

**VERBALE DI INTESA TRA LA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA E LE  
ORGANIZZAZIONI SINDACALI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER LA  
DISCIPLINA DEI RAPPORTI 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 l'anno 2020 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 AAIRR 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 covid -19;
- 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.

Preso atto della "Ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992", stipulata il 28.10.2020, per il rafforzamento delle attività territoriali di

diagnostica di primo livello e di prevenzione della trasmissione di sars-cov-2 che sarà oggetto di separata intesa tra le parti;

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 multimorbidità, 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.

### 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 AAIRR 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 orografiche 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, anche in riferimento a quanto previsto al punto 7 dell'AIR PONTE 2019.

#### 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 di appartenenza.

La carta dei servizi deve prevedere, come contenuti minimi:

per la MGI:

- elenco dei compiti previsti in convenzione;
- finalità;
- orari di apertura degli studi (non meno di 8 ore equamente distribuite tra la fascia oraria mattutina e la fascia oraria pomeridiana);
- 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.

per gli studi singoli rimane quanto disposto dall'art.36 dell'ACN vigente.

#### 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 le prescrizioni attraverso la ricetta dematerializzata in tutti i casi previsti dall'ACN e dalla normativa vigente.

Ai fini 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-consulento 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. GESTIONE CASI SOSPETTI 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;



- valutano clinicamente la possibilità di eseguire i test antigenici rapidi ai sensi dell'ACN 28.10.2020 reso esecutivo mediante intesa sancita dalla Conferenza Permanente per i rapporti Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 30 ottobre 2020 e della relativa intesa regionale.

## 7. CAMPAGNA VACCINAZIONI

In funzione della pandemia Covid-19 per la stagione 2020-2021, al fine di facilitare la diagnosi differenziale delle patologie virali, è stata anticipata ed estesa la campagna vaccinale antinfluenzale secondo le indicazioni che sono pervenute 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.

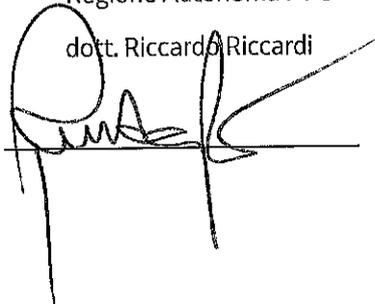
## 8. OBIETTIVI ASSISTENZIALI E GESTIONALI 2020/2021

La riorganizzazione dell'Assistenza Primaria come sopra delineata comporta una sostanziale ridefinizione del punto 8 dell'AIR ponte 2019 in funzione di obiettivi di salute che concorrono alla sostenibilità del sistema in questo particolare contesto epidemiologico. Indicatori degli obiettivi 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 ex art.8" al presente verbale di intesa.

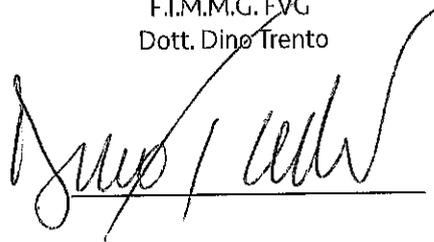
Luogo e data Trieste, 18 Novembre 2020

L'assessore alla salute, politiche sociali e disabilità  
Regione Autonoma FVG

dott. Riccardo Riccardi

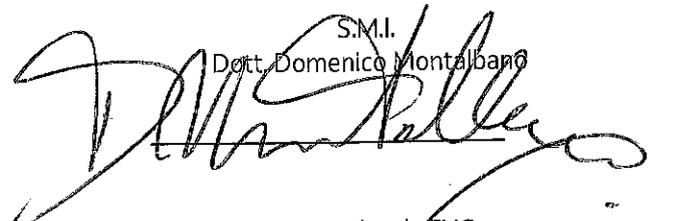


F.I.M.M.G. FVG  
Dott. Dino Trento



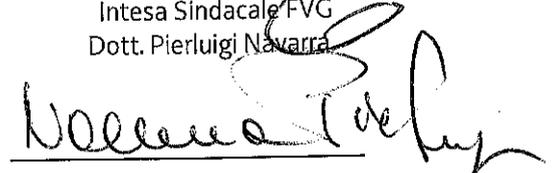
S.N.A.M.I.  
Dott. Stefano Vignando

S.M.I.  
Dott. Domenico Montalbano




---

Intesa Sindacale FVG  
Dott. Pierluigi Navarra



### Obiettivi ex punto 8 biennio 2020/21

	obiettivo	azioni*	indicatori/standard	peso
1	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 dal medico.	10

\*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.

