

## ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE (A.I.R.) 2019 PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE.

Premesso che:

- con la Legge Regionale n. 27 dd. 17.12.2018 "Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale" è stato ridefinito l'assetto del Servizio sanitario regionale delineato dalla legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014;
- l'Accordo collettivo nazionale 21.06.2018 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - sottoscritto in attesa di concludere la contrattazione del triennio 2016-2018 (economico e normativo) - individua la realizzazione di obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale contenuti nel Piano Nazionale delle Cronicità, nel Piano Nazionale Prevenzione vaccinale, relativi all'accesso improprio al Pronto soccorso, al Governo delle liste d'attesa e all'appropriatezza, demandando alle Regioni, nell'ambito dell'AIR, il compito di disciplinare il coinvolgimento dei medici di medicina generale e la loro integrazione nelle relative attività collegate;
- Il 31 dicembre 2018 si è concluso il triennio definito dall'Accordo Integrativo Regionale (AIR) della medicina generale di cui alla DGR 39 del 15.01.2016, come integrato con DGR n. 2249 del 24.11.2016. L'AIR ha previsto in particolare una riorganizzazione dell'assistenza medica primaria, con progressiva trasformazione delle forme organizzative preesistenti nelle nuove forme organizzative previste dalla legge di riordino del sistema sanitario regionale del 2014: AFT, MGI, CAP, presidi ospedalieri per la salute;
- le linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale anno 2019 approvate con DGR n. 448 del 22.03.2019 stabiliscono che il 2019 sarà un anno di transizione, da dedicare all'attenta valutazione dei risultati ottenuti nel corso del triennio precedente in funzione dell'AIR e verso la definizione di un assetto dell'assistenza primaria coerente con l'avvio della nuova organizzazione del servizio sanitario regionale;
- lo sviluppo dell'assistenza primaria richiede – tra l'altro – l'integrazione dell'attività dei medici di assistenza primaria con quella dei medici di continuità assistenziale e dei medici di emergenza territoriale; anche mediante eventuali attività a rapporto orario, ambulatoriali e domiciliari, in programmi di rinforzo della presa in carico della cronicità, dell'intercettazione della fragilità quale alternativa a ricoveri potenzialmente evitabili, nella risposta a richieste "non emergenti e non differibili".
- l'obiettivo primario del presente accordo ponte 2019, anno di transizione verso il nuovo assetto del SSR, è quello di garantire – coerentemente con le previsioni delle linee di gestione del SSR per il 2019 - una serie di azioni propedeutiche alla definizione, entro l'anno, del nuovo AIR triennale incentrato sulla necessità di spostare progressivamente per appropriatezza il baricentro di assistenza e di cura, per cronicità e fragilità, dal setting ospedaliero a quello territoriale, con azioni incentrate prioritariamente sull'intercettazione dell'instabilità nel cronico e nel fragile che molto spesso genera ricoveri potenzialmente evitabili. Pertanto, si intendono riconfermare e rafforzare ulteriormente i ruoli:
  - delle AFT, quale snodo dell'inclusione della medicina generale nelle dinamiche distrettuali;
  - degli UDMG, quale momento strategico di partecipazione al governo delle attività distrettuali e alla programmazione delle stesse, e dei coordinatori di AFT, quali figure fondamentali per garantire la funzionalità, le attività e i risultati delle AFT stesse;
  - delle MGI (Medicine di Gruppo Integrate), quale forma organizzativa erogativa dell'Assistenza Primaria, secondo le previsioni della DGR. 2164 dd. 23.11.2018, che potranno progressivamente evolvere in reti complesse ed integrate di assistenza primaria, possibilmente organizzate in "microteam" multiprofessionali, tenuto conto delle peculiarità orogeografiche e della distribuzione di popolazione del territorio regionale (caratterizzato in gran parte da comuni di dimensioni medio-piccole) e delle caratteristiche di prossimità garantite dalla diffusa presenza sul territorio dei Medici di Medicina Generale.

- Al fine di favorire la progressiva realizzazione di quanto sopra definito, saranno resi disponibili per ogni AFT indicatori misurabili di sistema e di monitoraggio delle attività, con dettaglio a livello di AFT, di singola MGI e di singolo MMG, quali, ad esempio:
  - numero e % di ricoveri over75,
  - numero e % di ricoveri a rischio inappropriatazza,
  - numero e % di ricoveri da struttura intermedia,
  - numero e % di ricoveri da coorte cronici/fragili presi in carico,
  - numero e % (sulla popolazione di riferimento) di cronici/fragili presi in carico,
  - numero e % (sulla popolazione di riferimento) di inseriti in rete cure palliative,
  - numero e % di codici bianchi in PS.

