

## **PROPOSTA S.N.A.M.I. FVG**

### **VERBALE DI INTESA TRA LA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA E LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI PER IL BIENNIO 2020-2021 E DELLE ATTIVITÀ CONNESSE ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19**

Premesso che:

- ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo 502/1992, il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali (ACN) stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 412/1991, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale mentre è demandata agli accordi integrativi regionali (AIR) la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;
- con DGR n. 1381/2019 del 09.08.2019 è stato approvato l'Accordo integrativo regionale "ponte" per i medici di medicina generale sottoscritto il 23 luglio 2019 con l'obiettivo primario di garantire una serie di azioni propedeutiche alla definizione dell'AIR 2020 – 2022;
- la Legge regionale n. 22/2019 sulla "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 6/2006 e alla legge regionale 26/2015" ha recentemente definito la seconda fase della riforma dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale di cui alla Legge regionale 27/2018;
- dal primo gennaio 2020 è entrata a regime la suddetta legge di riforma dell'assetto istituzionale ed organizzativo con la costituzione delle nuove Aziende del SSR;
- le "Linee per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2020" approvate in via definitiva con la DGR 2195/2019 confermano per il biennio 2020-2021 l'organizzazione complessiva dell'assistenza primaria, riportando le logiche che hanno portato all'avvio delle AFT e delle MGI in una coerenza di sistema su tutto il territorio regionale. In particolare, viene evidenziato che, nelle more della sottoscrizione di un nuovo Accordo Integrativo Regionale triennale, i contenuti dell'AIR "ponte", così come quelli dei precedenti AAIIRR non modificati da questo, restano in vigore fino al prossimo Accordo Integrativo Regionale in materia, ai sensi della Norma Transitoria n. 5 del vigente ACN;

Visti:

- il D.L. n. 18/2020 recante "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27 che ha disciplinato con l'art. 4-bis l'istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale in sostituzione della precedente previsione di cui all'art. 8 del D.L. 14/2020 abrogato dalla medesima legge di conversione;
- il D.L. n. 23/2020, convertito con modificazioni dalla L. 5 giugno 2020, n. 40, avente ad oggetto "Misure urgenti in materia di accesso al credito e di adempimenti fiscali per le imprese, di poteri speciali nei settori strategici, nonché interventi in materia di salute e lavoro, di proroga di termini amministrativi e processuali" che all'art. 38 reca disposizioni urgenti in materia contrattuale per la medicina convenzionata nelle more della conclusione delle trattative secondo le procedure ordinarie per l'accordo collettivo nazionale 2016-2018;
- il D.L. n. 34/2020 avente ad oggetto "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da

COVID-19” che, all’art. 1, prevede l’adozione da parte delle regioni dei piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale;

- la Circolare del Ministero della Salute n. 2619 del 29.02.2020 recante le linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da covid19;
- la Circolare del Ministero della Salute n. 7865 del 25 marzo 2020 con cui sono state aggiornate le linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19;
- la Circolare del Ministero della Salute n. 18584 del 29.05.2020 sulla Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (Contact tracing) ed App Immuni;
- la Circolare del Ministero della Salute n. 19214 del 04.06.2020 inerente la Prevenzione e controllo dell’influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021.

Tutto ciò premesso e considerato

## **LE PARTI CONDIVIDONO QUANTO SEGUE**

### **1. SCOPO DELL’ACCORDO**

L’obiettivo della presente intesa è disciplinare l’ultrattività per gli anni 2020/2021 dell’Accordo Integrativo Regionale ponte 2019 nelle more della conclusione delle trattative per la stipula dell’accordo collettivo nazionale 2016-2018 e conseguente stesura del nuovo AIR triennale.

Con la presente intesa vengono apportate all’AIR PONTE 2019 le modifiche/integrazioni necessarie ad armonizzare le attività dei MMG con le recenti norme regionali intervenute nella riorganizzazione dei livelli di assistenza e di valorizzare l’attività dei MMG tenendo conto dei compiti per loro previsti dalla normativa nazionale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 così da contribuire alla riorganizzazione dell’assistenza sanitaria, sia al fine di contenere la diffusione del contagio, sia con la finalità di prevenire accessi impropri in Ospedale.

