

VERBALE D'INTESA

TRA LA REGIONE E LE OOSS DELLA MEDICINA CONVENZIONATA

Venerdì 31 maggio 2013

- Sala Pedenin, Palazzo Balbi - Venezia -

Sono presenti l'Assessore e il Segretario regionale alla Sanità.

Viene affrontato il seguente ordine del giorno:

1. Permessi sindacali
2. Atti di indirizzo regionali per la Medicina Convenzionata:
 - forme associative,
 - informatizzazione,
 - schema tipo contratto di esercizio Medicina di Gruppo Integrata,
 - varie ed eventuali.

Con il presente documento, le Parti concordano sugli obiettivi fissati per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, come precisato nel nuovo PSSR, che individua le Aggregazioni Funzionali Territoriali (**AFT**) e, a regime per la medicina generale e la specialistica ambulatoriale interna, le Medicine di Gruppo Integrate (**MdGI**) disciplinate dal **Contratto di esercizio**. La Pianificazione aziendale, per l'attuazione degli atti regionali di programmazione, si realizza attraverso il **Piano aziendale** per lo sviluppo della medicina convenzionata, prevedendo per la medicina generale e la specialistica ambulatoriale interna un periodo transitorio fino al 31/12/2015, nel quale è possibile attivare le Medicine in **RETE** e in **GRUPPO**, quali forme transitorie verso la medicina di gruppo Integrata e a termine.

Nel sistema veneto la Medicina di gruppo Integrata si identifica con le Unità Complesse Cure primarie, di cui agli AA.CC.NN. e alle disposizioni della Legge cosiddetta "Balduzzi".

A) DIRITTI SINDACALI

Con propria nota informativa del 5 settembre 2012, a firma del Coordinatore della SISAC, indirizzata agli Assessorati regionali alla Sanità - a seguito del pronunciamento del Giudice del lavoro presso il Tribunale di Roma assunto in data 13 luglio 2012 nell'ambito del ricorso iscritto al n. 4627/2012 R.G.C.-, la Struttura Interregionale comunica che il Giudice ha espresso in materia di diritti sindacali (art. 21 ACN) i seguenti orientamenti (il testo viene letteralmente riportato come contenuto nella nota):

“- che anche il medico convenzionato di assistenza primaria ha diritto di assentarsi per espletare il proprio mandato di natura sindacale;

- che, in adesione al parere SISAC n. 227 del 1° marzo 2011, tale diritto vada garantito secondo le previsioni del vigente ACN e quindi debba necessariamente essere confinato nel limite delle ore per cui è prestata l'attività di sostituzione comunicata a norma dell'art. 21, comma 6;

- che l'onere del compenso spettante al sostituto è a carico del medico titolare anche se materialmente trattenuto e versato dalla ASL.

Tanto si rappresenta agli Assessorati in indirizzo per opportuna conoscenza e per il seguito di competenza ...”

La questione, per la rilevanza dei diritti coinvolti e per la potenziale estensione a tutte le categorie della Medicina Convenzionata, sarà oggetto di negoziazione nazionale.

Preso atto della decisione dei Presidenti delle Regioni di demandare la risoluzione della questione alla trattativa nazionale, viene confermata l'attuale prassi.

