



DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
Servizio Assistenza Sanitaria
di Base e Specialistica

Prot. n. R.A. 155238

Pescara, 25 LUG. 2011

**Alla Direzione Affari della Giunta
Politiche Legislative della Regione Abruzzo
Servizio B.U.R.A., pubblicità ed accesso
L'AQUILA**

OGGETTO: Pubblicazione BURAT. Decreto del Commissario ad acta n. 27/11 del 19.07.2011, avente ad oggetto "Tetti di spesa per le prestazioni dei medici convenzionati della Medicina di Base. Biennio 2011-2012 - percorsi attuativi per la definizione degli Accordi Integrativi Regionali".

Con la presente si invia, per la conseguente pubblicazione in forma integrale sul B.U.R.A., copia del Decreto del Commissario ad acta n. 27/11 del 19 luglio 2011, meglio specificata in oggetto, con i relativi allegati sub. A) - B) - C).

Si comunica, inoltre, di aver già provveduto a trasmettere i relativi files per e-mail.

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Nicola Allegrini

/Dam



**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA**
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2009)

PESCARA, DECRETO N° 27/2011

DEL 19 LUG. 2011

OGGETTO: TETTI DI SPESA PER LE PRESTAZIONI DEI MEDICI CONVENZIONATI DELLA MEDICINA DI BASE. BIENNIO 2011/2012. - PERCORSI ATTUATIVI PER LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 13.01.2010, siccome integrata dalla Deliberazione del 04.08.2010, con la quale la dr.ssa Giovanna Baraldi è stata nominata sub-commissario per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Abruzzo, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009;

CONSIDERATO che la predetta deliberazione individua fra le funzioni attribuite al Commissario, la realizzazione degli interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;

CONSIDERATO che gli interventi individuati dal Piano di Rientro sono per la Regione Abruzzo vincolanti;

TENUTO CONTO che dalla lettura dei commi 1-bis e 1-ter dell'art. 3 del D. Lgs. n° 229/1999, risulta che:

- le Aziende U.S.L. informano la loro attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie;
- l'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica;
- le Aziende U.S.L. si costituiscono in Aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali;
- la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con Legge Regionale;

TENUTO CONTO che il combinato disposto degli articoli 40 e 41 bis del D.Lgs. n. 165/2001 contempla la non applicazione dei contratti comportanti oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione qualora dai contratti integrativi derivino costi non compatibili con i rispettivi vincoli di bilancio;

1

TENUTO CONTO che il D.L. n. 78/2010, convertito in Legge n. 122/2010 dispone:

- all'art. 9, comma 17, che: "Non si dà luogo, senza possibilità di recupero, alle procedure contrattuali e negoziali relative al triennio 2010-2012 del personale di cui all'art. 2, comma 2, e articolo 3 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni...";
- all'art. 9, comma 24, che: "Le disposizioni recate dal comma 17 si applicano anche al personale convenzionato con il servizio sanitario nazionale";
- all'art. 9, comma 4, che: "I rinnovi contrattuali del personale dipendente dalle pubbliche amministrazioni per il biennio 2008-2009 ed i miglioramenti economici del rimanente personale in regime di diritto pubblico per il medesimo biennio non possono, in ogni caso, determinare aumenti retributivi superiori al 3,2 per cento";

TENUTO CONTO, da quanto sopra riportato, che i medici di famiglia non possono beneficiare negli anni 2011, 2012, 2013 di aumenti economici al pari del restante personale convenzionato e che, quindi, i loro compensi nel biennio 2011-2012 non possono superare annualmente quelli dell'anno 2010;

TENUTO CONTO dei dati forniti dalle Aziende U.S.L. sul numero degli assistiti e sui costi previsti dai vigenti Accordi Collettivi Nazionali (ACN) per retribuire i medici convenzionati;