### **2. RIORGANIZZAZIONE DELL’ASSISTENZA PRIMARIA IN FUNZIONE DELL’EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID 19**

Nel biennio 2020/2021 si dovranno orientare le azioni di sanità d’iniziativa sulla base delle attività propedeutiche realizzate in applicazione dell’Accordo ponte 2019 e della preliminare stratificazione elaborata da ARCS della popolazione di riferimento per complessità/fragilità, sulla base dello strumento ACG; tale stratificazione dovrà essere strutturata per ogni singola AFT e per singolo MMG e sottoposta ad audit per conseguente validazione.

Le tematiche prioritarie da trattare in AFT saranno pertanto quelle – professionalizzanti - tipiche delle attività territoriali/distrettuali, che riguardano i fenomeni inerenti la multimorbilità, la complessità, la fragilità, la stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità d’iniziativa nell’ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l’offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare l'emergenza epidemiologica soprattutto in fase di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale.

### **3. RECEPIMENTO DELLE “LINEE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE PER L’ANNO 2020”**

Le parti concordano che la riorganizzazione dell’assistenza primaria in funzione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 richiede uno sforzo di costruzione di processi per l'erogazione in sicurezza delle prestazioni, dei servizi e degli interventi, di rimodulazione dei relativi modelli e di riprogettazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti, a partire dalla definizione di standard erogativi ed individuazione dei relativi indicatori di qualità in

applicazione delle “Linee per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l’anno 2020” approvate in via definitiva con la DGR 2195/2019.

Le parti danno atto che per il biennio 2020-2021 viene confermata l’attuale organizzazione complessiva dell’assistenza primaria, riportando le logiche che hanno portato all’avvio delle AFT e delle MGI in una coerenza di sistema su tutto il territorio regionale.

In particolare, nelle more della definizione di un nuovo Accordo Integrativo Regionale triennale a seguito della sottoscrizione del nuovo ACN e atteso il fatto che i contenuti dell’AIR “ponte”, così come quelli dei precedenti AA. II. RR. non modificati dalla presente intesa, restano in vigore fino al prossimo Accordo Integrativo Regionale in materia, ai sensi della Norma Transitoria n. 5 del vigente ACN, si confermano i contenuti degli accordi vigenti in tema di:

- Ufficio Distrettuale per la Medicina Generale (UDMG), quale parte costitutiva dell’Ufficio di Coordinamento dell’Attività Distrettuale (UCAD) di cui all’art.3-sexies, comma 2, del D. Lgs. n. 502/1992;
- Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), quale forma organizzativa non erogativa e snodo dell’inclusione della medicina generale nelle dinamiche distrettuali;
- Medicina di Gruppo Integrata (MGI), quale forma organizzativa monoprofessionale dell’assistenza primaria in coordinamento e integrazione di attività con le varie figure professionali che insistono sui processi di cura e di assistenza, tenuto conto delle peculiarità orogeografiche e della distribuzione di popolazione nel territorio regionale (caratterizzato in gran parte da comuni di dimensioni medio-piccole) e delle caratteristiche di prossimità garantite dalla diffusa e capillare presenza sul territorio dei Medici di Medicina Generale;
- personale segretariale e infermieristico di studio, nelle more dell’evoluzione organizzativa verso forme di “microteam” multiprofessionali.

#### **4. FORMAZIONE/INFORMAZIONE**

Il MMG rappresenta il primo riferimento per le necessità formative e informative del cittadino assistito in ragione del rapporto fiduciario che si instaura con il professionista.

Il MMG svolge un fondamentale ruolo di accompagnamento degli assistiti nel sistema per contrastare l’epidemia COVID-19 in corso e fornisce, anche sulla base delle indicazioni del Dipartimento di Prevenzione, informazioni comprensibili sulle misure precauzionali da attuare nei riguardi dell’infezione da SARS-CoV-2, sulle modalità di trasmissione, sugli interventi di profilassi che sono necessari (sorveglianza attiva, quarantena, ecc.), sui possibili sintomi clinici nonché fornisce le istruzioni sulle misure da attuare in caso di comparsa di sintomatologia.

Ai fini di garantire quanto previsto dall’art. 38 del D.L. 23/2020, i MMG elaborano o aggiornano entro 60 giorni dall’entrata in vigore della presente Intesa, la carta dei servizi delle medicine di gruppo integrate o di ciascun singolo medico, qualora non inserito in medicina di gruppo, alle quali devono dare massima diffusione e visibilità, oltre ad inviare il documento all’Azienda e al Distretto di appartenenza.