B) RETE E ALTRE DISPOSIZIONI

1. Di stabilire che nella fase di passaggio verso la messa a regime delle Medicine di Gruppo Integrate sul territorio regionale, cioè fino al 31 dicembre 2015, sono attivabili, sulla base della pianificazione aziendale, delle risorse disponibili e conformemente al disciplinare tecnico di riferimento, le seguenti forme associative:
 - Medicina di “nuova Rete”, definita dall’ACN e dall’attuale progetto di riordino dell’assistenza primaria come forma associativa di transizione verso la Medicina di Gruppo Integrata.
 - Medicina di gruppo, definita dall’ACN e dell’accordo regionale (DGR n. 4395 del 30/12/2005) per la Medicina Convenzionata.
2. Di prevedere che secondo la programmazione regionale le medicine di “nuova Rete” e di gruppo confluiscono nelle Medicine di Gruppo Integrate entro il 2015.
3. Di prevedere l’avvio delle Medicine di gruppo integrate conformemente al contratto di esercizio tipo.
4. Di disporre che la Medicina di Gruppo Integrata, la Medicina di Gruppo e la Nuova Rete siano disciplinate dal “contratto di esercizio-tipo”, previsto dalla DGR n. 1666 del 2011, allegato al presente verbale, che costituisce la base di discussione per la definizione, entro 30 gg., del contratto di esercizio-tipo tramite un apposito gruppo di lavoro.
5. Di prorogare i patti aziendali in vigore fino all’approvazione del nuovo contratto di esercizio tipo.
6. Di riclassificare le UTAP conformemente al contratto di esercizio-tipo per le Medicine di gruppo integrate, a parziale modifica ed integrazione della DGR n. 2864 del 28/12/2012.
7. Di stabilire che l’adesione dei MMG alle forme associative in oggetto è obbligatoria in quanto previsto dalla programmazione nazionale e regionale.
8. Di attribuire ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie l’obiettivo della realizzazione e attuazione del Piano aziendale per l’Assistenza primaria, anche agli effetti degli adempimenti agli obblighi del contratto individuale dei DDGG.
9. Di confermare il pagamento della quota contrattuale per gli obblighi derivanti dalla partecipazione alle attività delle Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici convenzionati, per l’espletamento delle attività previste:
 - € 0,81 Medici di Assistenza Primaria;
 - € 0,26 Medici di Continuità Assistenziale, Medici Emergenza Sanitaria Territoriali, Medici di Medicina dei Servizi Territoriali;
 - € 1,54 Medici Pediatri di Libera Scelta;
 - € 0,46 Specialisti Ambulatoriali Interni/Medici Veterinari a tempo indeterminato;
 - € 0,33 altre Professionalità (biologi, chimici, psicologi) a tempo indeterminato;
 - € 0,44 Specialisti Ambulatoriali Interni, Medici Veterinari, altre Professionalità a tempo determinato.
10. Di stabilire il seguente trattamento economico per la medicina in Nuova Rete: forma associativa 6,00.= euro Ass/Anno di cui € 4,70.= per indennità contrattuale e € 1,30.= per produttività conseguente alle attività previste dalla DGR n. 1510/2012; patti aziendali euro 4,45.= Ass/Anno, quota A e B (€ 3,10 + 1,35), a modifica ed integrazione della DGR n. 2864 del 28/12/2012.
11. Di approvare il quadro economico descritto, che prevede una maggiore spesa per anno di euro 15.177.924,81.= per le forme associative della Medicina Generale; i cui fondi sono previsti nei bilanci regionali dei relativi esercizi 2012 – 2013 per la fase di avvio e a regime nel riparto annuale del Fondo sanitario regionale alle Aziende, a modifica delle DD.G.R. n. 1510 del 31/07/2012 e n. 1666 del 7/08/2012.
12. Di impegnare la somma di € 8.267.404,40.= (*ottomilioniduecentosessantasettemilaquattrocento-quattro/40*), sul capitolo 101703 ad oggetto “*Spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA – gestione sanitaria accentrata presso la Regione. (Art. 20, c.1, punto B, lett. A), D.Lgs. n. 118/2011*” del bilancio 2013, che presenta la necessaria disponibilità.
13. Di erogare alle Aziende U.L.S.S. le somme corrispondenti, alle seguenti scadenze:
 - 50% all’esecutività del presente atto,
 - 50% restante, a saldo di quanto dovuto, previa relazione sullo sviluppo del progetto e sul consuntivo di spesa, entro il 31/12/2013.
14. Di stabilire la revisione del contenuto dei provvedimenti qui richiamati, nel caso la normativa nazionale e le disposizioni degli AACCN di settore definiscano situazioni di incompatibilità con gli indirizzi regionali in oggetto.
15. Di sostituire le disposizioni delle DD.G.R. n. 41 e n. 1666 del 2011 e n. 1510 e n. 1666 del 2012 con le indicazioni del presente verbale.