TENUTO CONTO che il budget regionale utilizzabile per l'attuazione degli Accordi Integrativi Regionali (AIR) dei medici di assistenza primaria, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale e dell'emergenza sanitaria territoriale non può superare per il biennio 2011-2012 lo stanziamento previsto nell'anno 2010;

TENUTO CONTO del Programma Operativo 2011-2012 approvato con Decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro sanitario della Regione Abruzzo n. 22/2011 del 6 luglio 2011;

RITENUTO di recepire il "Documento preliminare per la definizione dei nuovi Accordi Integrativi Regionali" dell'Ufficio commissariale del 21 aprile 2011, condiviso con le Organizzazioni sindacali della Medicina di base (All.A);

RITENUTO di recepire nel presente decreto le risultanze dell'Intesa del 30 giugno 2011 con le Organizzazioni sindacali della Medicina Convenzionata di Base per la definizione dei tetti di spesa del biennio 2011-2012 e dei percorsi attuativi A.I.R. (All. B);

RITENUTO di stabilire che nel biennio 2011-2012 il tetto di spesa annuale per la medicina convenzionata di base ammonta ad € 153.453.353 (All. C) salvo incrementi economici che dovessero intervenire per norma di rango superiore (indennità di vacanza contrattuale e di altra natura);

RITENUTO di stabilire che nel biennio 2011-2012 il budget annuale AIR al netto degli incrementi AIR previsti negli ACN dei MMG e dei PLS dell'8 luglio 2010 ammonta ad € 20.095.834 in quanto tali incrementi sono stati trasferiti al 90 % nel monte compensi ACN secondo le modalità e proporzioni previste dalla contrattazione nazionale, il restante 10% con successivo decreto verrà utilizzato a favore di programmi d'integrazione tra continuità assistenziale, assistenza primaria e pediatria di libera scelta, così come previsto nelle dichiarazioni a verbale dei citati ACN dell'8 luglio 2010;

RITENUTO di ripartire tale disponibilità A.I.R. fra le suddette categorie mediche proporzionalmente al loro monte compensi da A.C.N. e fra le Aziende U.S.L. tenendo conto del numero degli assistiti dei medici di assistenza primaria e di pediatria di libera scelta e delle ore lavorate dai medici di continuità assistenziale e dell'emergenza sanitaria territoriale;



RITENUTO di precisare che le aziende sanitarie dovranno computare nelle spese ACN, limitatamente ai medici di assistenza primaria e di pediatria di libera scelta, anche la quota dei cessati tenendo conto del valore stabilito alla data del 31.12.2005 che verrà contabilizzato a parte nella quota di ponderazione qualitativa;

RITENUTO di rideterminare il budget anno 2012 limitatamente alla contabilizzazione centralizzata delle suddette quote dei cessati ed alla rimodulazione della spesa dei servizi di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale da realizzare sulla base di quanto previsto nel prossimo piano dell'emergenza-urgenza;

RITENUTO di stabilire che le risorse riferite alle voci compensative variabili ed a quelle derivanti dall'attuazione degli AIR anche in corso di definizione saranno legate al raggiungimento di obiettivi con indicatori e risultati misurabili;

RITENUTO, di stabilire che:

- l'entità complessiva della spesa A.S.L. riferita alle prestazioni di cui all'art. 59, lettera C, ACN 29.07.2009 per la medicina generale, è stabilita in 5,00 euro per assistito/anno per costituire il budget aziendale biennio 2011-2012;
- l'entità complessiva della spesa A.S.L. riferita alle prestazioni di cui all'art. 58, lettera C, ACN 29.07.2009 per la pediatria di libera scelta, è stabilita in 10,00 euro per assistito/anno per costituire il budget aziendale biennio 2011-2012;
- le risorse da ACN verranno obbligatoriamente assicurate al fine di garantire l'erogazione dei livelli essenziali d'assistenza;