La carta dei servizi deve prevedere, come contenuti minimi:

- finalità;
- orari di apertura degli studi (non meno di 8 ore equamente distribuite tra la fascia oraria mattutina e la fascia oraria pomeridiana nel caso di nMGI - secondo quanto previsto dall’art.36 ACN per gli studi singoli);
- le modalità di contatto anche tenuto conto del periodo di vigenza dello stato di emergenza Covid19 ed eventualmente anche con l’ausilio del personale di studio;
- possibilità di telemedicina o di modalità alternative di monitoraggio a distanza, qualora siano state adottate dalla MGI.

#### **5. TELEMEDICINA/DEMATERIALIZZAZIONE**

Durante il periodo di emergenza Covid-19 si è registrato un forte impulso nell'incremento delle tipologie di farmaci prescrivibili con la ricetta dematerializzata sulla base di indicazioni nazionali e regionali.

Resta inteso che i MMG sono tenuti ad effettuare, quando possibile, le prescrizioni attraverso la ricetta dematerializzata in tutti i casi previsti dall'ACN e dalla normativa vigente; sono escluse le prescrizioni e l'invio telematico degli esami e delle visite specialistiche via e-mail, w.a. o altro, in quanto non vi sono deroghe al riguardo.

Al fine di sviluppare ulteriormente l'informatizzazione e la telemedicina, la Regione ha proposto la sperimentazione di tele-visita nei rapporti tra medico e paziente attraverso una piattaforma acquisita da INSIEL, pertanto le parti condividono la necessità di superare l'attuale disomogeneità nell'impiego di questi strumenti informatici attraverso un sistema integrato con gli attuali strumenti gestionali che comprenda oltre alla possibilità di tele-visita anche il tele-consulto in previsione del prossimo AIR triennale.

I dati clinici, comprese le informazioni su isolamenti e quarantene, di ogni assistito che abbia espresso il proprio consenso in merito, sono messi a disposizione anche a tutti i medici della Medicina di gruppo di appartenenza del singolo medico che lo ha in carico, secondo quanto previsto dalla normativa sulla privacy.

## **6. PRESA IN CARICO PAZIENTI COVID-19**

Nella gestione dei casi sospetti, i MMG seguono le indicazioni previste dalla Circolare del Ministero della Salute n. 5443 del 22.02.2020 e s.m.i. e le indicazioni operative pubblicate sul sito della Regione FVG per la gestione delle persone che sono venute a contatto con un caso sospetto, probabile o confermato di 2019-nCoV.

I MMG che vengono a conoscenza di un caso sospetto attuano le seguenti misure precauzionali:

- Raccolgono le informazioni anagrafiche;
- sconsigliano di soggiornare in sala d'attesa; in alternativa programmano la visita in ambiente dedicato presso lo studio o presso il domicilio;
- si dotano e utilizzano i DPI (mascherina, guanti, occhialini, camice monouso) forniti secondo la normativa vigente;
- garantiscono
  - o che le superfici vengano disinfettate con ipoclorito di sodio 0,1% o soluzione idroalcolica dopo pulizia con un detergente neutro;
  - o lo smaltimento dei rifiuti come materiale infetto categoria B (UN3291);
- adottano sistematicamente e rigorosamente le precauzioni standard (droplets, ecc).

I MMG, mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico, in modo da contenere il contatto diretto e conseguentemente limitare i rischi di contagio, valutano la presenza dei criteri di definizione di caso sospetto e comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti all'unità speciale di continuità assistenziale (USCA) che opera per valutazioni dei soggetti con sintomatologia che devono essere considerati come sospetti casi COVID-19.

I MMG inviano ai Dipartimenti di prevenzione le segnalazioni riguardanti l'insorgenza dei sintomi nei propri assistiti e partecipano all'implementazione e rafforzamento del sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2 come da indicazioni contenute nella Circolare del Ministero della salute n. 18584 del 29.05.2020 ed eventuali s.m.i. .

### **6.1 TEST DIAGNOSTICI (molecolari e sierologici)**

Il MMG informa l'assistito sul significato dei test sierologici e sulla necessità di sottoporsi a tampone nasofaringeo in caso di positività e conseguente isolamento fiduciario domiciliare fino all'esito dello stesso, rendendolo consapevole che i risultati negativi del test non possono in ogni caso sostituire le misure di prevenzione del contagio indicate per i luoghi di

lavoro/ambienti di vita; non è compito del MMG stampare e distribuire i risultati dei test diagnostici.