Quanto in premessa costituisce parte integrante del presente Accordo e substrato motivazionale dell'intesa che segue.

## **1. OBIETTIVI DI SALUTE, PERCORSI ASSISTENZIALI E MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA**

Obiettivo del presente Accordo, propedeutico alla stesura di un nuovo Accordo Integrativo Regionale triennale, è concorrere al continuo e progressivo miglioramento della risposta sanitaria e socioassistenziale, a ciascuna persona, nel più corretto setting assistenziale.

Lo spostamento di attività di assistenza e di cura dal setting ospedaliero a quello territoriale e, coerentemente, di risorse dal segmento ospedaliero a quello dell'assistenza primaria, presuppone un progressivo riorientamento dell'organizzazione dell'assistenza primaria al fine tra l'altro di migliorare l'identificazione di popolazioni fragili / complesse / instabili, a rischio di ospedalizzazione potenzialmente evitabile e la definizione e la fruibilità di opportuni indicatori di monitoraggio, mediante i quali misurare i risultati delle diverse azioni realizzate.

In coerenza con tale obiettivo primario e con quanto previsto dall'ACN del 29.03.2018, che demanda alla programmazione regionale la realizzazione delle esigenze assistenziali del proprio territorio, il presente Accordo tiene conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati dallo stesso ACN nei seguenti punti:

- **PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ**  
Programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, previsione della partecipazione attiva dei Medici di Medicina Generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, che si esplica nell'individuazione di processi di cure e di assistenza ritenuti più idonei ad assicurare la tutela della salute del paziente. Definizione del ruolo dei MMG nell'ambito del coordinamento clinico (definizione del Piano di cura e stipula del Patto di cura) necessario alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche.
- **PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE**  
Attiva partecipazione dei Medici di Medicina Generale nell'erogazione delle vaccinazioni e nelle relative attività collegate al fine di garantire la piena fruibilità delle vaccinazioni di competenza inserite nel calendario vaccinale.
- **ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO**  
Integrazione nelle reti territoriali dei medici di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate.
- **GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA**

Coinvolgimento e partecipazione dei medici di assistenza primaria nel governo dei percorsi regionali di prescrizione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di follow-up nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti.

Le predette attività costituiscono obiettivi specifici della presente intesa, il cui esito realizza l'integrazione incentivata del trattamento economico in atto.

## 2. CONSOLIDAMENTO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA MEDICA PRIMARIA

Per l'anno 2019 viene confermata l'organizzazione complessiva dell'assistenza primaria, essendo tuttora valide le logiche che hanno portato all'avvio delle AFT e delle nuove MGI, specificandone meglio funzioni e attività in una logica coerente e di sistema su tutto il territorio regionale.

In particolare, la definizione degli assetti organizzativi si realizza mediante:

- a. il sostegno e lo sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) come snodo dell'inclusione della medicina generale nelle dinamiche distrettuali, sede di progettualità, di condivisione di obiettivi e risultati, di discussione in audit e di confronto anche con altri attori su comportamenti e applicazioni pratiche quali ad esempio PDTA, priorità, tempi di attesa;
- b. la conferma della Medicina di Gruppo Integrata (MGI) quale forma mediante la quale garantire il principale momento erogativo dell'assistenza primaria, anche attraverso il coordinamento e l'integrazione delle attività;
- c. la regolamentazione e la sistematizzazione delle modalità di possibile impiego dei Medici di Continuità Assistenziale (MCA) in attività a rapporto orario diverse da quelle istituzionalmente (ACN) previste e garantite dal Servizio di Continuità Assistenziale (SCA) notturno, prefestivo e festivo;
- d. l'armonizzazione dell'impiego dei MCA e dei Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale (MET) anche mediante eventuali attività ambulatoriali e domiciliari di rinforzo nella risposta a richieste "non emergenti e non differibili".

Le previsioni di cui ai punti c. e d. del presente articolo si realizzano mediante specifici Accordi quadro regionali per l'impiego in attività a rapporto orario dei MCA e dei MET.