RITENUTO di stabilire che le risorse economiche messe a disposizione dal CIPE per la linea progettuale "Cure Primarie" art. 1, commi 34 e 34 bis legge 662 del 23 dicembre 1996, saranno esclusivamente destinate alla riorganizzazione delle cure primarie secondo le linee progettuali approvate con Deliberazione della Giunta Regionale n. 412 del 15 giugno 2011, tenendo conto delle indicazioni della Direzione Politiche della Salute e delle strutture di programmazione delle Aziende USL e di quanto concertato con le Organizzazioni sindacali della medicina di base;

RITENUTO, altresì, di stabilire che:

- le Aziende U.S.L. provvederanno a trasmettere al Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica della Direzione Politiche della Salute i dati necessari al fine di monitorare trimestralmente il rispetto dei limiti di spesa previsti per la medicina convenzionata di base. Tali dati verranno messi a disposizione delle Organizzazioni sindacali;
- le Aziende U.S.S.L. possono procedere al trasferimento delle risorse residue dall'AA.CC.NN. all'AA.II.RR. e viceversa, per ciascun settore (AP, CA, EST, PLS), a consuntivo annuale, esclusivamente nell'ambito della definizione dei nuovi Accordi Integrativi Regionali che prevedono la definizione di obiettivi e la valutazione di risultati misurabili finalizzati alla realizzazione del programma operativo 2011-2012. Detto trasferimento potrà avvenire solo ed esclusivamente nel rispetto di quanto previsto dal già citato art. 9, comma 4 del D.L. n.78/2010, convertito in Legge n. 122/2010;
- le Aziende U.S.L. non potranno modificare i contenuti normativi ed economici degli AIR senza l'assenso dei Comitati consultivi regionali. In deroga a tale prescrizione le Aziende U.S.L. possono mantenere in essere i provvedimenti già adottati per il contenimento della spesa della medicina convenzionata di base fino alla definizione dei nuovi Accordi Regionali e comunque in caso di criticità saranno attivati i tavoli di contrattazione regionale, anche al fine di non creare disparità di trattamento economico tra aziende USL e tra medici per le medesime prestazioni ed indennità;
- le Aziende U.S.L. erogheranno gli arretrati accantonati negli esercizi di competenza relativi al biennio economico 2008-2009 così come previsti dagli ACN 8 luglio 2010;

CONSIDERATO che le motivazioni sopra addotte a sostegno del presente atto indicano l'urgenza e l'indifferibilità della emanazione dello stesso, tali da rinviare la trasmissione al Tavolo di monitoraggio del Piano di Risanamento del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009 – all'uopo costituito dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze al fine della corretta verifica degli adempimenti da porre in essere per l'esecuzione del Piano di Risanamento di cui sopra – per la dovuta valutazione, ordinariamente preventiva;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- di recepire il "Documento preliminare per la definizione dei nuovi Accordi Integrativi Regionali" dell'Ufficio commissariale del 21 aprile 2011, condiviso con le Organizzazioni sindacali della Medicina convenzionata di base (All. A);
- di recepire nel presente decreto le risultanze dell'Intesa del 30 giugno 2011 con le Organizzazioni sindacali della Medicina Convenzionata di Base per la definizione dei tetti di spesa del biennio 2011-2012 e dei percorsi attuativi AIR (All. B);
- di stabilire che nel biennio 2011-2012 il tetto di spesa annuale per la medicina convenzionata di base ammonta ad € 153.453.353 (All. C) salvo incrementi economici che dovessero intervenire per norma di rango superiore (indennità di vacanza contrattuale e di altra natura);
- di stabilire che nel biennio 2011-2012 il budget annuale AIR al netto degli incrementi AIR previsti negli ACN dei MMG e dei PLS dell'8 luglio 2010 ammonta ad € 20.095.834 in quanto tali incrementi sono stati trasferiti al 90 % nel monte compensi ACN secondo le modalità e proporzioni previste dalla contrattazione nazionale, il restante 10% con successivo decreto verrà utilizzato a favore di programmi d'integrazione tra continuità assistenziale, assistenza primaria e pediatria di libera scelta, così come previsto nelle dichiarazioni a verbale dei citati ACN dell'8 luglio 2010;
- di ripartire tale disponibilità A.I.R. fra le suddette categorie mediche proporzionalmente al loro monte compensi da A.C.N. e fra le Aziende U.S.L. tenendo conto del numero degli assistiti dei medici di assistenza primaria e di pediatria di libera scelta e delle ore lavorate dai medici di continuità assistenziale e dell'emergenza sanitaria territoriale;
- di precisare che le aziende sanitarie dovranno computare nelle spese ACN, limitatamente ai medici di assistenza primaria e di pediatria di libera scelta, anche la quota dei cessati tenendo conto del valore stabilito alla data del 31.12.2005 che verrà contabilizzato a parte nella quota di ponderazione qualitativa;
- di rideterminare il budget anno 2012 limitatamente alla contabilizzazione centralizzata delle suddette quote dei cessati ed alla rimodulazione della spesa dei servizi di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale da realizzare sulla base di quanto previsto nel prossimo piano dell'emergenza-urgenza;
- di stabilire che le risorse riferite alle voci compensative variabili ed a quelle derivanti dall'attuazione degli AIR anche in corso di definizione saranno legate al raggiungimento di obiettivi con indicatori e risultati misurabili;
- di stabilire che:

