

## 2.2.2 Appropriatelyzza della prescrizione farmaceutica (Accordo regionale artt. 16, 17, 18, 21, 22, 23)

### a) IMPEGNO DELLA ASL-RME

- ✍ L'Azienda Sanitaria Locale RME nel suo ruolo istituzionale si impegna a diffondere a tutti i MMG l'informazione relativa a: strategie aziendali, innovazioni nei servizi offerti, iniziative assistenziali, farmaci. Questo obiettivo può essere realizzato mediante mezzi tradizionali (invio per posta) oppure per via informatica (vedi art.7 del presente Accordo sulla comunicazione)
- ✍ L'Azienda faciliterà le azioni volte a sensibilizzare Regione, MMG, Aziende Ospedaliere ed Università al fine di incrementare la distribuzione diretta dei farmaci in dimissione, all'utilizzo del ricettario regionale per le prescrizioni diagnostico-terapeutiche, all'applicazione delle note AIFA ed in relazione alle norme che prevedono corretti rapporti professionali fra le varie categorie degli operatori sanitari che insistono sul territorio della ASL-RM
- ✍ L'Azienda Sanitaria Locale RME, nel quadro delle possibilità istituzionali, si impegna a far sì che quanto concordato con la Medicina Generale sui rapporti fra ospedale e territorio, ivi compreso il corretto utilizzo del ricettario regionale e l'applicazione delle note AIFA, sia reso noto e per quanto possibile applicato anche da strutture specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere appartenenti ad altre Aziende/Istituti privati accreditati che insistono sul territorio della ASL-RME
- ✍ Al fine di eliminare le distorsioni generate dal fenomeno dell'induzione e migliorare il livello di integrazione dei sistemi, l'Azienda ASL-RME, anche in riferimento ai principi dettati dalla Regione Lazio, mette in atto le seguenti azioni:
  - ✍ Consolidamento e sviluppo della distribuzione diretta dei farmaci, di cui alle deliberazioni della Regione Lazio, che sono distribuiti dall'Azienda come concordato nella Commissione appropriatezza;
  - ✍ Implementazione della distribuzione diretta per la prescrizione in dimissione dal ricovero ospedaliero e dalle visite specialistiche e farmaci prescritti ai pazienti in RSA, da realizzare attraverso le farmacie ospedaliere;
  - ✍ distribuzione diretta di farmaci ai cittadini, tramite i Medici dipendenti

dell'Azienda e gli Specialisti Ambulatoriali, che derivano dalle loro prestazioni mediante la, e, qualora ciò non sia possibile, attraverso la prescrizione su ricettario regionale;

✍ Aggiornamento da parte dell'azienda del Prontuario Terapeutico Ospedaliero per favorire l'erogazione diretta di farmaci in dimissione ospedaliera e ambulatoriale, formulato secondo principi di EBM e farmacoeconomici, in aderenza alle note AIFA. L'Azienda faciliterà il confronto di tale esperienza con le altre Aziende che insistono sul territorio aziendale.

✍ Inoltre, per le seguenti patologie è previsto che l'indicazione terapeutica da parte dello specialista, dipendente o convenzionato ASL-RME, faccia riferimento al solo principio attivo:

✍ Ipertensione arteriosa; Dislipidemie; Diabete mellito;

✍ Patologie acido-correlate;

✍ Asma e BPCO.

L'Azienda si impegna a confrontare tale esperienza con le altre Aziende che insistono sul territorio aziendale

✍ Potenziamento dell'attività della Commissione Appropriata (art. 18 Accordo regionale), quale strumento di concertazione di tutte le iniziative in materia di assistenza farmaceutica e specialistica. Alla stessa commissione si affida la funzione di verifica sui comportamenti prescrittivi da parte sia dei MMG che delle componenti sanitarie aziendali (dipendenti) rispetto alle indicazioni dell'Accordo regionale e alle indicazioni della Direzione Aziendale. A tal fine la Commissione viene integrata dal responsabile della struttura organizzativa coinvolta nella verifica. E' demandato alla commissione stessa il compito di condurre incontri per la valutazione del carico assistenziale con i MMG che presentino livelli di prescrizione superiori agli indicatori stabiliti nel presente accordo e che si vorranno sperimentare nel prossimo anno (vedi Obiettivi 2007 concordati fra le Parti nell'Art. 7.2.2.3).