Le indicazioni fornite per l'anno 2019 sono propedeutiche alla definizione dell'AIR 2020 – 2022.

## 3. L'AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT)

Le AFT offrono supporto alla Direzione di Distretto per le funzioni programmatiche, organizzative, gestionali e di sviluppo del governo clinico che si realizza mediante il coordinamento tra le forme organizzative dei MMG in essa presenti per la promozione integrata della qualità assistenziale e dell'efficienza, in relazione alla sostenibilità economica.

Restano confermate le indicazioni condivise al punto 3. dell'AIR 2016 – 2018 reso esecutivo con DGR 39/2016 e s.m.i. in quanto compatibili e coerenti con le modifiche ed integrazioni di seguito specificate. L'adesione alle AFT da parte dei MMG è obbligatoria e tale obbligatorietà – e l'accesso al sistema di incentivazione, quantificato in dodicesimi e parametrato al periodo di durata dell'incarico - è estesa anche ai Medici con incarico provvisorio ex art. 38 ACN che subentrano ad un MMG cessato dal servizio. La partecipazione alle attività delle AFT da parte dei sostituti dei MMG ex art. 37 ACN, nel caso di sostituzioni di durata superiore a trenta giorni per sospensioni dal servizio del medico titolare, concorre al raggiungimento del risultato del Medico titolare con conseguente riconoscimento al sostituto del relativo incentivo quantificato in dodicesimi e parametrato al periodo di sostituzione effettuato.

L'attività libero professionale ex art. 58 ACN non preclude l'adesione agli obiettivi incentivati delle AFT in quanto incide solo sul numero di assistiti in carico e non sui compiti ed obblighi previsti dall'Accordo.

All'atto dell'inserimento in servizio di un nuovo medico, il Direttore di Distretto, sentito l'UDMG, assegna il medico neoinserto ad un'AFT, in relazione all'ambito territoriale in cui lo stesso esercita la propria attività professionale.

L'inserimento nell'AFT comporta lo svolgimento dei compiti già previsti dal punto 3.4.2 dell'AIR 2016-2018 e degli obiettivi conseguentemente definiti in sede aziendale (Comitato Aziendale) sulla base dei criteri stabiliti dal presente Accordo.

Lo svolgimento di tali compiti e il raggiungimento degli obiettivi vengono verificati a cura della Direzione Distrettuale con la collaborazione del componente di diritto dell'UDMG.

La partecipazione dei MCA alle attività delle AFT verrà disciplinata in sede di AIR 2020 - 2022.

Le Aziende, con cadenza annuale, sono tenute a trasmettere ad ARCS entro il mese di gennaio una rendicontazione sul numero delle AFT presenti in azienda, sulla loro composizione, sulle eventuali variazioni intercorse con riferimento alla data del 31 dicembre dell'anno precedente. Entro il 30 giugno sono inoltre tenute a trasmettere ad ARCS una rendicontazione sui costi sostenuti per i Componenti di Diritto degli UDMG e per i Coordinatori di AFT, nonché per le attività e gli obiettivi di AFT con riferimento alla data del 31 dicembre dell'anno precedente. ARCS rende disponibili i dati delle rendicontazioni agli uffici competenti della DCS, per ogni conseguente valutazione, ed alle OO. SS. dei MMG maggiormente rappresentative firmatarie dell'ACN.

A fronte dello svolgimento dei compiti di cui al punto 3.4.2 dell'A.I.R. 2016-2018 e del raggiungimento degli obiettivi di AFT, i MMG partecipanti alle attività delle AFT sono incentivati con un compenso annuo omnicomprensivo di euro tre per assistito.

Per l'anno 2019, le Aziende che non hanno ancora sottoscritto accordi aziendali per la definizione di obiettivi specifici, indicatori di processo e/o di risultato, sono tenute a provvedervi entro trenta giorni dalla sottoscrizione del presente accordo.

In caso di mancata sottoscrizione degli Accordi decentrati (AIA) entro il suddetto termine, la Direzione Centrale Salute invita formalmente l'Azienda a procedere; in caso di inerzia, trascorsi ulteriori trenta giorni la Direzione Centrale Salute interviene con potere sostitutivo nei confronti dell'Azienda inadempiente per l'applicazione di quanto previsto nel presente Accordo.

