



**PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA**

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

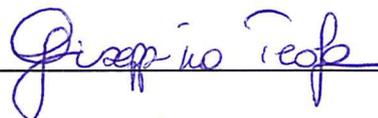
DECRETO

N. 01

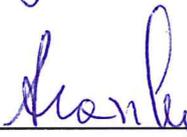
IN DATA 22/01/2016

OGGETTO: Assegnazione ai medici di medicina generale dell'obiettivo di razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica territoriale. Approvazione metodologia.

Il Responsabile dell'istruttoria
(dott.ssa Giuseppina Trofa)



Il Direttore del Servizio Politica del Farmaco
(dott.ssa Antonella Lavalle)



Il Direttore Generale per la Salute
(dott.ssa Marinella D'Innocenzo)



VISTO: Il Sub Commissario Ad Acta
(dott. Gerardo di Martino)





PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 01

IN DATA 22/01/2016

OGGETTO: Assegnazione ai medici di medicina generale dell'obiettivo di razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica territoriale. Approvazione metodologia.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che, con delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente *pro tempore* della Regione Molise, Arch. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione dell'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013-2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135) e di procedere alla loro attuazione;

VISTA la successiva deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18 maggio 2015;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario;

VISTO il Decreto legislativo n. 502/92, "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche e integrazioni;

VISTO l' "Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale", sancito in data 23 marzo 2005 dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano e s.m.i.;

VISTO l' "Accordo Decentrato Regionale" in vigore, approvato con D.G.R. 27 febbraio 2007, n. 173 ed, in particolare, l'art. 14 ad oggetto "Trattamento economico – art. 59 A.C.N.", comma 2, che ha

stabilito di riconoscere la quota capitaria regionale provvisoria di cui all'art. 59, lettera B - commi 15,16,17 - dell' A.C.N. 23/03/2005, pari a 3,08/assistito/anno ai MMG che partecipano a progetti-obiettivo regionali;

RICHIAMATI i decreti commissariali:

- n. 31 del 13 luglio 2012 "*Assegnazione ai medici di medicina generale dell'obiettivo di razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica convenzionata*" - *cd. progetto di budget* - con il quale è stato assegnato ai MMG l'obiettivo di razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica convenzionata per l'anno 2012 e seguenti;
- n. 36 del 28 novembre 2013, "*Spesa farmaceutica territoriale. Obiettivi di contenimento e azione di ripiano anno 2013*", con il quale è stato ridefinito l'obiettivo di razionalizzazione/contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, assegnato ai Medici di Medicina Generale con DCA n. 31/2012, in termini di percentuale di allineamento della spesa *pro capite* media del Molise ai valori della medesima spesa del *Panel* di regioni di riferimento nell'arco temporale ultimo trimestre 2013 - anno 2016, stabilendo determinate percentuali di recupero;

PRESO ATTO che nella seduta del Comitato Permanente Regionale dei Medici di Medicina Generale, tenutasi in data 27 ottobre 2015, in riferimento al 1° punto posto all'ordine del giorno, ovvero "*DCA n. 31 del 13/07/2012. Modifica metodologia applicativa*", è emersa la necessità di apportare correzioni alla vigente metodologia applicativa del *progetto di budget*, come ivi descritto, riguardanti nello specifico:

- sostituzione del parametro "panel regioni virtuose" con il parametro "spesa farmaceutica regionale lorda pro-capite Molise";
- snellimento e riduzione a n. 4 fasce "Z-score" (A-B-C-D) di posizionamento dei MMG;

PRESO ATTO, inoltre, della proposta presentata, dal competente Servizio "Politica del Farmaco" della Direzione Generale per la Salute - nota prot. n. 1337 del 07.01.2016 - , in esito alla seduta anzidetta del Comitato Permanente Regionale dei Medici di Medicina Generale, ad oggetto "*Il metodo della valutazione comparativa*" recante la rimodulazione della metodologia in vigore, applicativa del *progetto di budget*, mediante:

- l'individuazione della spesa farmaceutica territoriale pro-capite lorda del Molise, a valere quale parametro cui correlare la procedura valutativa dei MMG secondo il "metodo della valutazione comparativa" in sostituzione della metodologia fondata sul parametro "panel regioni benchmark", stante la difficoltà di comparazione dei sistemi farmaceutici regionali per effetto delle differenti politiche di governo attuative della legge n. 405/2001e s.m.i.;
- l'individuazione di n. 4 fasce Z-score di posizionamento dei MMG (A-B-C-D), stante l'eccessivo dettaglio elaborativo riferito alle attuali n. 6 fasce di valutazione comparativa dei MMG;

PRESO ATTO, infine, che dai dati relativi all'andamento della spesa farmaceutica territoriale, di cui al monitoraggio effettuato dall'AIFA nel periodo gennaio-luglio 2015 - seduta del CdA del 20 ottobre 2015 - è emerso un valore di scostamento dal tetto finanziato dal SSN - 11,35% - fissato dall'art. 15, comma 3, del D.L. 95/2012 convertito con modificazioni dalla L. 135/2012, *al netto della spesa per i farmaci DAA*, pari a circa: 8% (cfr. All.A);

RITENUTO, pertanto, di:

- approvare il documento tecnico, innanzi richiamato, recante *“Il metodo della valutazione comparativa”*, ivi allegato quale parte integrante e sostanziale (All.A);
- assegnare ai Medici di Medicina Generale, per il biennio 2016-2017, l’obiettivo di riduzione, pari a *“8 % della spesa farmaceutica territoriale pro capite lorda, registrata nel periodo gennaio-luglio 2015”*, nell’ambito del progetto-obiettivo regionale ex D.C.A. n. 31/2012 e s.m.i., *cd. progetto di budget*, ai sensi dell’art. 14, comma 2 dell’ *“Accordo Decentrato Regionale”* approvato con D.G.R. n. 173/2007;

in virtù dei poteri conferiti con la Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18 maggio 2015,

DECRETA

per quanto esposto in premessa, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

di prendere atto:

- delle risultanze di cui al verbale, in data 27 ottobre 2015, del Comitato Permanente Regionale dei Medici di Medicina Generale, agli atti del Servizio *“Politiche delle Risorse Umane del SSR, Formazione ed ECM”* della Direzione Generale per la Salute, in riferimento al 1° punto posto all’ordine del giorno, ovvero *“DCA n. 31 del 13/07/2012. Modifica metodologia applicativa” - progetto di budget -* ;
- della conseguente proposta tecnica di rimodulazione della metodologia in vigore, applicativa del *progetto di budget*, presentata dal competente Servizio *“Politica del Farmaco”* della Direzione Generale per la Salute - nota prot. n. 1337 del 07.01.2016 - , di cui al documento tecnico, ad oggetto *“Il metodo della valutazione comparativa”*,

di approvare il documento tecnico anzidetto, recante *“Il metodo della valutazione comparativa”*, ivi allegato quale parte integrante e sostanziale (All.A);

di assegnare ai Medici di Medicina Generale, per il biennio 2016-2017, l’obiettivo di riduzione, pari a: *“ 8 % della spesa farmaceutica territoriale pro capite lorda, registrata nel periodo gennaio-luglio 2015”*, nell’ambito del progetto-obiettivo regionale ex D.C.A. n. 31/2012 e s.m.i., *progetto di budget*, ai sensi dell’art. 14, comma 2 dell’ *“Accordo Decentrato Regionale”* approvato con D.G.R. n. 173/2007 ;

di notificare il presente Decreto alla Direzione Generale ASReM;

di demandare alla Direzione Generale per la Salute, Servizio Politica del Farmaco, ogni conseguente atto di esecuzione delle disposizioni di cui al presente decreto.

Il presente decreto, composto da n. 4 pagine, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA
Paolo di Laura Frattura

All. A)

Premessa

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica territoriale, al fine di consentire il rispetto del tetto finanziato dal SSN - 11,35% - fissato dall'art. 15, comma 3, del D.L. 95/2012 convertito con modificazioni dalla L. 135/2012, agendo nel contempo sulle prevalenti criticità presenti in Molise, riguardanti i livelli di spesa e di consumo e i diffusi fenomeni di inappropriata prescrivibilità, si individua il valore pari all'8% - (equivalente a circa 17 € per assistibile)¹ - quale obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica lorda pro-capite registrata nel periodo gennaio-luglio 2015, al netto dei farmaci DAA per l'epatite C, nel biennio 2016-2017.