✍ L'Azienda si impegna a realizzare, nel periodo di durata del presente Accordo incontri con la medicina generale finalizzati alla condivisione di linee guida e protocolli terapeutici basati sulla EBM e predisposti dalla Commissione Appropriata regionale ed aziendale (Accordo regionale artt. 18 e 21).

✍ La Direzione Sanitaria Aziendale si impegna ad effettuare controlli periodici sui medici dipendenti e convenzionati per verificare che le disposizioni Regionali e derivanti dal presente Accordo e da quanto disposto dalle Commissioni Appropriata vengano effettivamente attuate.

Gli obiettivi di appropriatezza si realizzano (sulla base di quanto raccolto, analizzato e rappresentato dall'Area del farmaco aziendale) anche attraverso l'individuazione da parte delle Commissioni Appropriatezza di aree di inappropriata prescrizione e proposta di soluzioni (con particolare riferimento ad appropriatezza e compliance nella gestione del rischio cardio-vascolare, nell'utilizzo dei farmaci inibitori di pompa, antinfiammatori, antimicrobici sia per os che per via parenterale, ecc.).

Attraverso le misure sopradescritte questo Accordo quadro mira a fornire al MMG tutti gli strumenti e tutte le informazioni, riguardanti la sua attività prescrittiva (farmaceutica, diagnostica e di ricovero), che gli consentiranno, secondo scienza e coscienza, di utilizzare le risorse disponibili in modo appropriato sul numero complessivo dei pazienti a suo carico e secondo una propria e indipendente pianificazione professionale legata ai reali bisogni di salute dei suoi assistiti.

Le ASL e le Aziende Ospedaliere, anche d'intesa tra loro, con la partecipazione dei rispettivi servizi farmaceutici, in accordo con le OO.SS. dei MMG firmatarie dell'Accordo regionale, curano la formazione e l'informazione del medico dipendente e convenzionato, sulla base delle linee guida elaborate in sede regionale, con particolare riguardo a:

- ✍ ?limitazioni di legge relative alla prescrivibilità e/o concedibilità dei farmaci a carico del SSN, con la relativa informazione al cittadino;
- ✍ ?modalità specifiche di prescrizione;
- ✍ ?responsabilizzazione del medico prescrivente all'uso corretto della modulistica vigente;
- ✍ ?piani terapeutici previsti dalle normative vigenti.

Sarà cura delle ASL e delle Aziende Ospedaliere favorire la massima diffusione delle Linee Guida e di quant'altro verrà prodotto dalla Regione nell'ambito di iniziative di coinvolgimento attivo, tra tutti gli attori del sistema interessati.

#### **b) IMPEGNO DELLA MEDICINA GENERALE**

Così come previsto nell'ACN/2005 i MMG, come d'altronde tutti i medici prescrittori, nella propria attività prescrittiva sono tenuti al rispetto degli adempimenti collegati agli obblighi di legge, con particolare riferimento alle note AI FA e ai Piani Diagnostico - Terapeutici, nonché al rispetto delle indicazioni all'uso dei farmaci come da scheda tecnica.

I MMG, come tutti i medici prescrittori, sono altresì tenuti ad informare i propri assistiti sulle limitazioni di legge relativamente alla concedibilità dei farmaci,

supportati dalle Aziende USL di appartenenza per la predisposizione del materiale informativo.

Le parti concordano sulla necessità di implementare, nei tempi più brevi possibili, il Prontuario Terapeutico Ospedaliero, orientandone e facilitandone l'utilizzo.

Pertanto nel quadro dell'appropriatezza farmaceutica le Parti condividono di sviluppare le seguenti azioni:

**a) Promozione appropriatezza prescrittiva farmaci IPP** (vedi nella scheda riassuntiva in coda al presente documento Obiettivo n°15)

- ? Rispetto delle indicazioni all'uso come da scheda tecnica
- ? Rispetto delle limitazioni riguardo la concedibilità a carico del SSN (note AI FA 1 e 48)
- ? Percorso di Audit specifico
- ? Implementazione prescrizione dei principi attivi che a parità di indicazioni e di efficacia garantiscono minor impiego di risorse, nel rispetto di LL.GG. internazionali e locali, con riferimento anche ai farmaci equivalenti

**b) Promozione appropriatezza prescrittiva farmaci antiipertensivi** (vedi nella scheda riassuntiva in coda al presente documento Obiettivo n°16):

- ? Farmaci attivi sul sistema renina/angiotensina (ACE/ Sartani) e Calcio-antagonisti
- ? Percorso di Audit specifico formativo
- ? Implementazione prescrizione dei principi attivi che a parità di indicazioni e di efficacia garantiscono minor impiego di risorse, nel rispetto di LL.GG. internazionali e locali (es ACE, calcio-antagonisti) , con riferimento anche ai farmaci equivalenti

**c) Promozione appropriatezza prescrittiva statine** (vedi nella scheda riassuntiva in coda al presente documento Obiettivo n°17).

