

## Modulo d'annuncio per cure acute e transitorie (CAT)

Le cure acute e transitorie (CAT) secondo l'art. 25a cpv. 2 LAMal sono prescritte dal medico ospedaliero. Le seguenti condizioni devono essere cumulativamente rispettate:

1. I problemi di salute di carattere acuto sono noti e stabilizzati. Non si rendono più necessarie prestazioni diagnostiche e terapeutiche in un ospedale acuto (compreso il reparto geriatrico di un ospedale). Non sussiste un bisogno di riabilitazione presso una clinica di riabilitazione.
2. Il paziente necessita, a seguito di un ricovero in un ospedale acuto, di cure da parte di personale infermieristico qualificato.
3. Le cure acute e transitorie sono una fase del processo di cura. Esse sono prescritte sulla base di un bisogno e con finalità definite. Esse non sono previste quali periodo in attesa di un'ammissione in una clinica riabilitativa o in una casa di cura.
4. Le cure acute e transitorie hanno come obiettivo il ristabilimento delle competenze di cura personali in modo che il paziente possa riappropriarsi delle capacità disponibili e delle possibilità presenti nel suo spazio usuale prima della degenza in ospedale. Il rientro a casa è duraturo e sarà evitata una riospedalizzazione.
5. Viene allestito un piano di cura con le misure atte al raggiungimento degli obiettivi.

Se si rendessero necessari trattamenti medici o terapeutici, questi possono essere forniti ambulatorialmente come prestazioni singole. Esse non sono parte integrante delle CAT. Una forfaitizzazione totale o parziale è possibile se prevista espressamente nella convenzione tariffale.

<b>Documento Mandante</b>	identificazione	
<b>Fornitore di prestazioni</b>		
<b>Paziente</b>	Cognome Nome via NAP Domicilio Data di nascita sesso inizio della malattia no. Assicurato legge	LAMal malattia CAT
<b>Prescrivente Medico curante Medico di famiglia</b>		
<b>Diagnosi</b>	IDC-10	
<b>Terapia</b>	CAT	
<b>Inizio della cura</b>	.	Durata della cura:

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. I problemi di ordine medico sono conosciuti e stabilizzati.  | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 2. Si è in presenza di un limitato bisogno d'intervento in cure sulle 24 ore.   | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 3. Non è indicata una riabilitazione stazionaria  | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 4. Il/La paziente dispone del potenziale per riacquisire un'indipendenza che possa permettergli una vita nell'ambiente abituale | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 5. Il/La paziente ha espressamente affermato il desiderio di tornare alla vita e alla condizione abitativa abituale             | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 6. Gli obiettivi della CAT sono stati concordati con i/la paziente, ev. con i familiari o con il rappresentante legale          | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |

Inizio delle CAT: \_\_\_\_.

Durata prevista (max. 14 giorni) \_\_\_\_\_

presso l'istituto casa per anziani:

Casa per anziani Santa Lucia  
6864 Arzo  
Tel. 091 641 31 31  
Fax 091 641 31 32  
No. ZSR: V 1287.21

Casa anziani Malcantonese di Castelrotto  
6980 Castelrotto  
Tel. 091 611 37 00  
Fax 091 611 37 01  
No. ZSR: E 1290.21

Centro Sociosanitario Casa anziani di Vallemaggia - 6675 Cevio  
Tel. 091 753 26 52  
Fax 091 753 26 53  
No. ZSR: B 1289.21

Casa per anziani Opera Charitas  
6968 Sonvico  
Tel. 091 936 01 11  
Fax 091 936 02 43  
No. ZSR: Y 1288.21

Luogo, data

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Firma e timbro del medico ospedaliero prescrivente

Originale al CAT – Fornitore di prestazioni  
Copia al/la paziente