Per la verifica degli andamenti complessivi dei livelli di spesa farmaceutica territoriale viene fatto riferimento al "Monitoraggio" curato da AIFA quale adempimento ai sensi della Legge 222/2007.

L'attenzione deve essere orientata specialmente sulla popolazione politrattata cronica, nonché sulle maggiori criticità che sono state rilevate, quali l'impiego prevalente dei sartani (associati e non) rispetto agli ACE-inibitori, il ricorso eccessivo agli antibatterici in generale ed in particolare nella forma iniettiva, il costo assai elevato dei trattamenti con statine, il ricorso massivo quanto spesso improprio agli inibitori della pompa protonica, l'eccessivo impiego dei FANS ed in specie ai coxib.

La principale misura, volta al contenimento dei livelli di spesa farmaceutica, è costituita dalla responsabilizzazione dei medici di medicina generale per la loro preminente funzione di individuazione dei bisogni sanitari della popolazione assistibile.

La valutazione dei medici di medicina generale riguardo all'assistenza farmaceutica territoriale, adottando la metodologia descritta di seguito, punta dunque alla qualificazione dei comportamenti prescrittivi, migliorandone l'appropriatezza e contrastando ogni forma di spreco.

¹ Sono stati presi a riferimento i dati pubblicati da AIFA (monitoraggio gennaio/luglio 2015) - riunione CdA 20.10.2015 - considerando i valori effettivamente rilevati (fonte TS e Farmastat); il quadro contabile è il seguente:

Spesa Farmaceutica territoriale	Periodo gennaio/luglio 2015
Netto SSN	28.100.685 €
Ticket regionale	1.896.521 €
Acquisto farmaci DPC	7.618.997 €
Acquisto farmaci Diretta [*]	4.100.000 €
Totale	41.716.203 €

[*] al netto dei nuovi farmaci DAA per l'epatite C

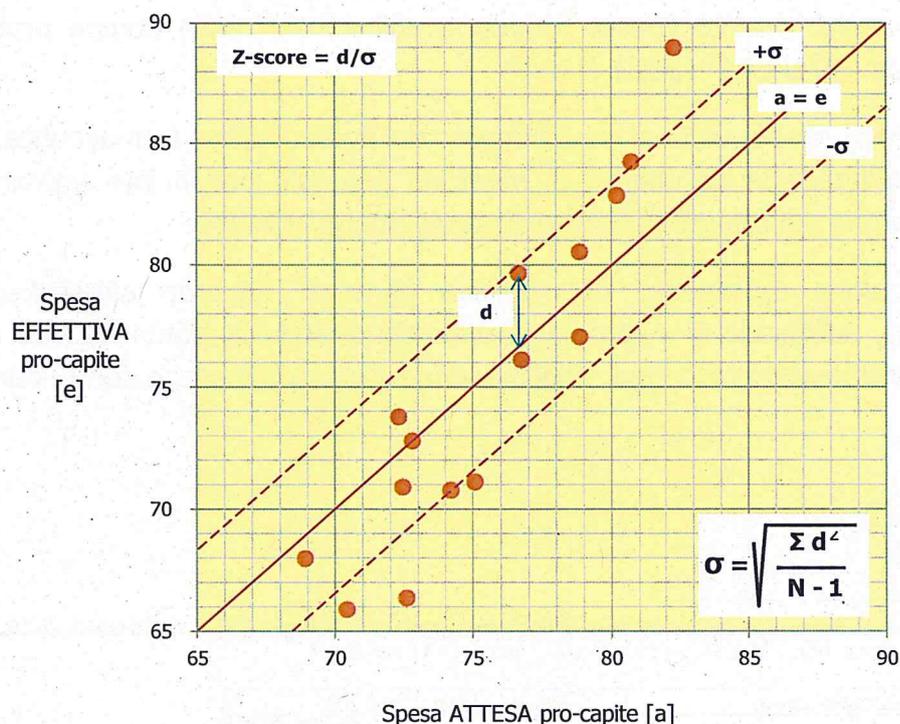
L'11,35% del FSR, assegnato alla Regione Molise, risulta essere di 38.810.507 € (tab. 9 monitoraggio AIFA) con una differenza di € 2.905.696 rispetto alla spesa totale relativa alla farmaceutica territoriale, registrata nel periodo di riferimento, equivalente ad uno scostamento di circa l'8%.