C) INFORMATIZZAZIONE

1. Di riconoscere un contributo pari a € 230,00.= + ENPAM mensile, da erogare per gli adempimenti sui flussi previsti da accordi nazionali e regionali per il triennio 2013-2015 ai MMG e PLS, comprensiva della indennità informatica pari a € 77,47.= mensili, prevista rispettivamente dall'art. 59, lettera B, comma 11 dell'ACN per la Medicina Generale del 23/03/2005 e s.m.i e dall'art. 58, lettera B, comma 10 dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta del 15/12/2005 e s.m.i.. Detto contributo sarà mantenuto anche nel caso in cui il nuovo accordo nazionale non preveda alcuna indennità informatica.
2. Di incaricare le Aziende del puntuale adempimento del presente atto per l'effettiva realizzazione del processo di informatizzazione della Medicina Convenzionata, precisando che i relativi oneri: saranno a carico dei bilanci aziendali in relazione ai medici di cui sopra convenzionati con l'azienda stessa.
3. Di disporre che le Aziende ULSS provvedano a garantire l'informatizzazione anche della continuità assistenziale e la specialistica ambulatoriale interna.

D) DISPOSIZIONI SPECIFICHE

Per la PLS, la CA e la SAI, saranno attivati, entro 30 giorni dalla data del presente Verbale, tavoli tecnici per individuare specifici progetti, in linea con il PSSR, nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza territoriale e nell'ottica dell'integrazione professionale.

E) PIANO AZIENDALE PER LO SVILUPPO DELLA MEDICINA CONVENZIONATA.

Il Piano Aziendale per il potenziamento della medicina convenzionata va elaborato/rimodulato, sentiti i Comitati aziendali della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta e i tavoli negoziali della SAI. Contenuto essenziale del Piano è lo sviluppo delle forme associative previste, autorizzate ed attivate, la quantificazione dei costi e l'individuazione delle MdGI/UTAP già in esercizio da riclassificare in base ai nuovi standard regionali.

Nella fase di elaborazione del Piano è necessario informare la Conferenza dei sindaci.

Una volta rimodulato, il Piano aziendale andrà sottoposto a verifica da parte della struttura regionale competente.

F) AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI

Entro 30 giorni dalla data del presente Verbale, saranno definite le attività delle AFT per i MMG, PLS e SAI e del relativo Coordinatore, attraverso un apposito gruppo tecnico di lavoro.

G) PRECISAZIONE

La Regione ritiene, considerato l'obbligatorietà della adesione alle AFT, al modello assistenziale regionale previsto per la Medicina Convenzionata e per le caratteristiche proprie della attività dei medici convenzionati, che l'organizzazione delle forme associative della stessa MC non possa mai assumere la qualifica di "*autonoma*".

H) ATTUAZIONE

Il presente Verbale sarà attuato con apposite delibere della Giunta regionale conformemente ai tempi tecnici occorrenti per tali adempimenti e al contenuto del presente atto.

D) ALLEGATO:

“*Contratto di Esercizio-tipo*” per le Medicine di Gruppo Integrate.

Venezia 31 maggio 2013.