- l'entità complessiva della spesa A.S.L. riferita alle prestazioni di cui all'art. 59, lettera C, ACN 29.07.2009 per la medicina generale, è stabilita in 5,00 euro per assistito/anno per costituire il budget aziendale biennio 2011-2012;
 - l'entità complessiva della spesa A.S.L. riferita alle prestazioni di cui all'art. 58, lettera C, ACN 29.07.2009 per la pediatria di libera scelta, è stabilita in 10,00 euro per assistito/anno per costituire il budget aziendale biennio 2011-2012;
 - le risorse da ACN verranno obbligatoriamente assicurate al fine di garantire l'erogazione dei livelli essenziali d'assistenza;
- « di stabilire che le risorse economiche messe a disposizione dal CIPE per la linea progettuale "Cure Primarie" art. 7, commi 34 e 34 bis legge 662 del 23 dicembre 1996, saranno esclusivamente destinate alla riorganizzazione delle cure primarie secondo le linee progettuali approvate con Deliberazione della Giunta Regionale n. 412 del 15 giugno 2011, tenendo conto delle indicazioni della Direzione Politiche della Salute concertate con i Distretti sanitari di base e le Organizzazioni sindacali;
- « di stabilire che:
- le Aziende U.S.L. provvederanno a trasmettere al Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica della Direzione Politiche della Salute i dati necessari al fine di monitorare trimestralmente il rispetto dei limiti di spesa previsti per la medicina convenzionata di base. Tali dati verranno messi a disposizione delle Organizzazioni sindacali;
 - le Aziende UU.SS.LL. possono procedere al trasferimento delle risorse residue dall'AA.CC.NN. all'AA.II.RR. e viceversa, per ciascun settore (AP, CA, EST, PLS), a consuntivo annuale, esclusivamente nell'ambito della definizione dei nuovi Accordi Integrativi Regionali che prevedono la definizione di obiettivi e la valutazione di risultati misurabili finalizzati alla realizzazione del programma operativo 2011- 2012. Detto trasferimento potrà avvenire solo ed esclusivamente nel rispetto di quanto previsto dal già citato art. 9, comma 4 del D.L. n.78/2010, convertito in Legge n. 122/2010;
 - le Aziende U.S.L. non potranno modificare i contenuti normativi ed economici degli AIR senza l'assenso dei Comitati consultivi regionali. In deroga a tale prescrizione le Aziende U.S.L. possono mantenere in essere i provvedimenti già adottati per il contenimento della spesa della medicina convenzionata di base fino alla definizione dei nuovi Accordi Regionali e comunque in caso di criticità saranno attivati i tavoli di contrattazione regionale, anche al fine di non creare disparità di trattamento economico tra le Aziende USL e tra medici per le medesime prestazioni ed indennità;
 - le Aziende U.S.L. erogheranno gli arretrati accantonati negli esercizi di competenza relativi al biennio economico 2008-2009, così come previsti dagli ACN 8 luglio 2010;
 - copia del presente provvedimento dovrà essere trasmessa, a cura del competente Servizio della Direzione Politiche della Salute, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, siccome previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, nonché ai Direttori delle Aziende UU.SS.LL. d'Abruzzo;
 - il presente provvedimento dovrà essere pubblicato in forma integrale nel B.U.R.A.