Descrizione della metodologia

Le banche dati di riferimento sono costituite dalla piattaforma TS e dalle rilevazioni effettuate sulle ricette farmaceutiche (modelli standard ed elettronici) processate da Molise Dati spa, relative ai diversi canali dispensativi attivati dall'ASReM, mediante la strumentazione elaborativa rappresentata dal portale www.farmastat.it messo a disposizione da Molise Dati spa.

Il metodo per la valutazione dei medici di medicina generale prevede la comparazione del livello di spesa effettiva (spesa farmaceutica territoriale lorda pro-capite), risultante dalla sommatoria delle prescrizioni - da qualunque medico effettuate - intestate agli assistiti in carico al medico, con la spesa "attesa", calcolata applicando alla struttura per genere ed età degli assistibili in carico al medico i valori di spesa pro-capite, sempre articolati per genere ed età, rilevati considerando l'insieme degli assistibili molisani in carico al complesso dei medici di medicina generale convenzionati con l'ASReM.

Dall'insieme delle differenze tra spesa pro-capite effettiva e spesa attesa, rilevate con riferimento ad ogni medico, è calcolata la deviazione standard al fine di stabilire quali tra le varie differenze rilevate costituiscano valori assimilabili a quelli medi (ogni valore è associato ad un singolo medico).



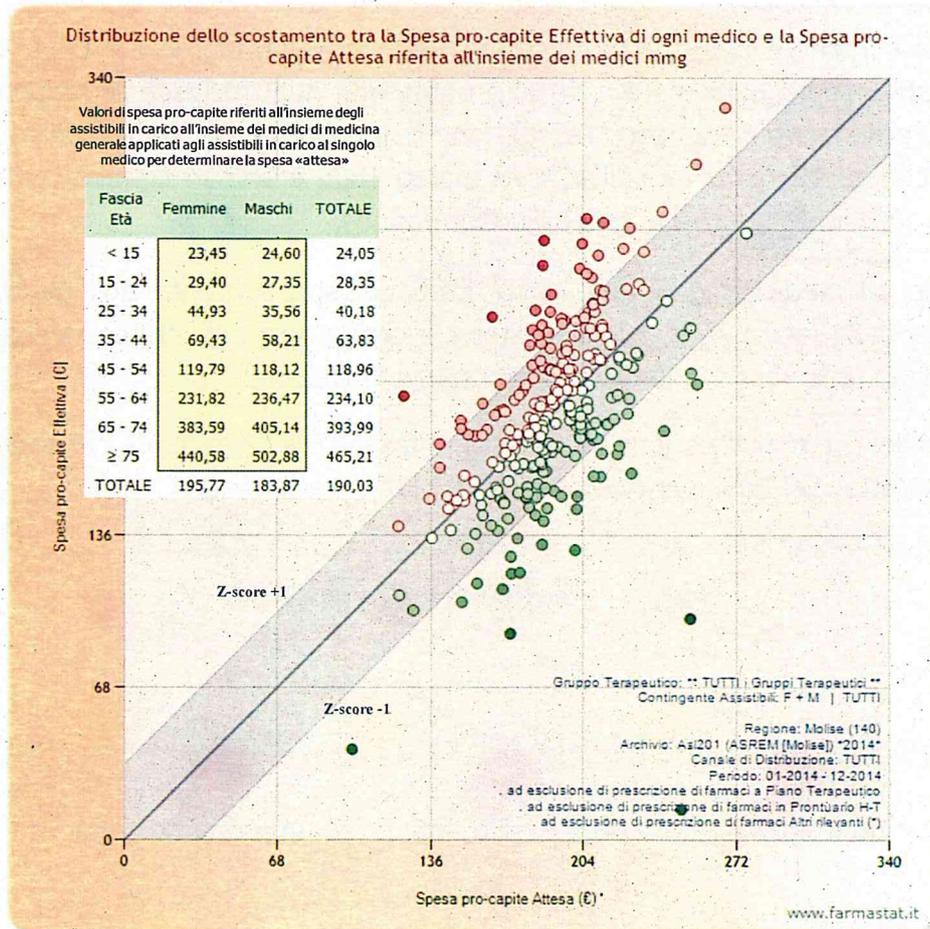
La distribuzione grafica dei medici (grafico a dispersione) in ragione delle rispettive differenze tra spesa effettiva e spesa attesa, consente di prendere visione del posizionamento dei medici stessi; i livelli di spesa farmaceutica dei medici ai quali corrispondono valori di Z-score maggiori di ± 1 non sono dunque assimilabili a quelli medi

aziendali.

