

Tra

la delegazione trattante di parte pubblica dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

e

la delegazione di parte sindacale della medesima azienda, costituita ex art. 15 dell'ACN 28 aprile 2022,

viene stipulato il seguente

**ACCORDO AZIENDALE ATTUATIVO
DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE EX DGR. N. 545/2023**

Premesso:

- che il rapporto convenzionale con i medici di medicina generale è attualmente regolato dall'accordo collettivo nazionale reso esecutivo il 28 aprile 2022;
- che, nelle more della sottoscrizione del nuovo accordo integrativo regionale triennale applicativo dell'atto di programmazione regionale, recante obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, con DGR n. 545 del 24 marzo 2023 è stato approvato l'accordo regionale inteso a stabilire modalità e criteri per l'attribuzione della quota variabile del compenso anno 2023 e dei residui degli incentivi ex art. 8 della DGR n. 39 del 15 gennaio 2016 nonché del fondo per la ponderazione delle quote capitarie;
- che l'accordo appena citato rinvia al livello aziendale la specificazione di progetti e obiettivi specifici e misurabili nonché indicatori di processo e/o di risultato relativamente a:
 1. funzioni e compiti assegnati alle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) da declinare utilizzando, ove possibile, gli indicatori LEA-CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) introdotti con il DM 12 marzo 2019 per monitorare gli obiettivi, favorire un *benchmarking* virtuoso per il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione e consentire la verifica – secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza – che tutti i cittadini della Regione ricevano le cure e le prestazioni rientranti nel LEA;
 2. obiettivi strategici regionali finalizzati al governo clinico, utilizzando, ove possibile, gli indicatori di cui sopra;
 3. risposta all'emergenza derivante dalla carenza di professionisti e garanzia della continuità clinica e/o miglioramento dell'accessibilità all'assistenza primaria;

le parti concordano quanto segue.

1. Quota variabile finalizzata alle funzioni e compiti assegnati alle AFT

Le parti, preso atto dell'individuazione delle funzioni e compiti assegnati alle AFT dal succitato accordo regionale, concordano di mantenere per l'anno 2023 il compenso annuo omnicomprendente di € 3,00 per assistito ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta aderenti alle attuali AFT (previste dall'AIR 2016-2018 e confermate dall'AIR ponte 2019) per lo svolgimento delle funzioni e compiti come di seguito articolati.

Obiettivo A: aggiornamento delle conoscenze e confronto mediante audit tra pari su casi clinici e indicatori previsti dai successivi obiettivi

Indicatore:

partecipazione ad almeno sette incontri di formazione rispetto ai dieci previsti dal calendario regionale (nove incontri) e dalla programmazione aziendale (incontro sui temi della gastroenterologia).

Il conseguimento dell'obiettivo 1, il cui compenso è commisurato in € 1,50/assistito in ragione d'anno, è condizione per l'accesso ai successivi obiettivi 2 e 3 di AFT. In caso di incarico provvisorio e temporaneo ovvero di collocamento a riposo, il compenso è proporzionale alla durata del rapporto nell'anno.

Obiettivo B: presa in carico integrata del paziente cronico con diabete

La nota AIFA n. 100 ha stabilito la possibilità per il medico di famiglia di prescrivere a carico del SSN medicinali appartenenti agli inibitori del SGLT-2 e DPP4 e GLP-1 agonisti previa compilazione della scheda di valutazione e prescrizione.

Le Linee per la gestione del SSR 2023 in ambito territoriale prevedono iniziative volte a consolidare quanto avviato nel 2022 in tema di promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie nell'area della cronicità e a favorire nel contempo l'impiego dei farmaci

dal miglior costo-efficacia in linea con i determinanti di salute e le linee-guida (es. rispetto della nota 100, anticoagulanti orali e impiego di molecole a brevetto scaduto/prossima scadenza brevettuale, terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, rispetto nota 99 per BPCO, etc.).