Visto

Il Subcommissario

Dott.ssa Giovanna Baraldi

Il Commissario adiacuto

Dott. Giovanni Chiodi

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

11.06.2011 9 LUG. 2011

Il Responsabile dell'Ufficio

[Firma]

5

27 del 9 LUG 2011

Ufficio Commissariale

DOCUMENTO PRELIMINARE PER LA DEFINIZIONE DEI NUOVI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI

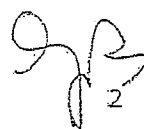
Il Piano Operativo 2011-2012 della Regione Abruzzo, si propone i seguenti obiettivi da condividere per step successivi e da realizzarsi nell'arco temporale di 2 anni (2011-2012).

Principali Linee di intervento:

1. Istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali della Medicina Generale, della Pediatria di LS e della Specialistica Ambulatoriale (entro il 31 maggio 2011) anche al fine di rendere attuativi i percorsi D.T. finalizzati al risparmio della spesa farmaceutica.
2. Riduzione della spesa farmaceutica rispetto a quanto previsto nel P.O. 2011-2012 (vedi allegato) attraverso:
 - a. definizione dei tre PDTA a maggiore impatto sulla spesa farmaceutica relativi alla Medicina Generale (BPCO, Diabete mellito, ipertensione arteriosa) ed alla Pediatria di Libera scelta (Asma, Polmoniti acquisite in comunità- CAP, Infezioni delle prime vie respiratorie) per la gestione integrata, resi operativi da apposita Delibera Commissariale, dopo condivisione con le figure professionali del settore (entro il 31 maggio 2011).
 - b. Definizione degli strumenti di monitoraggio validati dalla Regione per la valutazione dell'appropriatezza della spesa farmaceutica, calibrata su singolo medico, in accordo a quanto previsto ai c.15,16,17,18,19,20 art. 59 lett. B ACN Medicina Generale e c.14,15,16,17,18 art. 58 lett B ACN Pediatria di LS (entro il 30 giugno 2011) diversificando la quota variabile sul raggiungimento dei risultati di riduzione dell'inappropriatezza.
3. Definizione di almeno il 50% delle UCCP entro il 31 dicembre 2011 e dell'altro 50% entro il 31 dicembre 2012, in ottemperanza a quanto previsto al c.1 dell'art. 26 ter degli AACCN della MG, PLS, e Specialistica Ambulatoriale.

9/3

4. Distribuzione del fondo dei progetti obiettivo delle Cure Primarie, che comprende codici bianchi, riduzione delle liste d'attesa, governo della domanda di specialistica ambulatoriale nonché di alcune sperimentazioni innovative come l'Ospedale di Comunità, attraverso finanziamenti regionali ai sensi dell'art. 1 c.34 e 34 bis L. 23.12.1996 n.662 (Linee progettuali LP 1) entro 30 giugno 2011, collegandolo alla valutazione dei risultati di ciascun medico all'interno dell'UCCP.
5. Progettazione di un Piano di seminari di formazione/informazione sull'appropriatezza farmaceutica, da realizzare attraverso le ASL con il coinvolgimento di almeno il 30% di tutti i MMG entro il 2011.
6. Istituzione immediata dei Tavoli per la progettazione UCCP e progettazione dei Tavoli necessari presso l'Ufficio Commissariale.
7. Firma dell'Accordo Collettivo Nazionale entro il 31 maggio 2011.