#### Note:

Gli elenchi saranno definiti utilizzando lo strumento denominato ACG attraverso la selezione degli assistiti a cui il sistema ha assegnato le classi RUB 4 e 5. 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 medico aggiorna la propria lista nel Portale CdC entro il 31 dicembre 2020.

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 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.

Al fine di evitare carichi di lavoro non sostenibili, la popolazione target viene stabilita in massimo 100 assistiti. Qualora il n° totale sia superiore a 100, 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.

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.



	obiettivo	azioni	indicatori/standard *	peso
2	Copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione target di cui al punto 1	Effettuazione della vaccinazione antinfluenzale e verifica delle coperture della coorte assistiti complessi e comorbidi sulla base della lista condivisa di cui al punto 1	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% per il risultato di copertura vaccinale $\geq 75\%$ di tutta la popolazione target. Per il risultato di copertura vaccinale compreso nella fascia tra il 50% e il 74% di tutta la 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 $< 50\%$ di tutta la 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.

**Note:**

Per l'anno 2020, in caso di insufficiente o tardiva fornitura di vaccini, l'obiettivo si intende comunque raggiunto qualora il MMG abbia utilizzato tutte le dosi di vaccino a lui rese disponibili.

	obiettivo	azioni	indicatori/standard *	peso
3	Vaccinazione antipneumococcica popolazione target di cui al punto 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	L'obiettivo si intende raggiunto al 100% per il risultato di copertura vaccinale $\geq 75\%$ di tutta la popolazione target. Per il risultato di copertura vaccinale compreso nella fascia tra il 50% e il 74% di tutta la 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 $< 50\%$ di tutta la 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.

**Note:**

Per l'anno 2020 in caso di insufficiente o tardiva fornitura di vaccini, l'obiettivo si intende comunque raggiunto qualora il MMG abbia utilizzato tutte le dosi di vaccino a lui rese disponibili.

	obiettivo	azioni	indicatori/standard *	peso
4	Patient summary popolazione target	Condivisione delle informazioni sullo stato di salute lista assistiti di cui al punto 1 in condizioni di complessità e comorbidità	Patient summary con i dati concordati presente nel FSE. L'obiettivo si intende raggiunto al 100% per il risultato di condivisione informazioni se è $\geq 75\%$ di tutta la popolazione target. Per il risultato di condivisione informazioni compreso nella fascia tra il 50% e il 74% di tutta la popolazione target, la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo è pari alla percentuale di condivisione informazioni raggiunta. L'obiettivo si intende non raggiunto se il risultato di condivisione informazioni è $< 50\%$ di tutta la popolazione target.	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 esempio allegato)

**Note:**

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.

Il MMG è tenuto a segnalare tempestivamente al distretto e all'Insiel eventuali difficoltà di collegamento che gli rendano impossibile il raggiungimento dell'obiettivo.



	obiettivo	azioni	indicatori/standard *	peso
5	Monitoraggio popolazione target	Monitoraggio clinico lista assistiti di cui al punto 1 in condizioni di complessità e comorbidità	Contatto periodico con implementazione del relativo report sul Portale di Continuità della Cura mediante scheda di monitoraggio.	20

\* Scheda di monitoraggio condivisa allegata all'Intesa 2020/2021 presente sul portale CdC.