- ? Rispetto delle indicazioni all'uso mediante implementazione applicazione pratica carta RCV
- ? Rispetto delle limitazioni riguardo la concedibilità a carico del SSN (note AI FA 13) con attenzione agli eventuali effetti secondari
- ? Percorso di Audit specifico formativo
- ? Implementazione prescrizione dei principi attivi che a parità di indicazioni e di efficacia garantiscono minor impiego di risorse, nel rispetto di LL.GG. internazionali e locali, con riferimento anche ai farmaci equivalenti

#### **d) Promozione appropriatezza prescrittiva statine**

(vedi nella scheda riassuntiva in coda al presente documento Obiettivo n°18):

Appropriatezza arruolamento in prevenzione secondaria e continuità terapeutica

? N° pazienti arruolati in prevenzione secondaria /N° pazienti con prescrizione di statine

(comunicazione arruolamento da parte dei MMG alla ASL-RME);

? n° DDD di statine prescritte in 12 mesi ai singoli pazienti

Indicatori: 1) arruolamento di almeno il 95% dei pazienti secondo le indicazioni della nota AIFA n. 13 in prevenzione secondaria 2) ogni singolo paziente dovrà ricevere almeno 10 mesi di terapia in un anno, eccettuati i casi in cui si rilevino possibili limitazioni d'uso per effetti secondari o controindicazioni.

e) Partecipazione del MMG alla rete di assistenza ai pazienti con demenza di Alzheimer ed altre sindromi dementigene (elaborazione e sviluppo del progetto nel 2007) (vedi scheda riassuntiva - Obiettivo n°12).

f) Partecipazione del MMG alla rete di assistenza ai pazienti con disturbi psichiatrici ed all'assistenza ai pazienti con disturbi emotivi comuni (elaborazione e sviluppo del progetto nel 2007) (vedi scheda Ob n°13).

g) Partecipazione dei MMG al miglioramento dell'appropriatezza per le richieste di PAC NODULO TIROI DEO (Percorso Diagnostico per la patologia nodulare della tiroide) e l'appropriatezza prescrittiva nella diagnostica di laboratorio per malattie della tiroide (TSH, FT3, FT4, a TG, aTPO)

#### **7.2.2.2 Appropriatezza nell'utilizzo dell'ospedale**

Dato l'obiettivo a tendere della Regione Lazio è quello di un tasso di ospedalizzazione del 185‰ (Tasso Ospedalizzazione regionale 2005: 243,1 *Rapporto ASP Lazio sui ricoveri 2005*) le Parti (fatto salvo diverso orientamento della Regione e sulla base dello sviluppo strategico e graduale delle cure territoriali primarie ed intermedie) condividono, come obiettivo aziendale relativo al miglioramento dell'utilizzo dell'ospedale, la riduzione progressiva dello scostamento attuale (Tasso Ospedalizzazione ASL-RME 2005: 283,8 ‰ *Rapporto ASP Lazio ricoveri 2005*) fino al riallineamento con l'obiettivo regionale, concentrando gli sforzi **nel 2007** sul

contenimento dei ricoveri per D.R.G medici con riduzione **di almeno il 20%** dei ricoveri per DRG ad alto rischio di inappropriatezza (vedi Lista ricoveri inappropriati DGR n°143 2006).

Il sistema incentivante collegato all'appropriatezza nell'utilizzo dell'ospedale farà riferimento al flusso dei dati, fornito dal Sistema Informativo Ospedaliero dell'A.S.P. Lazio, riferiti ai ricoveri 2006.

Tale obiettivo verrà elaborato in dettaglio durante il 2007 a livello del Comitato aziendale ex-art.23 sulla base dei dati e dei profili individuali che verranno messi a disposizione dalla ASL-RME.

Come già specificato l'incentivo definito per la farmaceutica verrà corrisposto integralmente soltanto al conseguimento dell'obiettivo relativo al tasso di ospedalizzazione. Qualora il decremento di detto tasso risulti inferiore i relativi incentivi saranno ridotti del 30%. Ove, viceversa, non si registri alcun decremento del tasso di ospedalizzazione non potrà essere corrisposto alcun incentivo.

