il punto di vista del paziente viene rispettato e incluso quale importante fonte d'informazione nella valutazione generale.
- 3.4 Qualora necessario il decorso terapeutico viene discusso con terzi idonei a intervalli regolari, nel rispetto della tutela del paziente.
- 3.5 La/Le psicoterapeuta e lo/gli psicoterapeuti intrattiene scambi di informazioni con altre persone specializzate. I pazienti vengono informati qualora si svolgessero interviste o supervisione. Laddove è sensato, si collabora in team in modo interdisciplinare e nel rispetto dei diritti del paziente.

4. Archiviazione e discrezione

- 4.1 Le documentazioni di base nonché le documentazioni del processo e del decorso, come tutti gli atti relativi ai pazienti, sottostanno al segreto professionale, vengono conservate per dieci anni sotto chiave dopo il termine della terapia e poi distrutte. In merito alla restituzione risp. conservazione di oggetti personali (opere del paziente come foto, diari, supporti dati di ogni genere) viene trovato un accordo al termine della terapia.
- 4.2 La documentazione del processo e del decorso viene annessa alla documentazione di base. I documenti vengono inoltrati a terzi unicamente con il consenso del paziente. A tal fine è necessario un esonero scritto dal segreto professionale. Se possibile, i documenti vanno consegnati direttamente al paziente. Il terapeuta gestisce in modo avveduto l'inoltro di informazioni e documenti a terzi e qualora necessario informa il paziente o la sua rappresentanza legale in merito a possibili conseguenze di una trasparenza inutile.
L'insieme dei documenti, come ad esempio rapporti a terzi, e-mail, disegni, supporti dati di ogni genere, ecc., costituiscono parte della documentazione.
- 4.3 Gli psicoterapeuti denominano un sostituto, il quale deve essere una persona specializzata, per il caso di un'eventuale incapacità lavorativa. Questa persona informa il paziente e garantisce una gestione adeguata dei documenti dei pazienti.
- 4.4 Gli psicoterapeuti sono tenuti ad adottare misure anche nel caso del proprio decesso, affinché le documentazioni dei pazienti vengano archiviate in modo appropriato e per definire una regolamentazione sul proseguimento delle psicoterapie in corso.

5. Principi specifici per i rapporti

5.1. Rapporti destinati alle casse malati

I rapporti possono essere indirizzati unicamente previo consenso del paziente e solo al medico di fiducia esperto oppure a uno psicoterapeuta di fiducia. Devono contenere unicamente le informazioni necessarie per consentire al medico/psicoterapeuta di fiducia di giungere a una valutazione sulla necessità di un trattamento. In generale sono rilevanti i punti seguenti:

- modalità di trasmissione
- informazioni necessarie sulla storia della vita
- informazioni sulla sofferenza attuale
- risultati obiettivi degli esami
- diagnosi
- piano di trattamento (metodo terapeutico, frequenza delle ore, durata delle sedute, setting)

- collaborazione con altri specialisti (per es. medici, assistenti sociali)
- obiettivo del trattamento
- calendario stimato della terapia
- prognosi
- informazioni relative allo psicoterapeuta.

È richiesta particolare riservatezza per quanto riguarda le informazioni sull'ambiente familiare e i dati sensibili della storia della vita.

5.2. Perizie / rapporti per avvocati

Il particolare rapporto di fiducia psicoterapeutico esclude una contemporanea attività di perito per questioni relative al paziente.

Nel caso di una presa di posizione per un avvocato o altri terzi, il terapeuta gestisce in modo avveduto l'inoltro di informazioni e documenti e qualora necessario informa il paziente o la sua rappresentanza legale in merito alle possibili conseguenze di una trasparenza inutile. L'inoltro di informazioni e documenti richiede un esonero scritto dal segreto professionale. Qualora possibile, i documenti vanno consegnati direttamente al paziente.

6. Sanzioni

- 6.1 L'associazione mette a disposizione offerte formative sull'obbligo di documentazione. In caso di infrazioni il comitato può ammonire il membro, emanare una nota di biasimo e, come ultima misura, disconoscere il titolo ASP. Contro il disconoscimento del titolo ASP, il membro può inoltrare ricorso all'assemblea dei membri.

7. Competenza per le modifiche al regolamento

Il comitato verifica l'attuazione del presente regolamento sull'obbligo di documentazione e ne effettua l'ulteriore sviluppo.

8. Messa in vigore

La revisione del presente regolamento è stata decisa dal comitato ASP durante la seduta del 27 agosto 2018.

Messa in vigore:	31.03.2003
Prima revisione:	02.10.2017
Seconda revisione:	27.08.2018