## **7. CAMPAGNA VACCINAZIONI**

In funzione della pandemia Covid-19 per la stagione 2020-2021, al fine di facilitare la diagnosi differenziale delle patologie virali, va anticipata e potenziata la campagna vaccinale antinfluenzale secondo le indicazioni che perverranno dal Ministero della Salute, alla quale i MMG contribuiscono sia in forma singola che associativa in sinergia con i Dipartimenti di Prevenzione.

Tale attività si può concretizzare sia in azioni di counseling vaccinale sia nella materiale esecuzione della prestazione secondo modalità organizzative rapportate al contesto epidemiologico in collaborazione con le strutture aziendali preposte.

Inoltre i MMG con funzione di “Medici sentinella” individuati e formati secondo programmazione regionale contribuiscono alla sorveglianza virologica con lo scopo di stimare l'impatto dell'influenza confermata con test di laboratorio e, di conseguenza, l'efficacia vaccinale sul campo dei vaccini antinfluenzali nei soggetti di tutte le età non ospedalizzati.

Qualora nel corso del 2021 fosse introdotta ed autorizzata la vaccinazione straordinaria anti-SARS-CoV-2, la conseguente attività verrà implementata nel presente Accordo attraverso il dovuto confronto tra le parti in sede di Comitato Regionale ex art. 24 ACN.

## **8. COLLABORATORE DI STUDIO E INFERMIERE PROFESSIONALE**

Entro il 31/12/2020 la DCS esegue una ricognizione presso le Aziende Sanitarie sull'erogazione ai MMG delle relative indennità onde “riallocare” entro il 31/01/2021 le risorse non utilizzate per personale di studio e infermiere professionale comprendendo anche quelle provenienti dalle cessazioni dei MMG.

Per il biennio 2020-2021 in attesa dell'incremento delle percentuali di MMG aventi diritto alle relative indennità da definire con il prossimo AIR triennale, si prevede l'erogazione ai MMG che attualmente non percepiscono tali indennità di una somma pari a 6,00 €/assistito/anno fino ad un massimo di 1.000 assistiti in carico finalizzata al supporto per lo svolgimento delle attività dell'obiettivo di cui al punto 5 dell'Allegato 1 al presente Accordo; tale somma una tantum nel biennio viene erogata solo in caso di raggiungimento di tale obiettivo.

## **9. OBIETTIVI ASSISTENZIALI E GESTIONALI 2020-2021**

La riorganizzazione dell'Assistenza Primaria come sopra delineata comporta una sostanziale ridefinizione del punto 8 dell'AIR “Ponte COVID-relato” biennio 2020/2021 in funzione degli obiettivi di salute che concorrono alla sostenibilità del sistema in questo particolare contesto epidemiologico. Gli Indicatori degli obiettivi sono resi disponibili e rendicontabili direttamente dal sistema.

Gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi e la ponderazione di risultato sono definiti nell'Allegato 1 “Obiettivi 2020-2021 ex art.8” al presente verbale di intesa; l'incentivo previsto è pari a euro 8,00 per assistito/anno.

La rendicontazione sul raggiungimento degli obiettivi previsti dal presente Accordo unitamente a quelli declinati a livello aziendale è effettuata entro trenta giorni dal ricevimento dei dati elaborati da ARCS a cura della Direzione Distrettuale in collaborazione con i soggetti e con le modalità indicate dalla DGR n. 1963/2018 e comunque non oltre il 30 aprile 2021 per le attività previste per l'anno 2020 e non oltre il 30 aprile 2022 per le attività previste per l'anno 2021.

La liquidazione per il raggiungimento degli obiettivi previsti per l'anno 2020 deve avvenire entro la mensilità di maggio 2021 mentre per gli obiettivi previsti per l'anno 2021 deve avvenire entro la mensilità di maggio 2022.

#### **10. RISORSE ECONOMICHE: FONDO PER LA MEDICINA GENERALE**

In attuazione del punto 10. del vigente AIR 2016-2018 a partite dall'anno 2020 viene istituito il Fondo per la Medicina Generale alimentato dagli incentivi di cui al punto 3. (€ 3,00 assistito/anno) e dagli incentivi di cui al punto 8. (€ 8,00 assistito/anno) del vigente AIR 2016-2018; concorrono inoltre ad alimentare tale fondo le indennità per la Medicina di Gruppo di cui al punto 4 del vigente AIR 2016-2018 e quelle previste dall'art. 59 del vigente ACN. Confluiscono in tale Fondo anche le quote relative alle persone che risultano temporaneamente senza scelta del medico come definito nell'AIR DGR. 269/2006. Infine esso viene alimentato anche dalle risorse definite nel fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie di cui all'art. 59 lett. A commi da 4 a 7 del vigente ACN.