### **7.2.2.3 Interrelazioni sull'utilizzo delle risorse assegnate**

Le Parti ritengono adeguato e corretto collegare gli incentivi aziendali al mix di utilizzo delle risorse così come pianificato secondo scienza e coscienza dal MMG in piena autonomia.

Pertanto l'incentivo sulla farmaceutica sarà erogato anche ai MMG (sia singoli che in associazione) che pur non avendo colto l'obbiettivo della spesa farmaceutica hanno un tasso di ospedalizzazione su assistito pesato inferiore del 30% alla media aziendale. Gli incentivi sulla farmaceutica saranno corrisposti anche ai MMG la cui spesa su assistito pesato per ospedalizzazione e specialistica sia inferiore di almeno il 20% rispetto alla spesa su assistito aziendale per ospedalizzazione e specialistica.

Ma, per le stesse correlazioni, l'incentivo definito per la farmaceutica verrà corrisposto integralmente soltanto al conseguimento dell'obiettivo relativo al tasso di ospedalizzazione. Qualora il decremento di detto tasso risulti inferiore i relativi incentivi saranno ridotti del 30%. Ove, viceversa, non si registri alcun decremento del tasso di ospedalizzazione previsto non potrà essere corrisposto alcun incentivo.

Pertanto le Parti concordano di costituire nel 2007 un Gruppo di lavoro ad hoc che cercherà, sulla base delle informazioni e delle evidenze scientifiche disponibili, di affrontare il problema dell'appropriatezza attraverso la costruzione e la sperimentazione di un modello di

valutazione basata sul case mix e sulla correlazione delle performance nelle diverse aree prescrittive (farmaceutica, diagnostica, ospedalizzazione) attraverso profili scientificamente confrontabili e personalizzati.

I risultati del Gruppo di lavoro verranno presentati ai MMG ed in seguito utilizzati al fine di collegare gli incentivi aziendali al mix di utilizzo delle risorse così come pianificato secondo scienza e coscienza dal MMG in piena autonomia.

#### **7.2.2.4 Appropriately della prescrizione farmaceutica (Accordo regionale artt. 16, 17, 18, 21, 22, 23)**

- ✍ Come già preannunciato nell'art. 3.6 dell'Accordo quadro pluriennale aziendale 2007-2009 (a cui si rimanda per il dettaglio delle funzioni che devono essere svolte dalla Commissione Appropriately) e nell'art. 5.1.4 dell'Accordo stesso, viene demandato alla Commissione Appropriately il compito di chiamare all'autovalutazione quei MMG che presentino livelli di prescrizione, al netto della spesa dei farmaci PHT (ad elevato tasso di induzione specialistica), **che risultassero particolarmente elevati** rispetto all'Indice di Riferimento Regionale aggiornato della Regione Lazio. I MMG saranno coinvolti durante l'anno con specifico monitoraggio tramite lo strumento del "Diagramma di dispersione", informativa puntuale e mirata sulla propria attività prescrittiva, condivisione di linee guida e protocolli terapeutici basati sulla EBM e predisposti dalla Commissione Appropriately regionale/aziendale e newsletter sulle maggiori evidenze scientifiche nell'area di interesse. Questi strumenti consentiranno ai MMG una specifica attività di auto-valutazione (audit clinico individuale o di UCP) che consenta loro, se ricorra il caso, di mettere in atto eventuali correttivi che vadano verso un miglioramento qualitativo dell'appropriately prescrittiva nel quadro delle risorse messe a sua disposizione.

Pertanto nel quadro dell'appropriately farmaceutica le Parti condividono di sviluppare le seguenti azioni:

#### **a) Promozione appropriately prescrittiva farmaci IPP** (vedi nella scheda riassuntiva Obiettivo n°15)

- ? Rispetto delle indicazioni all'uso come da scheda tecnica
- ? Rispetto delle limitazioni riguardo la concedibilità a carico del SSN (note AI FA 1 e 48)
- ? Percorso di Audit specifico formativo
- ? Implementazione prescrizione dei principi attivi che a parità di indicazioni e di efficacia garantiscono minor impiego di risorse, nel rispetto di LL.GG. internazionali e locali

Indicatori: % prescrizioni IPP che non rispettano note AI FA/totale prescrizioni IPP