La spesa farmaceutica soggetta a valutazione è quella lorda relativa ai farmaci dispensati tramite la farmaceutica convenzionata, la dispensazione "per conto" e la distribuzione diretta (solamente farmaci di classe A), al netto della spesa relativa ai farmaci "rilevanti" in ogni caso non riconducibili ai medici di medicina generale (farmaci soggetti a Piano Terapeutico, farmaci inclusi nel prontuario H-T, emoderivati e farmaci con nota 65).

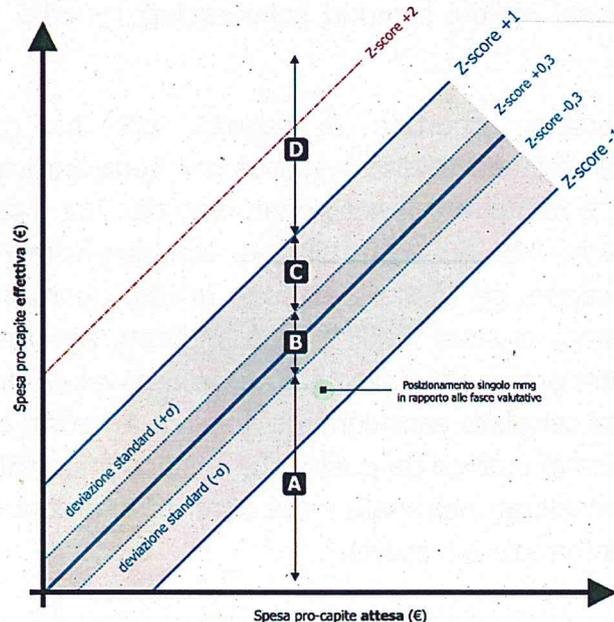
Dalla valutazione e dai relativi computi sono esclusi i medici aventi in carico fino a 100 assistibili.

Il grafico a dispersione riportato di seguito, che ha carattere esemplificativo, è rappresentativo del metodo della "valutazione comparativa" computato nella realtà dell'ASReM; in esso è raffigurato il posizionamento dei 262 medici di medicina generale, ai quali fanno riferimento 275.293 assistibili che, complessivamente, hanno fatto registrare i livelli di spesa pro-capite, per genere e range di età, riportati in tabella; per calcolare la spesa "attesa" riferita a ciascun medico sono applicati, agli assistiti in carico suddivisi per genere ed età, i valori pro-capite della citata tabella; il valore di spesa "effettiva" di ciascun medico è a sua volta calcolato considerando il valore (importo lordo) dei farmaci dispensati agli assistibili in carico al medico da qualunque medico prescritti; sia il grafico a dispersione che tutti i valori considerati nell'analisi, che altre informazioni fondamentali sono riportate in apposita scheda informativa (report).



de

Assumendo come riferimento il posizionamento dei singoli medici nel contesto aziendale, ossia il valore dello Z-score computato come sopra descritto, sono adottabili forme di premialità o di penalizzazione economica, considerando come i livelli di spesa farmaceutica nelle diverse realtà a loro volta si posizionano nel contesto più generale.



Dovendo contenere la spesa farmaceutica territoriale, in Molise il metodo della valutazione comparativa sopra richiamato è attuato adottando quattro fasce in rapporto ai valori dello Z-score, collegando a tali fasce l'erogazione della quota capitolaria regionale di cui all'art. 59, lett. B, commi 15, 16 e 17 dell'ACN 23 marzo 2005 e art. 14 comma 2 dell'ADR (D.G.R. 27 febbraio 2007, n. 173), (pari a 3,08 €/assistito/anno).

Ai medici di medicina generale, il cui livello di spesa riferito agli assistibili in carico si posiziona nella fascia A, la quota capitolaria è corrisposta per intero, invece ai medici che si posizionano nella fascia D la citata quota non è corrisposta.