2

ALLEGATO (estratto dal PO 2011-2012)

Come precisato in premessa la Regione Abruzzo è caratterizzata da un'elevata spesa farmaceutica pro capite. Tale spesa è condizionata anche dal fatto che si rileva un'elevata "inappropriatezza prescrittiva". In particolare, infatti, si registra un'elevata percentuale di prescrizioni relative a medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto, o a prezzo superiore rispetto ai medicinali appartenenti alla medesima categoria terapeutica equivalente.

Nel programma operativo 2010 la Regione si era impegnata nell'integrazione dei dati di assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica e specialistica ambulatoriale e condivisione degli stessi con i Medici di Medicina Generale. I flussi informativi sono stati integrati attraverso il "Cruscotto Integrato" del "Portale Tessera Sanitaria", ed è stato predisposto un primo esempio di sistema di reporting ed una metodologia per l'analisi della domanda soddisfatta per medico.

È stata avviata la condivisione della metodologia con le Asl, che a loro volta condivideranno i report di analisi con i medici (è stato redatto un calendario degli incontri della Regione con le Asl e di queste ultime con i MMG), al fine di portare a regime il sistema di monitoraggio.

L'obiettivo che la Regione intende perseguire è incrementare la prescrizione di farmaci equivalenti appartenenti alle classi/categorie terapeutiche alto spendenti definite da AIFA, in ottemperanza all'Art. 11 comma 7b del D.L. 78/2010, nelle "tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni sulla base dei migliori risultati in termini di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore rispetto al totale della medesima categoria terapeutica equivalente" in particolare per le classi ATC:

- Sartani (C09CA);
- Statine (C10AA);
- Inibitori di pompa (A02BC);
- Inibitori serotonina (N06AB);
- Ace Inibitori e sartani non associati (C09A + C09C);
- Ace inibitori e sartani associati (C09B + C09D).

I risultati programmati relativi al seguente intervento sono i seguenti:

Revisione dell'Accordo Integrativo Regionale con i MMG entro Aprile 2011 affinché il 50% della retribuzione variabile di questi sia collegata al raggiungimento nel 2011 del 30% dei risparmi ottenibili sulla base delle analisi messe a disposizione dal sistema Tessera Sanitaria (TS) per il 2010 e dell'ulteriore 50% nel 2012 portandosi a livelli di spesa in linea con le Regioni "virtuose".



Per procedere alla valorizzazione dell'intervento in questione è stato necessario individuare per l'anno 2010 la best practice regionale rappresentata dalla ASL con il consumo maggiore per classe/categoria terapeutica di farmaci equivalenti.

La simulazione del risparmio atteso nel 2011 per le categorie oggetto di monitoraggio misura la diminuzione teorica di spesa nell'ipotesi che tutte le ASL regionali raggiungano i livelli della ASL best in class a livello nazionale (vedi Tabella 1):

Tabella 11: Sintesi risparmi attesi

Classi ATC	Spesa netta 2010	Possibili risparmi ottenibili	% risparmio su spesa netta
Inibitori di pompa	19.670.213,36	6.833.687,02	35%
Ace inibitori e sartani non associati	21.179.351,64	4.422.498,18	21%
Ace inibitori e sartani associati	19.676.542,97	2.363.775,65	12%
Statine	19.132.308,74	1.429.120,06	7%
Inibitori serotonina	5.805.614,88	1.173.485,18	20%
Sartani ^(a)	13.707.642,17	510.121,92	4%
TOTALE	99.171.673,76	16.732.688,00	17%

La stima ottenuta è stata abbattuta prudenzialmente del 20% (pari a 3,3 milioni di euro) per tenere conto del rischio associato all'ipotesi di allineamento di tutte le ASL al valore della best in class. Pertanto si stima che la manovra pari a 13,4 milioni di euro a fronte del presente intervento possa attuarsi come segue:

- il 40% nell'anno 2011 per un valore pari a 5,4 milioni di euro
- il 60% nell'anno 2012 per un valore pari a 8,0 milioni di euro

Il piano viene condiviso con:

1. Impegno a presentare una delibera che uniformi i comportamenti dei Direttori Generali rispetto all'applicazione degli Accordi.
2. Valutazione delle prescrizioni indotte ed eventuali soluzioni.
3. Valutazione del costo economico delle UCCP.
4. Vengono istituiti i Tavoli finalizzati alla stipula degli A.I.R. finalizzati ad obiettivi, e quindi con la istituzione di appositi indicatori per i P.P. obiettivo.

I Tavoli riguardano:

- UCCP e conto economico

QR
04

- Spesa e appropriatezza farmaceutica
- Assistenza Domiciliare (ADI)
- Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali
- Taglio indennità ai collaboratori e inf di studi associati

Condividono:

Giovanna Baraldi	Sub Commissario	<i>firmato</i>
Amedeo Spinelli	CIPE	<i>firmato</i>
Piero Di Saverio	FIMP	<i>firmato</i>
Walter Palumbo	SIMET	<i>firmato</i>
Mariagrazia Terenzio	FIMMG	<i>firmato</i>
Mirella Triozzi	SMI	<i>firmato</i>
Silvio Basile	SMI	<i>firmato</i>

27 19 LUG. 2011
n. del

Allegato B)

TETTI DI SPESA PER LE PRESTAZIONI DEI MEDICI CONVENZIONATI DELLA MEDICINA DI BASE BIENNIO 2011-2012. PERCORSI ATTUATIVI PER LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI

In data 30 giugno 2011 alle ore 12:00 ha avuto luogo l'incontro per stabilire i tetti di spesa per le prestazioni dei medici convenzionati della medicina di base, biennio 2011-2012, ed i percorsi attuativi per la definizione degli Accordi Integrativi Regionali tra

il Sub Commissario ad Acta Dott.ssa Giovanna Baraldi
e le seguenti OO.SS.

firmato

Giancarlo Rossetti **FIMMG**
Silvio Basile **SMI**
Nicola Grimaldi **SNAMI**
Walter Palumbo **SIMET**
Piero Di Saverio **FIMP**

firmato

firmato

firmato

firmato

firmato

La riunione inizia con la presentazione dei calcoli ACN risultato del lavoro del Tavolo delle riunioni precedenti.

Tali calcoli sono il frutto del recepimento, di tutte le osservazioni condivise, da parte dell'Ufficio Finanziario.

Per quanto riguarda la quota dei "cessati" tetto di spesa anno 2011, si concorda di individuare, nella fase di contabilizzazione delle spese ACN, il valore fotografato alla data 31.12.2005 evidenziandolo e contabilizzandolo a parte nella quota di ponderazione qualitativa, di cui al comma 4. Il discorso vale anche per la pediatria. Dal 2012 verrà direttamente centralizzato a livello di previsione di spesa individuata come "quota cessati" di cui al comma 5 e 6. [ACN 29 luglio 2009- art. 59 lett. A per i MMG e art. 58 lett. A dei PLS].

Per quanto riguarda l'assistenza ai cronici la quota capitaria è determinata a livello regionale con quota capitaria regionale.

Per quanto riguarda la quota AIR da contratto 8 luglio 2010 è determinata a livello regionale una quota che verrà attribuita agli > 75enni per la media base e < 6enni ai Pediatri.

Per quanto riguarda l'AIR questa voce è stata calcolata nettandola della quota trasferita all'ACN in base all'accordo 8 luglio 2010 [~~art. 8 commi 7-8 e anche~~] art. 8 e comma 2 [per i MMG e art. 10 comma 2 per i PLS].

E' stata determinata per categoria e per ASL in base all'accordo collettivo nazionale rideterminando il tetto a 153.453.353 complessivo.