Risultati attesi: Rispetto note AI FA 1 e 48

**b) Promozione appropriatezza prescrittiva farmaci antiipertensivi** (vedi nella scheda riassuntiva Obiettivo n°16):

- ? Farmaci attivi sul sistema renina/angiotensina (ACE/ Sartani)
- ? Percorso di Audit specifico formativo
- ? Implementazione prescrizione dei principi attivi che a parità di indicazioni, efficacia e sicurezza garantiscono minor impiego di risorse, nel rispetto di LL.GG. internazionali e locali (es ACE)
- ? Implementazione prescrizione farmaci equivalenti

Indicatori: % DDD ACE /totale DDD ACE+sartani

Risultati attesi: % ACE/ Tot ACE+Sartani > 62 %

**c) Promozione appropriatezza prescrittiva statine**

(vedi nella scheda riassuntiva in coda al presente documento Obiettivo n°17).

- ? Rispetto delle indicazioni all'uso mediante implementazione applicazione pratica carta RCV
- ? Rispetto delle limitazioni riguardo la concedibilità a carico del SSN (note AI FA 13)
- ? Percorso di Audit specifico formativo
- ? Implementazione prescrizione dei principi attivi che a parità di indicazioni e di efficacia garantiscono minor impiego di risorse, nel rispetto di LL.GG. internazionali e locali
- ? Implementazione prescrizione farmaci equivalenti

Indicatori: % DDD Statine equivalenti / Totale DDD statine

Risultati attesi: % DDD Statine equivalenti > 40%

**d) Promozione appropriatezza prescrittiva statine**

(vedi nella scheda riassuntiva in coda al presente documento Obiettivo n°18):

1) Prevenzione Primaria

Indicatori

- ? N pazienti con valutazione del RCV ed eventuale trattamento

Risultato atteso: rispetto Nota AI FA 13

Appropriatezza arruolamento e continuità terapeutica

2) Prevenzione secondaria

Indicatori:

- ? N° pazienti arruolati in prevenzione secondaria /N° pazienti con prescrizione di statine

(comunicazione arruolamento da parte dei MMG alla ASL-RME);

- ? n° DDD Statine prescritte in 12 mesi ai singoli pazienti

Risultati attesi:

a) arruolamento **di almeno il ...%** dei pazienti secondo le indicazioni della nota AI FA n. 13 in prevenzione secondaria

b) ogni singolo paziente dovrà ricevere almeno 10 mesi di terapia in un anno, salvo controindicazioni

### **Partecipazione del MMG al Fondo per lo sviluppo delle cure primarie:**

Dai dati regionali emerge con evidenza che il consumo di alcuni gruppi terapeutici di farmaci nella ASL-RME è fuori controllo, in crescita rispetto alla regione e alla nazione; i loro costi percentuali sembrano eccessivi rispetto all'epidemiologia del territorio, sul quale incidono troppe realtà aziendali autonome. I controlli effettuati nel passato sugli iperprescrittori non hanno sortito fino ad ora effetti concreti.

Pertanto, conseguentemente all'impegno formativo previsto nei punti precedenti A-B-C-D, le Parti intendono coniugare sempre più efficacemente, grazie anche all'utilizzo dello strumento di misurazione "Diagramma di dispersione", appropriatezza prescrittiva e rispetto dei vincoli di spesa programmata dalla Regione Lazio.

E proprio il perseguimento di questo obiettivo consentirà pertanto la creazione del Fondo per lo sviluppo delle cure primarie.

### **e) Partecipazione del MMG a titolo individuale al Fondo per lo sviluppo delle cure primarie:**

Spesa Farmaceutica per assistibile pesato in riferimento al rispetto del vincolo del 13% della spesa farmaceutica territoriale sul totale della spesa sanitaria (L. 405/2001), aggiornato annualmente (**da questo momento definito come "Indice di Riferimento Regionale": I.R.R.**) (vedi scheda riassuntiva Obiettivo n° 19).

Per meglio definire la reale attività prescrittiva del MMG si ritiene opportuno valutare la spesa Farmaceutica per assistibile pesato al netto dei farmaci del PHT. A tal fine i MMG si impegnano ad aderire al progetto di erogazione diretta dei farmaci PHT inviando attivamente i propri assistiti presso i punti di erogazione del servizio farmaceutico.