#### **11. NORME FINALI E TRANSITORIE**

Il presente Accordo Integrativo Regionale ha valenza biennale e conserva i suoi effetti giuridici ed economici fino all'entrata in vigore del successivo.

La liquidazione degli incentivi di cui ai punti 3. e 8. del vigente AIR 2016-2018 deve avvenire entro il mese di maggio 2021 relativamente al raggiungimento degli obiettivi previsti per l'anno 2020 ed entro il mese di maggio 2022 relativamente al raggiungimento degli obiettivi previsti per l'anno 2021.

**VANNO PREVISTI MECCANISMI DI SALVAGUARDIA IN CASO DI MANCATA LIQUIDAZIONE ENTRO I TERMINI PATTUITI AI MMG AVENTI DIRITTO viste le persistenti esperienze !**

Gonars, 16 novembre 2020

**Obiettivi ex punto 8 – biennio 2020-2021**

	<b>A) obiettivi</b>	<b>B) azioni*</b>	<b>C) indicatori/standard</b>	<b>peso</b>
<b>1</b>	Stratificazione complessità e comorbidità ad alto rischio di complicanze maggiori per infezioni dal Covid-19	Validazione lista assistiti in condizioni di complessità e comorbidità (popolazione target) pubblicata sul portale di continuità della cura	L'obiettivo si intende raggiunto con la presenza sul portale C.d.C. della lista validata in AFT entro il 31 dicembre 2020 dal MMG	<b>10</b> (solo per il 2020: nel 2021 implementato sul punto 5)

\*Elenchi definiti dall'Ufficio Epidemiologico di ARCS messi a disposizione nel Portale Continuità delle Cure da INSIEL entro e non oltre il 10 dicembre 2020 quale condizione propedeutica alle successive attività di presa in carico da parte dei MMG.

**a) Note:**

- I. La lista di cui al punto 1 lett. B è definita utilizzando lo strumento denominato ACG attraverso la selezione degli assistiti a cui il sistema ha assegnato le classi RUB 4 e 5.
- II. Per l'evidenza del raggiungimento del risultato (Indicatori) fa fede il verbale degli incontri di AFT, con la validazione della coorte degli assistiti in condizioni di complessità. Durante la riunione di AFT del 17/12 p.v. sarà condivisa la metodologia di valutazione della coorte degli assistiti in condizioni di complessità. Successivamente all'incontro in AFT, ciascun MMG aggiorna la propria lista nel Portale C.d.C. entro il 31 dicembre 2020.
- III. L'elenco completo degli assistiti dei singoli MMG componenti dell'AFT, aggiornato e validato, viene quindi scaricato dal Portale della Continuità delle Cure da INSIEL e reso disponibile alle Aziende Sanitarie attraverso il consueto sistema di interrogazione e analisi Business Object e fornito successivamente ai distretti. Esso costituisce la base di calcolo per la rendicontazione e valutazione dei risultati di tutti gli obiettivi ex art. 8 della presente intesa.
- IV. Al fine di evitare carichi di lavoro non sostenibili, la popolazione target viene stabilita in massimo 120 assistiti. Qualora il n° totale sia superiore a 120, il MMG selezionerà gli assistiti da includere nella lista secondo il criterio della loro maggiore fragilità come definita dalla SCALA CLINICA PER LA FRAGILITÀ\* di cui al punto a) "Classificazione della persona" della scheda di monitoraggio a scalare da quella 8. molto grave. (\* doc condiviso da allegare).
- V. La lista di cui al punto 1 lett. B) resta valida per tutto il 2021.
- VI. Per l'anno 2021 gli elenchi verranno messi a disposizione nel Portale CdC entro il 30 settembre 2021 e l'obiettivo si intende raggiunto con la presenza sul portale CdC della lista aggiornata entro il 31 ottobre 2021 con le stesse modalità previste per l'anno 2020. Per l'anno 2021 la lista aggiornata costituisce la base di calcolo solo per la rendicontazione e valutazione dei risultati degli obiettivi n. 2 e 3 sulle vaccinazioni della popolazione target campagna vaccinale 2021/2022.