Per i medici che si posizionano nelle restanti fasce (B e C) la quota capitolaria è corrisposta in misura ridotta: del 25% per la fascia B e del 70% per la fascia C.

Scheda informativa

La scheda informativa è in formato PDF ed è inoltrata mensilmente ai medici di medicina generale aventi in carico un numero di assistibili ≥ 100 ; mensilmente la scheda è elaborata considerando le informazioni progressive annue (sommatoria dei valori da gennaio al mese

di competenza) e gli assistibili in carico secondo l'ultimo aggiornamento dell'anagrafe sanitaria con riferimento al mese di competenza.

Sul fronte la scheda riporta le seguenti informazioni:

Valutazione comparativa - Scheda di sintesi del medico di medicina generale e relativi assistibili

GIUSEPPE

Periodo: 01-2014 - 12-2014 ASL: ASREM (Melise) Zona: "Campobasso" Anagrafica: da vers. 74 del 09/2014

Farmaci esclusi dall'analisi: Piano Terapeutico Prontuario Ospedale-Territorio Altri rilevanti (*)

(*) Emoderivati, farmaci per sclerosi multipla (Nota 65)

1 Assistibili in carico

Range d'età	Genere		Totale
	femmine	maschi	
< 15	8	8	16
15 - 24	56	60	116
25 - 34	62	71	133
35 - 44	91	74	165
45 - 54	98	96	194
55 - 64	92	101	193
65 - 74	76	77	153
75 - oltre	54	34	88
TOTALE	537	521	1.058

2 Indicatori

	Medico	Insieme
Età media (anni)	48,73	50,10
Peso demografico	0,947	1,000

3 Entità dei trattamenti

Assistibili intestatari di prescrizioni (trattati)				734
Consumi e spesa riferita ai trattati				
Canale dispensazione	Confezioni	DDD totali	Spesa lorda	
Convenzionata	17.041	354.939,17	158.264,45	
Per Conto	0	0,00	0,00	
Diretta (classe A)	182	2.424,50	3.137,12	
Totale	17.223	357.363,67	161.401,57	

Incidenza delle prescrizioni del curante sul totale: 93,54 %

3 Indicatori

	Medico	Insieme
Incidenza trattati su assistibili	99,38 %	73,54 %
Confezioni ogni 100 assistibili	1.627,22	2.088,73
Spesa lorda per trattato	219,78	258,60
Spesa lorda per assistibile	152,48	190,18
Costo medio singola DDD	0,45	0,48

4 Scostamento dai livelli di spesa attesa

SPESA ATTESA calcolata applicando ai contingenti di assistibili in carico al medico i valori di spesa pro-capite, articolati per sesso ed età, di tutti gli assistibili in carico all'insieme dei mmg: 190.628,89

Pro-capite	Attesa	Effettiva	Differ. [%]
	180,18	152,48	-27,70

Scostamento percentuale: -15,37 %

Deviazione standard [σ]: 29,80 Standard score [z=(x-μ)/σ]: -0,93

5 Trattamenti prevalenti riferiti agli assistibili in carico al medico

Categorie di farmaci	Assistiti trattati		DDD x trattato	€ x DDD	€ x trattato	Spesa lorda x assistibile		
	N°	%				Effettiva	Attesa	Scostum
J01 antibiotico per uso sistemico	415	39,22 %	18,06	1,39	25,12	9,85	14,60	-32,51 %
C09 sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	253	23,91 %	406,30	0,29	116,61	27,89	28,88	-3,46 %
A02 farmaci per disturbi correlati all'acidità	209	19,75 %	99,05	0,58	57,12	11,28	17,86	-36,82 %
M01 farmaci antinfiammatori ed antireumatici	184	17,39 %	37,44	0,61	22,95	3,99	5,25	-23,88 %
C10 sostanze modificatrici dei lipidi	137	12,95 %	216,85	0,79	170,62	22,09	19,67	12,30 %
C07 betabloccanti	117	11,06 %	170,57	0,29	49,72	5,50	5,89	-6,62 %
B01 antitrombotici	108	10,21 %	243,80	0,00	19,98	2,04	2,61	-21,79 %
R03 farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie	101	9,55 %	92,37	1,32	122,23	11,67	12,62	-7,57 %
H03 terapia tiroidea	87	8,22 %	193,73	0,13	25,70	2,11	1,43	47,57 %
H02 corticosteroidi sistemici	73	6,90 %	56,05	0,27	15,20	1,05	1,65	-36,54 %
C06 calcio-antagonisti	70	6,62 %	328,70	0,31	103,30	6,83	4,80	42,50 %
C03 diuretici	55	5,20 %	112,69	0,14	15,46	0,80	1,75	-54,17 %
R06 antistaminici per uso sistemico	54	5,10 %	56,39	0,31	17,43	0,89	1,22	-27,26 %
N06 psicoanalitici	54	5,10 %	219,14	0,68	148,25	7,60	7,40	2,66 %
A10 farmaci usati nel diabete	51	4,82 %	269,76	0,51	137,41	6,62	8,62	-23,16 %