#### 4. LA MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA

Le parti concordano che la forma organizzativa "nuova medicina di gruppo integrata" di disciplinata dal punto 4 dell'AIR 2016-2018 approvato con DGR 39/2016 verrà progressivamente potenziata e sviluppata, anche con il nuovo AIR triennale, confermando in primo luogo la già prevista integrazione con i Medici di Continuità Assistenziale e con i Medici di Emergenza Territoriale e prevedendo il progressivo coinvolgimento di altre figure professionali quali, ad esempio, i collaboratori di studio e gli infermieri dei MMG, gli infermieri distrettuali e di AFT, nonché gli specialisti di riferimento dello specifico territorio per la presa in carico della cronicità, al fine di rispondere maggiormente ed ancor più efficacemente al bisogno di salute dei cittadini e di accesso ai servizi - con particolare riguardo alle caratteristiche di diffusione della popolazione in una regione caratterizzata per lo più da comuni di piccole dimensioni - e di realizzare nel SSR le funzioni di Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP) previste dalla L. 189/2012 e dall'ACN vigente.

Entro tre mesi dalla data della delibera di recepimento del presente Accordo, e successivamente con cadenza semestrale (entro il mese di giugno ed entro il mese di dicembre di ogni anno), le Aziende sono tenute a trasmettere ad ARCS una rendicontazione sul numero di MGI presenti in Azienda, sulla loro composizione, sulle eventuali variazioni intercorse, sui costi sostenuti per questa specifica forma organizzativa. ARCS rende disponibili i dati aggregati delle rendicontazioni agli uffici competenti della DCS ed alle OO. SS. firmatarie del vigente ACN, per ogni conseguente valutazione.

Restano confermate per l'anno 2019 le indicazioni contenute nel punto 4. dell'AIR 2016 - 2018 e successive modificazioni in quanto compatibili con le modifiche ed integrazioni contenute dal presente Accordo.

I Medici di Medicina Generale sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle MGI con le esclusioni previste dall'AIR MMG 2016 – 2018 - Integrazione obiettivi 2018 e revisione obiettivi 2019, reso esecutivo con DGR 2164 del 23.11.2018.

I Medici con incarico provvisorio ex art. 38 ACN che subentrano ad un MMG cessato o sospeso dall'incarico già appartenente ad una MGI, previo parere favorevole da rendere entro quindici giorni da parte degli appartenenti alla MGI, vengono direttamente autorizzati dal Direttore di Distretto, previa acquisizione dell'opportuna documentazione ed esecuzione delle verifiche secondo quanto già previsto in AIR 2016-2018.

L'attività libero professionale ex art. 58 ACN non preclude l'adesione agli obiettivi incentivati delle AFT in quanto incide solo sul numero di assistiti in carico e non sui compiti ed obblighi previsti dall'Accordo.

Obiettivo primario delle MGI è quello di concorrere, sul bacino di popolazione di riferimento - che è quello di AFT – e quindi anche con l'apporto dei medici singoli in funzione delle deroghe previste, al miglioramento delle performance territoriali in termini di obiettivi di sistema opportunamente misurabili e monitorabili. Per le attività di MGI previste dell'AIR 2016-2018 e come integrate dal presente accordo viene confermato per il MMG il compenso annuo di 12,00 euro/assistito (con tetto a 1.300 assistiti/MMG). Tale compenso è aggiuntivo a quanto previsto per le attività delle AFT.

Quanto ai progetti di ampliamento dell'offerta assistenziale diurna a 12 ore dal lunedì al venerdì di cui al precedente AIR 2016-2018, sono fatte salve per l'anno 2019 le sole situazioni in essere e viene confermata per esse la disponibilità per ciascuna Azienda di un budget massimo pari a Euro 3,00/anno/paziente in carico.

#### 5. CENTRO DI ASSISTENZA PRIMARIA (CAP)

Nelle more della valutazione dei risultati raggiunti dalla precedente riorganizzazione viene data continuità per il 2019 ai CAP già costituiti.

#### 6. PRESID OSPEDALIERI PER LA SALUTE

Nelle more della valutazione dei risultati raggiunti dalla precedente riorganizzazione viene data continuità per il 2019 ai POS già costituiti.