L'AIR per ogni singola categoria medica è stato calcolato proporzionalmente al monte compensi del corrispettivo ACN.

Si condivide il tetto di spese 2011 che viene replicato per il 2012 in un decreto che il Dott. Allegrini formulerà.

Nella narrativa si dovrà scrivere che nei prossimi mesi con le modifiche delle organizzazioni della Guardia Medica, verrà rimodulato il testo correlato per l'anno 2012.

Risultati:

- 1) Definizione dei tetti condivisi;
- 2) Condivisione di questi principi.

Le somme riferite a voci variabili e voci AIR potranno essere usate per azioni riferite a obiettivi con indicatori e risultati misurabili.

Le azioni saranno decise a livello regionale tra OO.SS. e Ufficio Commissariale e da tale livello verranno emanate alcune linee guida operative entro il 31 luglio c.a. come è stato fatto per la spesa farmaceutica.

Gli obiettivi e le azioni verranno discussi la prossima riunione ed i valori economici a disposizione.

Il Sub Commissario ed Allegrini porteranno un' ipotesi di decreto per la costituzione AFT.

Le OO.SS. si impegnano a fornire una ipotesi di linee guide per la definizione di modelli organizzativi territoriali.

Dichiarazione a verbale dello SMI (Medicina Generale)

[lo] SMI [firma] con riserva di far pervenire considerazioni sull'AIR

[...] indica parole aggiunte dal trascrittore.

[--] indica parole cancellate dal trascrittore.

Il rappresentante del sindacato CIPE era presente senza delega.

LB

n. 27 del 19 Lug. 2011

Allegato C)

TETTI DI SPESA MEDICINA CONVENZIONATA DI BASE BIENNIO 2011-2012

A.C.N. ANNO 2011						A.C.N. ANNO 2012					
ACN	AP	PLS	CA	EST	TOTALI	AP	PLS	CA	EST	TOTALI	
ACN 201	20.737.344	4.341.824	4.649.998	1.687.483	31.416.649	20.737.344	4.341.824	4.649.998	1.687.483	31.416.649	
ACN 202	26.418.399	6.382.701	5.434.917	1.323.929	39.559.947	26.418.399	6.382.701	5.434.917	1.323.929	39.559.947	
ACN 203	21.429.051	5.543.067	3.465.223	965.718	31.403.059	21.429.051	5.543.067	3.465.223	965.718	31.403.059	
ACN 204	20.761.855	4.954.380	3.604.448	1.657.181	30.977.864	20.761.855	4.954.380	3.604.448	1.657.181	30.977.864	
ACN REGI	89.346.649	21.221.972	17.154.587	5.634.311	133.357.519	89.346.649	21.221.972	17.154.587	5.634.311	133.357.519	

A.I.R. ANNO 2011						A.I.R. ANNO 2012					
AIR	AP	PLS	CA	EST	TOTALI	AP	PLS	CA	EST	TOTALI	
AIR 201	3.124.940	654.276	700.715	254.289	4.734.219	3.124.940	654.276	700.715	254.289	4.734.219	
AIR 202	3.981.026	961.818	818.995	199.505	5.961.344	3.981.026	961.818	818.995	199.505	5.961.344	
AIR 203	3.229.174	835.293	522.179	145.525	4.732.172	3.229.174	835.293	522.179	145.525	4.732.172	
AIR 204	3.128.633	746.583	543.159	249.723	4.668.098	3.128.633	746.583	543.159	249.723	4.668.098	
AIR REGI	13.463.773	3.197.969	2.585.049	849.042	20.095.834	13.463.773	3.197.969	2.585.049	849.042	20.095.834	

A.C.N. + A.I.R. ANNO 2011						A.C.N. + A.I.R. ANNO 2012					
102.810.422	24.419.941	19.739.636	6.483.354	153.453.353		102.810.422	24.419.941	19.739.636	6.483.354	153.453.353	

88