Indicatori:

- a) partecipazione ad almeno un incontro formativo nel corso del 2023 organizzato dall'Azienda ovvero nell'ambito di incontri tra pari di distretto/AFT in cui venga discusso, con il supporto dello specialista diabetologo e/o del farmacista aziendale, il trattamento del diabete di tipo 2 con particolare riferimento a possibili priorità di impiego tra le molecole per la terapia del medesimo;
- b) estensione della presa in carico a cinque pazienti affetti da diabete di tipo II come previsto dal PDTA regionale del 2021 per la gestione integrata del diabete nell'adulto di tipo II e prosecuzione del *follow up* al paziente diabetico tipo II identificato nel 2022, documentata da cinque schede compilate e dalla condivisione dei pazienti con i servizi distrettuali secondo le indicazioni del direttore del distretto competente con il coinvolgimento dell'UDMG, garantendo l'omogeneità a livello aziendale.

Il paziente diabetico deve essere:

- in buon compenso metabolico senza complicanze o con complicanze lievi e stabilizzate in terapia antidiabete orale e/o con insulina basale;
- esente da complicanze micro-macro vascolari medio-severe.

Dato atto che è previsto l'accesso diretto ai servizi/ambulatori di diabetologia per i pazienti affetti da diabete mellito (codifica 013), la presa in carico integrata è condivisa con i servizi territoriali esistenti (specialista diabetologo, infermiere dedicato, dietista, ecc.). A tal fine ci si avvale della scheda di segnalazione e dell'allegato consenso informato aggiornati e uniti al presente accordo.

Il conseguimento dell'obiettivo è incentivato con il compenso di € 0,75/assistito in ragione d'anno.

Obiettivo C: miglioramento degli indicatori di gestione dei pazienti a livello di AFT

Ai fini del miglioramento dell'appropriatezza, preso atto degli indicatori di accesso al pronto soccorso con codice di *triage* bianco o verde, del tasso di ricovero distinto per fascia oraria e del tasso di prescrizione di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche complessivi per ciascuna AFT, rispetto al valore T_0 desumibile dai dati messi a disposizione dalla SOC Istituto di igiene ed epidemiologia valutativa, ciascuna AFT svolge almeno un *audit* e consegue un miglioramento prescrittivo.

Indicatori:

- a) evidenza del documento, da allegarsi alla relazione annuale dell'UDMG prevista dalla DGR n. 1963/2018, contenente le azioni di miglioramento previste (razionale, azioni, indicatori di esito) sui tre temi sopra citati;
- b) riduzione del tasso di prescrizione di risonanze magnetiche muscolo-scheletriche per ciascuna AFT rispetto al valore T_0 desumibile dai dati messi a disposizione dalla SOC Istituto di igiene ed epidemiologia valutativa. Il tasso di RM va calcolato al netto delle prescrizioni "suggerite" di cui il medico di medicina generale deve dare dimostrazione.

Il conseguimento dell'obiettivo è incentivato con il compenso di € 0,75/assistito in ragione d'anno, equamente suddiviso tra i singoli indicatori.

I dati sono inviati all'UDMG distrettuale entro trenta giorni dalla sottoscrizione dell'accordo.

L'Azienda si impegna a coinvolgere gli specialisti rispetto all'obiettivo di cui trattasi e a fornire indicazioni condivise sul ricorso agli accertamenti diagnostici e a incentivare l'uso del ricettario SSR da parte degli specialisti operanti sia nelle strutture pubbliche che private, con nota inviata entro trenta giorni dalla sottoscrizione del presente accordo.

2. Obiettivi strategici regionali finalizzati al governo clinico

Gli obiettivi definiti nel presente paragrafo sono finanziati con le fonti di seguito riepilogate:

- risorse complessive aziendali relative alla quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico pari a € 4,74 integrata dalla Regione con la quota di € 3,26/anno per assistito;
- il 40% dei residui di cui al punto 10 dell'AIR 2016-2018 relativi agli anni 2016, 2017 e 2018, che sono stati accantonati nel bilancio aziendale in attesa di indicazioni regionali sul loro utilizzo, pari a € 1.508.798,64;
- le risorse complessive aziendali relative alle quote accantonate con separata evidenza in sede di chiusura del bilancio di esercizio anno 2022 derivanti dall'incremento a partire dall'1 ottobre 2022 di € 1,66 del fondo per l'effettuazione di specifici programmi come da indicazioni contenute nella nota prot. 139880 del 20 settembre 2022 della Direzione centrale salute pari a € 191.264,79.