**Note:**

Per l'anno 2020 l'obiettivo si intende raggiunto qualora siano rendicontati sul Portale CdC entro il 31/12/2020 i report degli assistiti appartenenti alla lista di cui al punto 1 risultati positivi alla COVID o, in assenza, i report di n. 3 assistiti di cui alla medesima lista.

Per l'anno 2021 l'obiettivo si intende raggiunto qualora siano rendicontati sul Portale CdC almeno n. 4 report per assistito della popolazione target con cadenza trimestrale.

**Note metodologiche:**

Tutti gli obiettivi indicati sono collegati esclusivamente alla performance individuale. Al punteggio in centesimi complessivamente conseguito da ogni MMC corrisponde in proporzione l'equivalente incentivo economico a risultato (100 punti = 8,00 euro).

Con riferimento all'Area 2, obiettivo 2, lett. A) Vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica della DGR n. 269/2006, AIR Regionale, si precisa che viene mantenuto il compenso previsto per ciascuna prestazione vaccinale ricompresa nelle indicazioni della campagna vaccinale 2020-2021 (over 60 e categorie a rischio) ma che gli € 2,00/vaccinazione per il conseguimento dell'eccellenza vanno ricompresi negli obiettivi della presente intesa.

## Patient Summary - Scheda Sanitaria Individuale

<b>Paziente</b>	XXXXXXXXXX
<b>Data di nascita</b>	Dicembre 18, 1945
<b>Sesso</b>	Femmina
<b>Informazione di contatto</b>	VIA XXXXXXXXXXXX MOGGIO UDINESE, UD 33015, Italia Informazioni telefoniche non disponibili
<b>Id paziente</b>	XXXXXXXXXXXXXXXXXX 2.16.840.1.113883.2.9.4.3.2
<b>Id Documento</b>	204BRCRRT57D28L483T20171108100254UKBRM 2.16.840.1.113883.2.9.2.200.4.4
<b>Documento Creato:</b>	Novembre 8, 2017, 10:02:54 +0100
<b>Autore</b>	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX,
<b>Autenticatore legale</b>	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX firmato il Novembre 8, 2017, 10:02:54 +0100
<b>Documento mantenuto da</b>	060204 2.16.840.1.113883.2.9.4.1.1

### Sommario

- Allergie (farmacologiche) e reazioni avverse
- Terapia Farmacologica Continuativa
- Lista problemi rilevanti e diagnosi codificate
- Accertamenti diagnostici rilevanti ai fini delle patologie rilevate
- Abitudini di vita
- Stato corrente del paziente
- Visite

### Allergie (farmacologiche) e reazioni avverse

Nessuna allergia/reazione rilevata

### Terapia Farmacologica Continuativa

14/12/2016	ACEDIUR	12CPR 50MG+15MG	C09BA01
17/07/2017	ADALAT CRONO	14CPR 60MG RM	C08CA05
19/09/2017	ADALAT	50CPR RIV 20MG RM	C08CA05

### Lista problemi rilevanti e diagnosi codificate

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	19/09/2017	Active
CARDIOPATIA IPERTENSIVA	29/12/2015	Active
DIABETE MELLITO	29/12/2015	Active

### Accertamenti diagnostici rilevanti ai fini delle patologie rilevate

Nessun accertamento diagnostico rilevato

### Abitudini di vita

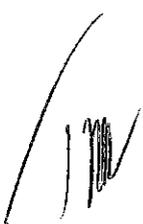
Alcool	51 grammi per settimana
Attività Fisica	Leggera

### Stato corrente del paziente

Nessuna informazione rilevata

### Visite

RICOV.CARDIOLOGIA	19/07/2017
RICOV.DERMATOLOGIA	31/07/2017
RICOV.CARDIOLOGIA	15/09/2017



**Scheda di monitoraggio delle persone presenti  
nella lista complessi e co-morbidi.**

a) Classificazione della persona in una delle nove categorie della Clinical Frailty Scale di Rockwood \*;

- 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, Dalhousie 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).



IL SEGRETARIO GENERALE



IL PRESIDENTE