	<b>A) obiettivo</b>	<b>B) azioni</b>	<b>C) indicatori/standard *</b>	<b>peso</b>
<b>2</b>	Copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione target di cui all'obiettivo 1.	Effettuazione della vaccinazione antinfluenzale e verifica delle coperture della coorte assistiti complessi e comorbidi sulla base della lista di cui all'Obiettivo 1 lett. B)	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% per il risultato di copertura vaccinale $\geq 75\%$ della popolazione target. Per il risultato di copertura vaccinale compreso nella fascia tra il 50% e il 74% della popolazione target, la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo è pari alla percentuale di copertura vaccinale raggiunta L'obiettivo si intende non raggiunto per il risultato di copertura vaccinale $< 50\%$ della popolazione target.	30

\* i dati utili alla valutazione saranno resi disponibili alle Aziende da INSIEL nel sistema Business Object tramite costruzione di apposite reportistiche che associano agli elenchi di cui al punto 1 la presenza della vaccinazione.

**a) Note:**

- I. Per l'anno 2020/2021, in caso di insufficiente fornitura di vaccini entro il 30/11/2020, l'obiettivo si intende comunque raggiunto qualora il MMG abbia utilizzato tutte le dosi di vaccino a lui rese disponibili.

	<b>A) obiettivo</b>	<b>B) azioni</b>	<b>C) indicatori/standard *</b>	<b>peso</b>
<b>3</b>	Vaccinazione antipneumococcica popolazione target di cui all'obiettivo 1.	Effettuazione della vaccinazione antipneumococcica e verifica delle coperture della coorte assistiti complessi e comorbidi sulla base della lista condivisa di cui al punto 1 lett. B)	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% per il risultato di copertura vaccinale $\geq 75\%$ della popolazione target. Per il risultato di copertura vaccinale compreso nella fascia tra il 50% e il 74% della popolazione target, la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo è pari alla percentuale di copertura vaccinale raggiunta L'obiettivo si intende non raggiunto per il risultato di copertura vaccinale $< 50\%$ della popolazione target.	30

\* i dati utili alla valutazione saranno resi disponibili alle Aziende da INSIEL nel sistema Business Object tramite costruzione di apposite reportistiche che associano agli elenchi di cui al punto 1 la presenza della vaccinazione.

**a) Note:**

- I. Per l'anno 2020/2021 in caso di insufficiente fornitura di vaccini entro il 30/11/2020 l'obiettivo si intende comunque raggiunto qualora il MMG abbia utilizzato tutte le dosi di vaccino a lui rese disponibili.

	<b>A) obiettivo</b>	<b>B) azioni</b>	<b>C) indicatori/standard *</b>	<b>peso</b>
<b>4</b>	Patient summary popolazione target	Condivisione delle informazioni sullo stato di salute riferito agli assistiti di cui all'Obiettivo 1 lett. B) in condizioni di complessità e comorbidità.	<p>Patient summary con i dati concordati presente nel FSE.</p> <p>L'obiettivo si intende raggiunto al 100% per il risultato di condivisione informazioni se è <math>\geq 75\%</math> della popolazione target.</p> <p>Per il risultato di condivisione informazioni compreso nella fascia tra il 50% e il 74% della popolazione target, la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo è pari alla percentuale di condivisione informazioni raggiunta.</p> <p>L'obiettivo si intende non raggiunto se il risultato di condivisione informazioni è <math>&lt; 50\%</math> della popolazione target.</p>	10

\* i dati utili alla valutazione saranno resi disponibili alle Aziende da INSIEL nel sistema Business Object tramite costruzione di apposite reportistiche che associano agli elenchi di cui al punto 1 la presenza del patient summary con i dati concordati (vedi elenco allegato)

**a) Note:**

- I. Per l'anno 2020 l'obiettivo si intende raggiunto qualora sia presente entro il 31/12/2020 il Patient summary con i dati concordati degli assistiti appartenenti alla lista di cui al punto 1 risultati positivi alla COVID al massimo di 10 pazienti.
- II. Il MMG è tenuto a segnalare tempestivamente al Distretto, che a sua volta segnala all'INSIEL, eventuali difficoltà di collegamento che rendano impossibile il raggiungimento dell'obiettivo.