Le parti, preso atto dell'individuazione degli obiettivi strategici stabiliti dall'accordo regionale in tema di governo clinico, definiscono per ciascun punto le progettualità di seguito descritte, riferite al paragrafo 2 del medesimo accordo.

Ai fini della determinazione del compenso, fermo restando il valore della quota di cui all'art. 47, comma 2, lett. b) dell'ACN, come integrato ex DGR n. 545/2023, i restanti importi di cui al primo paragrafo del punto 2 della DGR in parola sono liquidati in seguito alla rendicontazione dell'attività a utilizzo totale delle risorse disponibili.

Agli obiettivi di seguito descritti corrisponde una valorizzazione percentuale precisata a margine di ciascuno.

Obiettivo A: ottimizzazione dell'impiego degli inibitori di pompa protonica (peso 10%)

L'impiego degli inibitori di pompa protonica a carico del SSN è soggetto al rispetto delle note AIFA 1 e 48 che ne disciplinano l'uso appropriato. Spesso associati ad altre terapie farmacologiche, concorrono a incrementare la polifarmacoterapia e i rischi di interazioni tra i farmaci che la compongono.

Il sistema di misurazione Bersaglio ha da anni stimato il consumo medio pesato di tale tipologia di medicinali al fine di massimizzarne l'uso appropriato. Tale valore è puntualmente indicato nelle Linee per la gestione del SSR per l'anno 2023 quale obiettivo nell'ambito degli indicatori d'attività e di esito e obiettivi d'assistenza.

Indicatore (A+B):

A) Riduzione del consumo di unità posologiche del rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente misurato come numero unità posologiche (UP) su popolazione assistibile *pro capite* pesata. Valore target < 10%

$$\frac{\text{UP(IPP)2023}}{\text{Popolazione pro capite pesata 2023}} \quad \text{vs} \quad \frac{\text{UP(IPP)2022}}{\text{Popolazione pro capite pesata 2022}} < 10\%$$

B) Ottimizzazione dell'impiego dei confezionamenti a copertura delle terapie croniche

$$\frac{\text{Numero di confezioni da 28UP dato 2023}}{\text{Numero di confezioni totali da IPP}} > \frac{\text{Numero di confezioni da 28UP dato 2022}}{\text{Numero di confezioni totali da IPP}}$$

UP = unità posologiche

IPP = inibitori di pompa protonica

2023 = anno 2023

2022 = anno 2022

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo di cui trattasi, l'Azienda si impegna a inviare una nota illustrativa agli specialisti dipendenti, agli specialisti convenzionati e alle strutture private convenzionate, estesa per conoscenza alle organizzazioni sindacali entro trenta giorni dalla sottoscrizione del presente accordo.

Obiettivo B: contenimento della spesa farmaceutica dovuta alla somministrazione di farmaci

biosimilari (peso 10%)

Le Linee per la gestione del SSR 2023 stabiliscono che, nell'ambito delle categorie di farmaci per i quali è disponibile un'alternativa biosimile, le aziende assicurino azioni d'incentivazione dell'utilizzo dei medicinali che possano garantire ricadute economiche più favorevoli per il SSR. Tali azioni vanno rivolte a tutti gli ambiti assistenziali (specialistico-ospedaliero, territoriale e della continuità ospedale-territorio). L'Agenzia Italiana del Farmaco, come espresso nel secondo *Position paper* sui farmaci biosimilari, considera i biosimilari prodotti intercambiabili con i corrispondenti originatori (cosiddetto *switch*), tanto per i pazienti avviati per la prima volta al trattamento (*naïve*) quanto per quelli già in terapia.

L'EMA e l'HMA (*Heads of Medicines Agencies*, la rete dei direttori delle Agenzie per i medicinali) hanno rilasciato una dichiarazione congiunta confermando che i medicinali biosimilari approvati nell'Unione europea sono intercambiabili con il medicinale di riferimento o con un biosimilare equivalente.

I biosimilari costituiscono, rispetto ai loro originatori, un'opzione terapeutica aggiuntiva e consentono il trattamento di un numero maggiore di pazienti garantendo più salute a parità di risorse. Eventuali reazioni avverse (compresa la mancata efficacia del farmaco) osservate con il biosimilare, al pari di come avviene per il biologico, vanno segnalate alla nuova Rete di Farmacovigilanza (<https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/>).