Assessore alla Sanità
Segretario regionale per la Sanità

Firmato
Firmato

Le OOSS della Medicina Convenzionata:

– FIMMG	<i>Firmato</i>
– SNAMI	<i>Firmato</i>
– SMI	<i>Firmato</i>
– INTESA SINDACALE	<i>Firmato</i>
– CISL Medici	<i>Firmato</i>
– SUMAI ASSOPROF	<i>Firmato</i>
– FEDERAZIONE MEDICI - UIL FPL	<i>Firmato</i>
– FIMP	<i>Firmato</i>

“CONTRATTO DI ESERCIZIO-TIPO” PER LE MEDICINE DI GRUPPO INTEGRATE

	FATTORI DI QUALITÀ	OBIETTIVI	RISORSE
IMPEGNO PROFESSIONALE	Globalità ed Equità	<ul style="list-style-type: none"> - Esplicitazione nella Carta dei Servizi del “portafoglio” delle attività assistenziali, dalla promozione della salute alla palliazione: vengono esplicitati le attività preventive ed educative, i pacchetti di prestazioni non differibili¹, gli ambulatori delle patologie croniche finalizzati a soddisfare i bisogni essenziali. 	Indennità di gruppo ACN+ACR [€10,10]
		<p><u>Attività di prevenzione</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Registrazione in scheda sanitaria individuale del BMI, delle abitudini al fumo ed all’assunzione di bevande alcoliche, nonché il counselling medico e/o infermieristico sugli stili di vita (fumo, alcool, attività fisica, alimentazione, ecc.). - Attivazione di Gruppi di autoaiuto (fumo, alcool, ecc.) in collaborazione ed integrazione con il Distretto e realizzazione di programmi di educazione sanitaria a gruppi di pazienti, anche avvalendosi della collaborazione delle organizzazioni sociali (es. volontariato) e in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione - Valutazione attraverso la carta del rischio cardiovascolare a tutti gli assistiti di età >= 35 anni in 5 anni e gestione del rischio per livello di gravità secondo protocolli condivisi aziendali. - Facilitazione all’adesione ai programmi di screening approvati dalla Regione da parte degli assistiti ed alle campagne di vaccinazione. 	15% di [€10,10 + €4,45]
		<p><u>Assistenza dei malati cronici</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Attivazione nel triennio 2013-2015 almeno dei percorsi assistenziali aziendali del diabete, BPCO e dello scompenso cardiaco, oltre alle cure palliative. Si allega una prima lista di indicatori relativi alle principali patologie croniche che verranno implementati a livello regionale con le singole softwarehouse e come estrazione strutturata nelle schede sanitarie individuali. Per quanto riguarda la valorizzazione degli indicatori nel contratto di esercizio, <u>ogni Azienda ULSS selezionerà un set di indicatori più rilevanti a livello locale e definirà i relativi pesi e i valori soglia più appropriati</u>. La lista degli indicatori verrà sottoposta a revisione annualmente. - Partecipazione agli audit aziendali del diabete, BPCO, scompenso e cure palliative basati sull’analisi degli indicatori definiti a livello locale e sull’implementazione delle iniziative di miglioramento (almeno una all’anno). 	30% di [€10,10 + €4,45]

¹ Per prestazioni non differibili si intendono tutte le patologie acute (es. tonsilliti, attacco di asma, coliche addominali, ecc.) la cui diagnosi e terapia è eseguibile nell’ambulatorio del MMG.