	<b>A) Obiettivo</b>	<b>B) azioni</b>	<b>C) indicatori/standard *</b>	<b>peso</b>
<b>5</b>	Monitoraggio popolazione target come definita al punto 1 lett. B)	Monitoraggio clinico degli assistiti in condizioni di complessità e comorbidità	Contatto periodico e implementazione del relativo report sul Portale di Continuità della Cura mediante scheda di monitoraggio nel periodo come definito nelle note.	<b>20</b> (2020) <b>30</b> (2021)

\* Scheda di monitoraggio condivisa allegata (allegato 2) all'intesa 2020/2021 presente sul portale C.d.C.

**a) Note:**

- I. Per l'anno 2020 l'obiettivo si intende raggiunto qualora siano rendicontati sul Portale C.d.C. entro il 31/12/2020 i report degli assistiti appartenenti alla lista di cui al punto 1 risultati positivi alla COVID, al massimo di 10 pazienti, o, in assenza di assistiti appartenenti alla lista di cui all'Obiettivo 1. positivi al COVID, i report di n. 3 assistiti di cui alla medesima lista.
- II. Per l'anno 2021 l'obiettivo si intende raggiunto qualora siano rendicontati sul Portale C.d.C. almeno n. 4 report per assistito della popolazione target con cadenza trimestrale.

**Note metodologiche:**

- i. Tutti gli obiettivi indicati sono collegati esclusivamente alla performance individuale. Al punteggio (peso) in centesimi complessivamente conseguito da ogni MMG corrisponde in proporzione l'equivalente incentivo economico a risultato (100 punti = 8,00 euro/anno).
- ii. Con riferimento all'Area 2, obiettivo 2, lett. A) - Vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica - della DGR n. 269/2006 - AIR si precisa che viene mantenuto il compenso previsto per ciascuna prestazione vaccinale eseguita dal MMG utilizzando le dosi ricevute dalle Aziende Sanitarie ma che i € 2,00/vaccinazione per il conseguimento dell'eccellenza vanno ricompresi negli specifici obiettivi della presente intesa.
- iii. Per gli Obiettivi da 2 a 5, qualora per motivi non imputabili al Distretto o al MMG la tempistica di messa a disposizione di quanto previsto (dosi di vaccino, scheda di monitoraggio per la reportistica, patient summary, ecc.) da parte delle Amministrazioni coinvolte non fosse rispettata, il relativo obiettivo viene stralciato e il punteggio viene proporzionalmente ridistribuito su tutti gli altri obiettivi.

## Allegato 2

### Scheda periodica di monitoraggio delle persone presenti nella lista di cui all'Obiettivo 1

- a) Classificazione della persona in una delle nove categorie della Clinical Frailty Scale di Rockwood \* (allegato 3);
- 1 - MOLTO IN FORMA
  - 2 - IN FORMA
  - 3 - SE LA CAVA BENE
  - 4 - SE LA CAVA ABBASTANZA BENE
  - 5 - LEGGERMENTE FRAGILE
  - 6 - MODERATAMENTE FRAGILE
  - 7 - MOLTO FRAGILE
  - 8 - FRAGILITA' MOLTO GRAVE
  - 9 - MALATO TERMINALE
- b) Presenza caregiver o persona della rete familiare di riferimento
- NO
  - SI (indicare) \_\_\_\_\_
  - Contatti \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_
- c) Resa informazione sull'utilizzo dei DPI e sulle misure igieniche da seguire per prevenire la diffusione del Covid-19 in funzione del contesto epidemiologico\*\*
- SI
  - NO
- d) Come percepisce la sua salute\*\*\*:
- Eccellente
  - Molto buona
  - Buona
  - Passabile
  - Scadente
- e) Valori della temperatura corporea misurati e/o riferiti
- f) A domanda, riportare se manifesta
- dispnea
  - ageusia
  - anosmia
  - diarrea
- g) Diabetico

- NO
- SI - riportare valori della glicemia\*\*\*\*

h) Corretta assunzione dei farmaci abitualmente in uso

- SI
- NO – perché \_\_\_\_\_

\* I 7 stadi della versione originale inglese della Clinical Frailty Scale sono stati sviluppati da K. Rockwood e coll., testati psicometricamente (Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495) e applicati come parte dello studio canadese sulla salute e l'invecchiamento (CSHA) e ulteriormente sviluppati (Geriatric Medicine Research, Dalhous University. Clinical Frailty Scale [Internet]. 2007-2009, Version 1.2. [citati il 16.09.2014]. URL: [http://geriatricresearch.medicine.dal.ca/clinical\\_frailty\\_scale.htm](http://geriatricresearch.medicine.dal.ca/clinical_frailty_scale.htm)).