È oggetto di valutazione l'insulina glargine.

Indicatore:

- Insulina glargine in formulazione 100 unità/ml: DDD biosimilare/DDD totale (biosimilare + biologico) \geq 40%

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo di cui trattasi, l'Azienda si impegna a inviare una nota illustrativa entro trenta giorni dalla sottoscrizione del presente accordo agli specialisti dipendenti, agli specialisti convenzionati e alle strutture private convenzionate, estesa per conoscenza alle organizzazioni sindacali nonché a promuovere un incontro tra i medici di assistenza primaria e i dirigenti medici di diabetologia.

Obiettivo C: collaborazione alla definizione e presa in carico dei pazienti fragili (peso 40%)

Il MMG collabora, per la parte di sua competenza, alla compilazione delle schede di valutazione Val.Graf.FVG, Q-VAD, Telesoccorso e delle altre schede regionali e nazionali finalizzate a definire la condizione di gravissima disabilità ex art. 3 DM 26 settembre 2016 per il Fondo non autosufficienza, e partecipa alle UVM dei casi complessi. Negli altri casi, compresi quelli per ingresso in RSA con modulo "Sollievo", è comunque tenuto a trasmettere al distretto/PUA le informazioni cliniche necessarie, qualora richieste, eventualmente anche nella forma di *Patient summary* per pazienti cronici/fragili.

Indicatore:

nel 100% dei casi collabora all'identificazione del paziente fragile per la parte di competenza, utilizzando strumenti quali:

- scheda Val.Graf.FVG (paragrafo dedicato alla valutazione medica);
- scheda Q-VAD a favore degli ospiti disabili dei Centri diurni, residenziali o domiciliari e/o delle schede individuate a livello regionale/nazionale per Fondo non autosufficienza;
- scheda telesoccorso (modulo B copia del *Patient summary* e diario farmaci in caso di attivazione di agenda farmaci);
- verbale dell'unità di valutazione multiprofessionale (UVM).

Qualora il medico nel corso dell'anno non abbia mai ricevuto richieste riguardanti la casistica di cui sopra, l'obiettivo si intende comunque raggiunto.

Obiettivo D: partecipazione dei MMG alle vaccinazioni e alle attività correlate al fine di garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale (peso 20% +

20%)

a) *Indicatore:*

a fronte di una copertura desiderabile da Piano nazionale prevenzione vaccinale pari al 75% e a una copertura in ASU FC di tutta la popolazione ultrasessantacinquenne per la stagione 2022-23 di circa il 60%, vaccinare contro l'influenza almeno il 65% dei propri assistiti che abbiano un'età ≥ 75 anni (nati prima dell'1.01.1949), secondo le indicazioni fornite dal Dipartimento di prevenzione nella campagna 2023-24 (da ottobre 2023 a gennaio 2024 compresi) e registrare le vaccinazioni eseguite nel Portale continuità della cura entro 10 giorni dalla vaccinazione:

- denominatore per il calcolo dell'indicatore: popolazione assistita con 75 anni compiuti;
- valore: 100% se copertura $\geq 65\%$ o fino a esaurimento delle scorte aziendali di vaccino, in proporzione $< 65\%$ ma $\geq 50\%$; 0 se copertura $< 50\%$.

L'obiettivo va rimodulato nel caso di modifiche dell'attuale organizzazione della campagna vaccinale antinfluenzale con la creazione di centri vaccinali.

b) *Indicatore:*

a fronte di una copertura desiderabile da Piano nazionale prevenzione vaccinale pari al 75%, vaccinare contro lo pneumococco nel corso di tutto il 2023 almeno il 60% dei propri assistiti che abbiano un'età ≥ 65 anni (nati entro il 31.12.1958) non già vaccinata dal Dipartimento di prevenzione e registrare le vaccinazioni eseguite nel Portale continuità della cura entro 10 giorni dalla vaccinazione:

- denominatore: popolazione assistita con 65 anni compiuti all'1 gennaio 2023 e non già vaccinata dal Dipartimento di prevenzione;
- valore: 100% se copertura $\geq 60\%$ o fino a esaurimento delle scorte aziendali di vaccino, in proporzione $< 60\%$ ma $\geq 50\%$; 0 se copertura $< 50\%$.