	FATTORI DI QUALITÀ	OBIETTIVI	RISORSE
IMPEGNO PROFESSIONALE	Tenuta della scheda sanitaria individuale	<p><u>Utilizzo di un software unico tra i medici di famiglia della Medicina di Gruppo Integrata</u></p> <p>Al fine di consentire l'implementazione, lo sviluppo e la trasmissione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - profilo sanitario sintetico (patient summary) - documenti clinici a supporto dei PDTA concordati - specifici data set, comuni ai software dei diversi MMG (compresa la CA), devono essere, da un punto di vista logico e operativo, sempre in rete e raggiungibili tra di loro. 	<p>Indennità di gruppo ACN+ACR [€10,10]</p>
	informatizzata	<p><u>Indice ITOT con un valore soglia da migliorare progressivamente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Codifica e registrazione nella scheda sanitaria individuale delle diagnosi delle patologie a più elevata prevalenza, in questa fase almeno: diabete, scompenso cardiaco, tumori, cardiopatia ischemica, TIA-ICTUS, BPCO - registrazione di altre codifiche in relazione ai contenuti concordati del patient summary. 	<p>DGR n.2258/2011 e successive disposizioni regionali</p>
FATTORI ORGANIZZATIVI	Accessibilità	<p><u>La Medicina di Gruppo Integrata deve assicurare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - contattabilità telefonica (diretta o tramite call center o altro personale) e pronta disponibilità nell'arco delle 12 ore/die - apertura di almeno uno studio della sede centrale nelle fasce 9-12 e 16-19 - copertura oraria cumulata degli studi per almeno 10 ore/die - copertura oraria serale almeno fino alle ore 19 di almeno di uno studio - apertura di almeno uno studio il sabato mattina (ore 8.00-10.00) - programmazione degli accessi in ambulatorio su appuntamento (almeno parzialmente) - implementazione di metodi di medicina di iniziativa per i malati cronici 	<p>20% di [€10,10 + €1,45]</p>



	FATTORI DI QUALITÀ	OBIETTIVI	RISORSE
RESPONSABILIZZAZIONE	Sostenibilità economica	<p><u>Rispetto degli obiettivi assegnati alle Aziende ULSS con specifico provvedimento della Giunta Regionale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tasso ospedalizzazione standardizzato ...; - Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata determinato in base alla popolazione pesata ...; - Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante (tasso standardizzato esclusa la diagnostica di laboratorio) ...; - Costo annuo per residente pesato dell'assistenza specialistica, al netto dei costi generali e della diagnostica di laboratorio ...; - Rispetto dei protocolli di prioritarizzazione e delle modalità di prescrizione condivise, finalizzate al conseguimento degli obiettivi assegnati sulle liste di attesa <p>Le soglie di ciascun indicatore e per singola Medicina di Gruppo Integrata saranno definite a livello aziendale</p> <p>Vengono, inoltre, raccomandate le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rispetto dei percorsi aziendali diagnostico terapeutici e dell'appropriatezza prescrittiva - estensione a tutti delle terapie efficaci (es. terapia del dolore) - lotta ai sovra trattamenti (es. antibiotici, politerapia negli anziani, esami di laboratorio). 	<p>35% di [€10,10 + €1,45]</p>

L'integrazione con le professioni sanitarie, i medici di continuità assistenziale e gli specialisti (dipendenti, convenzionati o ~~libero~~ professionisti) dovrà essere realizzata secondo l'organizzazione aziendale e conformemente ai PDTA che definiscono il ruolo di ciascun soggetto e i relativi indicatori. Gli obiettivi assegnati alla Medicina di Gruppo Integrata dovranno essere condivisi da tutti i componenti del team.

**ALLEGATI (lista indicatori)****INDICATORI PER PDTA DIABETE TIPO 2 NON INSULINO TRATTATO (ca.50-70 pazienti per medico)**

gli indicatori sono misurabili a seguito di codifica dei pazienti

- 1) N pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 (ICD 250.% escluso 250._1% e 250._3%) (Numeratore)/totale pazienti di età ≥ 14 anni (Denominatore)
- 2) N pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di BMI nei 12 mesi precedenti la fine del periodo di osservazione (**Numeratore**) /totale pazienti di età ≥ 14 anni on diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (**Denominatore**)
- 3) N pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di fumo entro l'anno di osservazione (**Numeratore**) /totale pazienti di età ≥ 14 anni on diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (**Denominatore**)
- 4) N pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione la cui cartella riporta la valutazione dei polsi periferici nei 12 mesi precedenti la fine del periodo di osservazione (**Numeratore**) /totale pazienti di età ≥ 14 anni on diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (**Denominatore**)
- 5) N pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di PA entro l'anno di osservazione (**Numeratore**) /totale pazienti di età ≥ 14 anni on diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (**Denominatore**)
- 6) N pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di emoglobina glicata entro l'anno di osservazione (**Numeratore**) /totale pazienti di età ≥ 14 anni on diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (**Denominatore**)
- 7) N pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno un esame del fondo oculare nei 24 mesi precedenti la fine del periodo di osservazione (**Numeratore**) /totale pazienti di età ≥ 14 anni on diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (**Denominatore**)
- 8) N. pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione della microalbuminuria nei 12 mesi precedenti la fine del periodo di osservazione (**Numeratore**) / totale pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione (**Denominatore**)