\*\* Se la persona non è autosufficiente o non è in grado di collaborare al monitoraggio fare riferimento al caregiver per l'integrazione delle informazioni.

\*\*\* È la prima domanda del questionario validato sullo stato di salute SF12.

\*\*\*\* Evidenza che valori glicemici tra 70 e 180 mg/dl siano associati a un più basso tasso di mortalità nelle persone affette da diabete mellito tipo 2 con Covid-19 (Guidance Addresses Elders With Diabetes During COVID-19 Miriam E. Tucker July 14, 2020).

## CLINICAL FRAILTY SCALE - SCALA CLINICA PER LA FRAGILITÀ\*



Questa scala clinica per valutare la fragilità del paziente deve essere utilizzata dal Medico di Medicina Generale e richiede il suo giudizio clinico. Il MMG deve inserire il paziente nella categoria che lo descrive meglio. Le diverse categorie sono ben illustrate nelle corrispondenti brevi descrizioni. La maggior parte degli aspetti da considerare sono ben noti ai Medici di Medicina Generale (ad esempio: se il paziente ha patologie attive, se esse sono ben controllate, o se il paziente presenta sintomi di malattia). Alcuni aspetti potrebbero richiedere domande aggiuntive da rivolgere al paziente (per esempio se lui/lei necessita di aiuto per attività strumentali della vita quotidiana di livello superiore (IADL) quali la gestione delle finanze, dei trasporti, l'effettuare lavori domestici pesanti, la gestione dei farmaci; se lui/lei ha bisogno di aiuto con tutte le attività all'aperto e con la cura della casa; o se lui/lei necessita di un aiuto anche per le attività di base come lavarsi o vestirsi).



### 1 – MOLTO IN FORMA

Persona **forte, attiva, energica e motivata**. Pratica **regolare esercizio fisico** e appartiene alla categoria di persone più in forma fra la propria fascia d'età.



### 6 – MODERATAMENTE FRAGILE

Queste persone hanno bisogno di **assistenza in tutte le attività esterne alla casa** e nella **gestione delle finanze**. Spesso hanno difficoltà a salire le scale, hanno bisogno di **aiuto per lavarsi** e possono avere bisogno di aiuto per vestirsi.



### 2 – IN FORMA

Persone che **non hanno sintomi della malattia attivi**, ma che sono meno in forma rispetto alle persone della categoria 1. Praticano spesso sport o sono **a volte** molto attive, a seconda della stagione



### 7 – MOLTO FRAGILE

**Completamente dipendenti per la cura personale**, per qualunque tipo di causa (fisica o cognitiva). Tuttavia, sembrano stabili e non ad alto rischio di morte (entro ~ 6 mesi).



### 3 – SE LA CAVA BENE

Persone, i cui **problemi medici sono ben monitorati**, ma **non sono** però **regolarmente attive** al di fuori della normale deambulazione quotidiana esterna.



### 8 – FRAGILITÀ MOLTO GRAVE

Queste persone **si avvicinano al decesso e sono completamente dipendenti dagli altri**. Se si ammalassero di qualsiasi malattia, molto probabilmente non riuscirebbero a riprendersi.



### 4 – SE LA CAVA ABBASTANZA BENE

Anche se **non** dipendenti dall'aiuto degli altri nella vita quotidiana, queste persone sono spesso limitate nelle loro attività **a causa di sintomi di malattia**. Spesso lamentano di sentirsi "rallentati" e / o stanchi durante il giorno.



### 9 - MALATO TERMINALE

Queste persone hanno un'**aspettativa di vita <6 mesi** e si avvicinano alla fine della vita, anche se la loro condizione non è così marcatamente visibile.



### 5 – LEGGERMENTE FRAGILE

Persone spesso evidentemente rallentate nei **movimenti** e nelle **attività più impegnative della vita quotidiana** (ad es. gestione delle finanze, locomozione, lavori domestici pesanti, gestione dei farmaci) e **hanno bisogno di aiuto**. Sono in genere sempre più limitate nello shopping, nella deambulazione autonoma, nella preparazione dei pasti e nei lavori domestici.