**Pre-requisito necessario per creare il Fondo e conseguentemente accedere al sistema premiante: crescita annuale spesa farmaceutica aziendale inferiore alla crescita media regionale, al netto del PHT**

Risultati attesi: Avvicinamento "all'Indice di Riferimento Regionale"

L'incentivo definito per la farmaceutica verrà corrisposto integralmente soltanto al conseguimento dell'obiettivo relativo al tasso di ospedalizzazione.

Qualora il decremento di detto tasso risulti inferiore i relativi incentivi saranno ridotti del 30%. Ove, viceversa, non si registri alcun decremento del tasso di ospedalizzazione non potrà essere corrisposto alcun incentivo.

a) Per coloro che sono attualmente con una spesa pro-capite uguale o inferiore all'Indice di Riferimento Regionale e mantengano tale performance crescendo meno della media regionale viene riconosciuto un incentivo pari a € 7 pro-capite che alimenterà il "Fondo per lo sviluppo delle cure primarie" (previa valutazione della Commissione Appropriata che in caso riscontri una inappropriata prescrizione in termini riduttivi incentiverà il MMG con la % definita per la quarta fascia)

b) Per coloro che sono attualmente con una spesa pro-capite superiore all'Indice di Riferimento Regionale e si avvicinino nel 2007 all'Indice di Riferimento Regionale viene riconosciuto un incentivo, che alimenterà il "Fondo per lo sviluppo delle cure primarie", basato sulle seguenti fasce:

PER MMG A LIVELLO INDIVIDUALE

Fasce	Spesa pro-capite pesata € - 2007	%, sulla riduzione della spesa pro-capite pesata 2007 vs 2006, da assegnare al Fondo
1°	>250 - 250	4%
2°	249-210	12%
3°	209-190	30%
4°	189-176	50%
5°	< = IRR (175)	€ 7 pro-capite

IRR = Indice di Riferimento Regionale 2006 pari a 175 € pro-capite

SIMULAZIONE x MMG con 1.000 scelte

n° assistiti	2006 Spesa pro-capite in €	2007 Spesa pro-capite in €	Max recupero in € 2007 vs 2006	% sul recupero che viene assegnato al Fondo	Recupero € pro-capite da assegnare al Fondo Cure Pr.	Recupero € x 1000 assist. per il Fondo Cure Primarie
1.000	350	250	100	4	4,00	4.000,00
1.000	249	210	39	12	5,46	5.460,00
1.000	209	190	19	30	6,08	6.080,00

1.000	189	176	13	50	6,50	6.500,00
1.000	175*	175*	= oppure <	€ 7 pro-capite	7,00	7.000,00

\*Indice di Riferimento

Reg. '06 = 175 € pro-capite

**f) Partecipazione del MMG in UCP al Fondo per lo sviluppo delle cure primarie:  
(aggiuntivo al livello individuale):**

Spesa Farmaceutica per assistibile pesato in riferimento al rispetto dell'Indice di Riferimento Regionale (vedi scheda riassuntiva Obiettivo n° 20).

Per meglio definire la reale attività prescrittiva del MMG in UCP si ritiene opportuno valutare la spesa Farmaceutica per assistibile pesato al netto dei farmaci del PHT. A tal fine i MMG dell'UCP si impegnano ad aderire al progetto di erogazione diretta dei farmaci PHT inviando attivamente i propri assistiti presso i punti di erogazione del servizio farmaceutico.

Pre-requisito necessario per creare il Fondo e conseguentemente accedere al sistema premiante: crescita annuale spesa farmaceutica aziendale inferiore alla crescita media regionale, al netto del PHT

Risultato atteso: Avvicinamento "all'Indice di Riferimento Regionale" = € X modulato per fasce

**PER MMG A LIVELLO DI UCP**

Fasce	Spesa pro-capite pesata € - 2007	%, sulla riduzione della spesa pro-capite pesata 2007 vs 2006, da assegnare al Fondo
1	>250 - 250	4%
2	249-210	12%
3	209-190	30%
4	189-176	50%
5	< = IRR (175)	€ 7 pro-capite

IRR = Indice di Riferimento Regionale pari a 175 € pro-capite nel 2006

L'incentivo definito per la farmaceutica verrà corrisposto integralmente soltanto al conseguimento dell'obiettivo relativo al tasso di ospedalizzazione. Qualora il decremento di detto tasso risulti inferiore i relativi incentivi saranno ridotti del 30%. Ove, viceversa, non si registri alcun decremento del tasso di ospedalizzazione non potrà essere corrisposto alcun incentivo.