6 Trattamenti con sostanze che agiscono sul sistema renina-angiotensina (SRA)

Categorie	Trattati	Valori per trattato	
		Spesa (€)	DDD
monoterapia (C09AA)	60	66,76	472,59
ace inibitori + diuretici (C09BA)	44	90,20	227,22
+ calcioantagonisti (C09BB)	3	21,14	156,00
monoterapia (C09CA)	100	117,23	421,71
SARTani + diuretici (C09DA)	73	112,01	246,49
+ calcioantagonisti (C09DE)	4	275,71	292,67

1 – periodo esaminato, zona di appartenenza del medico, annotazione circa l'anagrafe sanitaria impiegata nella elaborazione; nominativo e identificativi del medico (codice fiscale e regionale) ed indicazione delle categorie di farmaci escluse dalla elaborazione (farmaci soggetti a piano terapeutico, farmaci inclusi nel prontuario H-T, emoderivati e farmaci connotati dalla nota 65);

2 – quadro degli assistibili in carico, suddivisi per range di età e genere, valore dell'età media degli assistibili in carico al medico comparato col valore relativo all'insieme degli assistibili in carico all'insieme dei medici di medicina generale; assunto come 100 il "peso" demografico dell'insieme degli assistibili in carico all'insieme dei medici è indicato quello relativo agli assistibili in carico al medico intestatario del report;

3 – entità dei consumi considerati nell'analisi e relativi indicatori; è riportato il numero degli assistibili trattati (a cui risulta nel periodo dispensato almeno un farmaco) nonché l'indicazione percentuale di quante fra le prescrizioni intestate agli assistiti in carico al medico sono state eseguite dallo stesso curante;

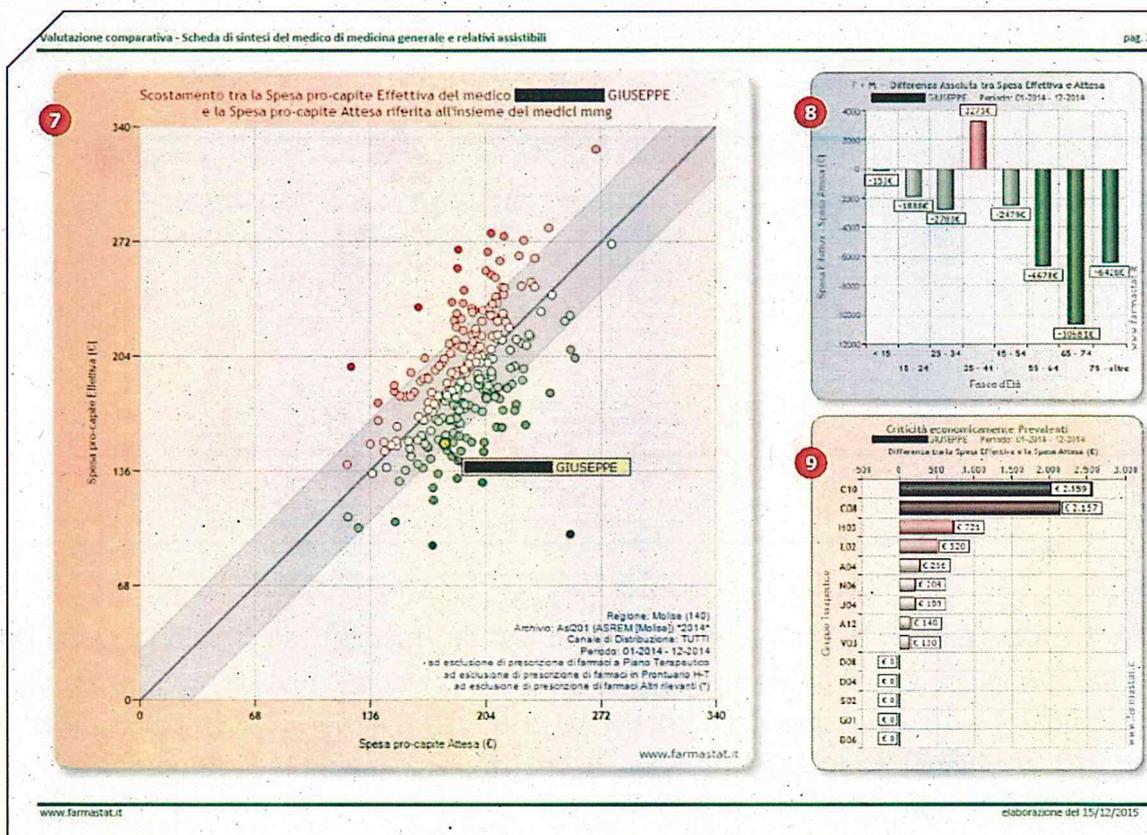
4 – conseguentemente alla definizione dello scostamento tra spesa attesa e spesa effettiva, sono riportati i parametri numerici relativi al posizionamento del medico (deviazione