La formazione sull'uso dei suddetti vaccini è resa disponibile dal SISP mediante incontri da remoto.

Gli assistiti già vaccinati in precedenza con il vaccino anti-pneumococcico non vanno rivaccinati ma concorrono al raggiungimento dell'obiettivo del 60% di popolazione >65 vaccinata. Si specifica che la vaccinazione antipneumococcica è destagionalizzata e pertanto il vaccino può essere effettuato in qualsiasi momento dell'anno.

Viene mantenuto il compenso attualmente previsto per ciascuna prestazione vaccinale in vigore dal 2006 (DGR n. 269/2006).

L'obiettivo D) si intende comunque raggiunto nel caso in cui la fornitura dei vaccini sia insufficiente rispetto al fabbisogno (*target* sopra specificato).

3. Risposta all'emergenza derivante dalla carenza di professionisti e garanzia della continuità clinica e/o miglioramento dell'accessibilità all'assistenza primaria

Azione A: estensione ai medici con incarico provvisorio degli obiettivi di cui al punto 2, già previsti per gli incarichi temporanei e di titolarità

L'apporto dei singoli è valutato dal direttore del distretto in UDMG in relazione alla durata dell'incarico, con eventuale riproporzionamento laddove, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo, sia rilevante l'arco temporale di attività, con il limite minimo di tre mesi.

Azione B: sostegno alle aree disagiate o disagiatissime e a situazioni caratterizzate da mancata copertura di posti carenti nell'anno precedente

- Ai destinatari di incarico provvisorio o temporaneo nelle aree disagiate o disagiatissime ovvero nelle situazioni caratterizzate da mancata copertura di posti carenti nell'anno precedente è assegnato un contributo d'ingresso pari a € 3.000,00 *una tantum*. In caso di rinuncia anticipata all'incarico il contributo è rimborsato all'Azienda in misura proporzionale.
- Nelle sole zone disagiate e disagiatissime, è assegnato un contributo di € 4.000,00 per l'apertura o il mantenimento di un ulteriore ambulatorio in diverso comune dell'ambito, laddove risiedano gli assistiti.

- La quota capitaria è incrementata nella misura di € 6,00 nelle zone disagiatissime e di € 3,00 nelle zone disagiate.

Azione C: modalità avanzate di esercizio della forma associativa (AFT) e altre misure

L'assistenza primaria a coloro che sono rimasti temporaneamente privi di medico nell'ambito del territorio del Comune, è garantita mediante ore ambulatoriali suppletive di attività concordate con il Distretto e svolte nelle sedi indicate, messe a disposizione dai medici, sia a ciclo di scelta che ad attività oraria, che compongono l'AFT con retribuzione nella misura di € 60,00 all'ora fino a un importo massimo complessivo di € 200.000,00, in caso di impossibilità di attribuire un incarico provvisorio/temporaneo in assenza dei parametri richiesti dall'ACN ovvero di impossibilità di reperire un medico disponibile a ricoprire un incarico provvisorio e in presenza del mancato incremento dei massimali.

Al fine di prevenire l'accesso improprio al Pronto Soccorso, è garantito l'incremento dell'orario di apertura degli studi dei medici a ciclo di scelta per un'ora al giorno e per cinque giorni alla settimana rispetto a quanto previsto dall'art. 35, comma 5, dell'ACN vigente. Qualora tale modalità non sia già prevista nella programmazione giornaliera, l'orario aggiuntivo deve prevedere accesso libero per esigenze indifferibili. Tale disponibilità è remunerata mediante incremento della quota capitaria per € 4,0 per assistito all'anno. Il nuovo orario deve essere formalmente comunicato al direttore del distretto ai fini dell'informazione degli assistiti, ai quali è reso noto anche in occasione dell'eventuale accesso alle sedi di pronto soccorso/punto di primo intervento.

In caso di incapienza del finanziamento regionale a copertura delle indennità per i collaboratori di studio, ai medici che hanno provveduto all'assunzione secondo i parametri e per le finalità stabilite dalla normativa vigente non ancora beneficiari dell'indennità di collaboratore di studio spetta una quota di rimborso di € 12.000,00 su base annua per le spese documentate, fino a concorso di € 150.000 complessivi.