- 9) N. pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di colesterolo LDL nei 12 mesi precedenti la fine del periodo di osservazione (**Numeratore**) / totale pa-zienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 nel periodo prece-dente l'anno di osservazione (**Denominatore**)
- 10) N. pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con ultimo valore di emoglobina glicata nell'anno di osservazione $\leq 7\%$ (**Numeratore**) / totale pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di emoglobina glicata nell'anno di osservazione (**Denominatore**)
- 11) N. pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con ultimo valore di PA nell'anno di osservazione $\leq 130/80$ mmhg (**Numeratore**) / totale pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di PA nell'anno di osservazione (**Denominatore**)
- 12) N. pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con ultimo valore di colesterolo LDL nell'anno di osservazione < 100 mg/d (**Numeratore**) / totale pazienti di età ≥ 14 anni con diagnosi di diabete mellito tipo 2 nel periodo precedente l'anno di osservazione con almeno una registrazione di colesterolo LDL nell'anno di osservazione (**Denominatore**)

INDICATORI PER PDTA SCOMPENSO CARDIACO (ca. 10-15 pazienti per medico)

- 1) N. di pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di scompenso cardiaco entro l'anno di osservazione (**Numeratore**) / totale dei pazienti di età ≥ 18 anni (**Denominatore**)
- 2) Rilevazione di indicatori di processo: PA e BMI semestrale
- 3) N. pazienti di età > 40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco con almeno una prescrizione di ACE-Inibitori/Sartani (codice ATC: C09) negli ultimi 365 giorni (**Numeratore**) / totale pazienti di età >40 anni con diagnosi di scompenso cardiaco (**Denominatore**)

INDICATORI PER PDTA BPCO

- 1) Numero pazienti di età ≥ 40 anni con diagnosi di BPCO (ICD9CM) / totale assistiti di età ≥ 40 anni
- 2) Numero di pazienti con BPCO con registrazione della stadi azione di malattia/ numero totale di pazienti con diagnosi di BPCO
- 3) Numero pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO con almeno una registrazione di **abitudine al fumo**/ totale degli assistiti di età ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO (Valore $\geq 80\%$)
- 4) Numero pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO con almeno una registrazione di **BMI** (con valore VEMS registrato) negli ultimi 24 mesi/ totale degli assistiti di età ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO (Valore $\geq 80\%$)



- 5) Numero pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO con almeno una registrazione di **vaccinazione antinfluenzale** negli ultimi 24 mesi/ totale degli assistiti di età ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO (Valore $\geq 80\%$)
- 6) Numero pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO con almeno una registrazione di **spirometria** negli ultimi 24 mesi/ totale degli assistiti di età ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO (Valore $\geq 80\%$)
- 7) Numero pazienti ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO **ricoverati** per riacutizzazioni della BPCO o malattie acute dell'apparato respiratorio/ totale pazienti di età ≥ 18 anni con diagnosi di BPCO (Valore da determinare)
- 8) Numero di pazienti “nuovi trattati”* con farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie diversi dagli ICS-LABA a dosi fisse/ numero totale di pazienti “nuovi trattati”* con farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie. (valore $\geq 75\%$)

*Assistiti a cui il proprio Curante ha prescritto almeno 3 confezioni di farmaci per i disturbi respiratori nell'anno di riferimento e che non abbiano avuto prescrizioni di farmaci per disturbi respiratori nei 12 mesi antecedenti.