#### 7. COLLABORATORI DI STUDIO E INFERMIERE PROFESSIONALE

Per l'anno 2019 l'indennità per il personale segretariale e infermieristico di studio continua ad essere assicurata agli attuali beneficiari secondo le previsioni contrattuali vigenti. Le quote di rimborso per il personale segretariale e infermieristico di studio previste dall'AIR 2005 s.m.i. e successivi vengono pertanto mantenute e, qualora un Medico avente diritto cessi/abbia cessato la sua attività o rinunci/abbia rinunciato al collaboratore, la quota resasi disponibile deve essere erogata ad altro MMG richiedente del medesimo Distretto, entro i limiti di tetto economico già previsti alla situazione in essere al 31.12.2013.

A tale scopo, avendo preventivamente censito tale tetto economico sostenuto al 31.12.2013 complessivamente per le quote di rimborso per il personale segretariale e infermieristico di studio, entro trenta giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo le Aziende sono tenute a riallocare le quote attualmente inutilizzate autorizzando direttamente l'inserimento di nuovi medici aventi diritto all'indennità di cui al presente articolo sulla base dell'ordine cronologico delle domande già pervenute in ogni singola Azienda, indifferentemente per personale segretariale o infermieristico, e previo parere favorevole del Comitato ex art. 23 ACN da convocarsi entro il 30/9/2019. Al fine di favorire una più ampia diffusione dell'opportunità di avvalersi di personale di studio, qualora un MMG abbia presentato domanda sia per personale segretariale sia per personale infermieristico, dovrà optare per una sola delle due indennità. Gli effetti economici del presente articolo decorrono dalla data di adozione del presente AIR e non hanno effetto retroattivo.

Qualora i MMG attualmente in lista di attesa ed autorizzati in virtù del presente Accordo non esauriscano il tetto economico complessivo al 31.12.2013, per ogni eventuale nuovo MMG avente diritto che abbia presentato domanda successivamente all'entrata in vigore dell'Accordo stesso gli effetti economici del presente articolo decorreranno dal momento di effettiva autorizzazione da parte dell'Azienda.

Le Aziende sono tenute a fornire dettagliato resoconto alla DCS, per il tramite dell'ARCS, sia sugli esiti del censimento del tetto al 31.12.2013 (entro trenta giorni dall'entrata in vigore del presente accordo), sia su ogni successivo conseguente provvedimento di modifica (cessazioni e nuovi inserimenti, relativo valore economico). Il resoconto relativo alla situazione in essere al 31.12.2019 andrà fornito entro il 31 gennaio 2020 e reso contestualmente disponibile alle OO.SS. dei MMG maggiormente rappresentative firmatarie dell'ACN.

Le Aziende che hanno superato il tetto economico complessivamente sostenuto al 31.12.2013 non possono autorizzare la corresponsione dell'Indennità per nuovo personale fino a rientro nel tetto in seguito a cessazioni.

Ulteriori valutazioni saranno oggetto di specifica trattazione all'interno del prossimo AIR triennale.

#### 8. OBIETTIVI ASSISTENZIALI E GESTIONALI 2019

L'Accordo Integrativo Regionale (AIR) della medicina generale di cui alla DGR 39 del 15 gennaio 2016 e s.m.i. ha previsto anche un percorso basato sulla definizione annuale di obiettivi di salute, di percorsi assistenziali e di monitoraggio degli indicatori di qualità dell'assistenza.

A partire dalla citata DGR 39, si sono succeduti ulteriori atti deliberativi a recepimento degli obiettivi annualmente definiti in sede di Comitato regionale ex art.24 dell'ACN per la medicina generale o intervenuti a ridefinire con modifiche, stralci o integrazioni quegli obiettivi rivelatisi non adeguati in corso d'opera, in quanto non facilmente misurabili o difficilmente verificabili, oppure non coerenti con le disposizioni di legge in materie di privacy o con le strutture informatiche disponibili.

Inoltre, l'esperienza triennale di valutazione del sistema di performance ha comportato un considerevole aggravio di incombenze burocratiche – per i Medici di Medicina Generale, per i Direttori di Distretto chiamati a valutarli, ma anche per gli uffici deputati alla produzione dei dati di valutazione – che si è ripercosso anche sulla tempistica di rendicontazione e conseguentemente di erogazione degli incentivi.

Coerentemente con le previsioni delle Linee di Gestione del SSR per il 2019 (DGR. n. 448 del 22 marzo 2019), anche il sistema incentivante "ex art.8" si deve pertanto considerare transitorio e oggetto di attenta valutazione condivisa, mediante la definizione di obiettivi annuali, effettuata in analogia con il modello del triennio precedente, tale da tener conto delle criticità evidenziate in precedenza, al fine di evitare inutili appesantimenti burocratici e consentire il rispetto delle modalità e della tempistica di misurazione e di valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi da parte delle Aziende sanitarie, con il supporto dell'ARCS.

Gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi e la ponderazione di risultato sono definiti nell'Allegato 1 "Obiettivi 2019 ex art.8" al presente Accordo.

#### 9. SISTEMI DI VALUTAZIONE

La rendicontazione sul raggiungimento degli obiettivi previsti dal presente Accordo unitamente a quelli declinati a livello aziendale è effettuata entro trenta giorni dal ricevimento dei dati elaborati da ARCS a cura della Direzione Distrettuale in collaborazione con i soggetti e con le modalità indicate dalla DGR n. 1963/2018.

La validazione dei risultati viene effettuata in sede di Comitato Aziendale ex art. 23 ACN entro il trenta aprile dell'anno successivo ad eccezione dei dati inerenti gli screening, che richiedono un periodo più lungo per la valutazione, in funzione del protrarsi del termine utile per le campagne.

In caso di mancato accordo sulla validazione in sede aziendale si ricorre alla validazione da parte del Comitato ex art. 24 ACN.

#### 10. NORME FINALI E TRANSITORIE

Le parti concordano che con il nuovo Accordo Integrativo Regionale triennale vengano altresì ridefiniti ulteriori istituti per migliorare l'accessibilità alle prestazioni dei MMG, quali ad esempio:

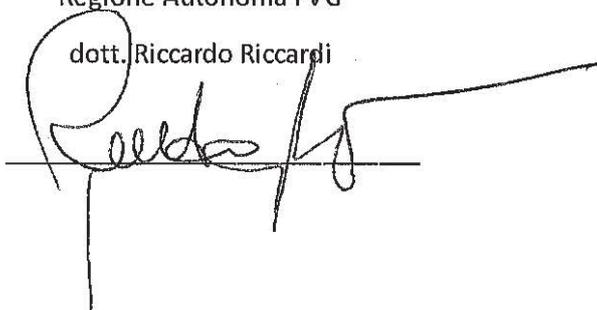
- assistenza in zone disagiate e disagiatissime,
- distribuzione del personale di studio,
- prestazioni aggiuntive e di particolare impegno professionale,
- finalizzazione delle quote relative a cittadini che non abbiano operato alcuna scelta del medico, nonché ogni iniziativa possibile, atta a favorire l'inserimento di nuovi professionisti nelle zone carenti.

Il presente Accordo regionale conserva i suoi effetti giuridici ed economici fino all'entrata in vigore del successivo.

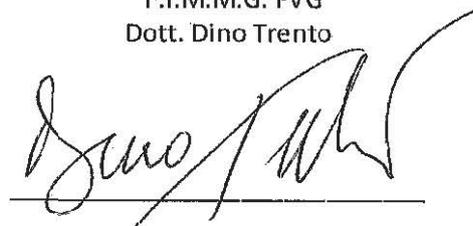
Luogo e data TRIESTE, 23.7.2019

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

dott. Riccardo Riccardi



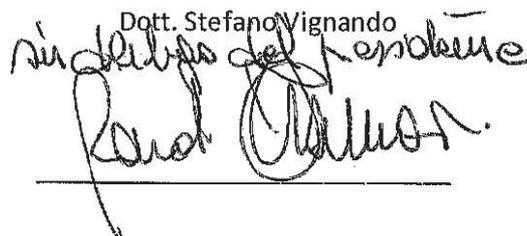
F.I.M.M.G. FVG  
Dott. Dino Trento



S.N.A.M.I.

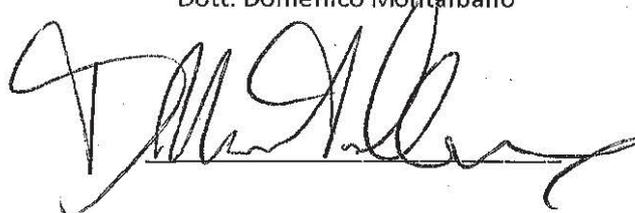
Dott. Stefano Vignando

*Sindaco del Comune*  
*Piero Vignando*



S.M.I.

Dott. Domenico Montalbano



Intesa Sindacale FVG

Dott. Pierluigi Navarra