standard, Z-score);

5 – sono elencati i primi 15 gruppi terapeutici in ordine decrescente del n° degli assistibili trattati e per ciascun gruppo sono riportati i valori pro-capite di spesa attesa ed effettiva e del relativo scostamento percentuale;

6 – focus sull'utilizzo dei farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (rapporto tra sartani e ACE-inibitori) che costituisce un rilevante fattore condizionante i livelli di spesa farmaceutica;

Sul retro della scheda sono riportati i seguenti grafici:



7– grafico a dispersione rappresentativo del posizionamento dei medici in ragione del differenziale tra livello di spesa attesa e spesa effettiva, nel quale è evidenziata la posizione del medico intestatario della scheda;

8– grafico a barre che, per ogni contingente di età degli assistibili in carico al medico, riporta la differenza (in valore assoluto) tra la spesa attesa e quella effettiva;

9– grafico a barre che evidenzia i gruppi terapeutici che registrano il maggiore differenziale (in valore assoluto) tra spesa attesa e spesa effettiva, ovvero che evidenzia le criticità economicamente prevalenti a riguardo dei consumi farmaceutici degli assistibili in carico al medico.

Contabilizzazione

Il computo dello Z-score ed il relativo posizionamento di ciascun medico è effettuato mensilmente considerando i valori progressivi da inizio anno.

La tabella che segue riporta i termini temporali di inoltro, ai medici, della reportistica informativa e, per ciascun mese, il periodo considerato nel computo dello Z-score.

Periodo di competenza (mensilità computate)	Termine di inoltro del report ai mmg	Premialità da contabilizzare nel cedolino del mese di:
gennaio	15 aprile	aprile
gennaio-febbraio	15 maggio	maggio
gennaio-marzo	15 giugno	giugno
gennaio-aprile	15 luglio	luglio
gennaio-maggio	15 agosto	agosto
gennaio-giugno	15 settembre	settembre
gennaio-luglio	15 ottobre	ottobre
gennaio-agosto	15 novembre	novembre
gennaio-settembre	15 dicembre	dicembre
gennaio-ottobre	15 gennaio anno successivo	gennaio anno successivo
gennaio-novembre	15 febbraio anno successivo	febbraio anno successivo
gennaio-dicembre	15 marzo anno successivo	marzo anno successivo

Procedure attuative

- La Molise Dati, entro 75 giorni dal mese di riferimento, pubblica sul sito "Index cedolini" il report di ciascun MMG elaborato con i criteri su esposti.
- La Molise Dati, entro 75 giorni dal mese di riferimento, trasmette alla ASReM l'elenco dei MMG con l'indicazione, per ciascun medico, della fascia "Z-score" di appartenenza (A-B-C-D) e della relativa quota premiale da erogare.
- La competente U.O.C. della ASReM provvede ad inserire la quota di premialità nel cedolino del mese in cui si riceve la comunicazione.