Esperate tutte le procedure di assegnazione degli incarichi, qualora risultino assistiti rimasti temporaneamente privi di assistenza primaria, le parti concordano di far fronte all'emergenza anche mediante il ricorso all'aumento temporaneo del massimale su base volontaria. In caso di aumento del massimale oltre i 1.500 assistiti, la quota capitaria per le unità oltre i 1.500 e fino a 1.800 è parametrata alla quota dei primi 500 (€ 13,46 aggiuntivi).

Azione D: fondo da impiegare in situazioni di interventi di emergenza

Al fine di far fronte a eventuali interventi in caso di emergenza, da specificare successivamente in relazione alle necessità dell'assistenza a ciclo di scelta o ad attività oraria, è accantonato l'importo di € 100.000,00.

Azione E: azioni propedeutiche al nuovo assetto dell'assistenza territoriale

I medici a rapporto orario intervengono, in caso di necessità e su chiamata delle strutture di cure intermedie (*hospice*, ospedali di comunità, speciali unità di assistenza protratta, strutture di post-acuzie territoriale, ecc.) insistenti nel territorio del distretto di afferenza della sede di continuità nonché in carcere e presso il centro di accoglienza per immigrati, negli orari in cui il medico dedicato non è presente ed è attivo il servizio di continuità assistenziale. A fronte di tale disponibilità è previsto un incremento della tariffa oraria nella misura di € 4,376 per un totale di € 31,00 lordi/ora. L'Azienda avvia il progetto di riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale al fine di migliorarne l'efficienza.

4. Reportistica, termini di valutazione e remunerazione degli obiettivi

Al fine di perseguire il miglioramento della qualità dell'assistenza e di garantire il monitoraggio in sede di AFT dello stato di avanzamento del conseguimento degli obiettivi, l'Azienda si impegna a fornire la reportistica a cadenza quadrimestrale.

Ai fini del calcolo della quota incentivante individuale per i medici a ciclo di scelta il cui rapporto, anche provvisorio o temporaneo, sia iniziato o terminato in corso d'anno, la retribuzione è rapportata ai mesi di effettivo servizio durante l'anno e alla media degli assistiti in carico.

Tutti gli obiettivi implicanti reportistica sono valutati in relazione all'ultimo report prodotto.

La remunerazione degli obiettivi ha luogo nella seconda mensilità utile in seguito alla valutazione dei dati, in relazione alla disponibilità tecnica dei medesimi, entro i termini e le modalità previste dalla DGR n. 545/2023.

Le parti si impegnano a monitorare l'impiego delle risorse nel mese di novembre 2023.

5. Ulteriori impegni della parte pubblica

La parte pubblica si impegna ad avviare la trattativa ai fini della definizione degli obiettivi degli uffici distrettuali per la medicina generale entro il 15 ottobre 2023.

La parte pubblica si impegna ad avviare percorsi attuativi sui seguenti temi entro il 31 dicembre 2023:

- revisione dell'offerta di specialistica ambulatoriale al fine di ridurre i tempi di attesa e migliorare l'appropriatezza prescrittiva nelle diverse discipline specialistiche anche attraverso indicazioni operative e incontri diretti agli specialisti dipendenti e convenzionati e ai medici di medicina generale;
- promozione di un incontro con i referenti CUP aziendali sui temi delle priorità e revisione delle avvertenze-operatori in esito ai tavoli tecnici per disciplina;
- inserimento dei medici del ruolo unico di assistenza primaria già titolari di incarico di continuità assistenziale nelle aggregazioni funzionali territoriali dei medici di medicina generale secondo quanto previsto dall'art. 126 della legge regionale 9 giugno 2022, n. 8.

La parte pubblica si impegna a definire la revisione del modello organizzativo della continuità assistenziale secondo quanto previsto dalla DGR n. 1597/2022.

La parte pubblica si impegna, infine, a portare nelle sedi di confronto contrattualmente previste le misure idonee a mitigare l'emergenza derivante dalla carenza di professionisti.

Udine,

Parte pubblica

Dott. Denis Caporale

Dott. David Turello

Dott.ssa Angela Zanello

Dott.ssa Anna Paola Agnoletto

Parte sindacale

FIMMG, dott. Khalid Kussini

SMI, dott.ssa Maria Mainardis

SNAMI, dott. Stefano Vignando

CISL Medici, dott. Nicola Ventrella
