

**ACCORDO ATTUATIVO PER L'ARMONIZZAZIONE
DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER I
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DELLA
REGIONE MOLISE DEL 16.01.2026 CON L'ACCORDO
COLLETTIVO NAZIONALE 26.06.2026 PER LA
REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI PREVISTI
DALL'INVESTIMENTO 1.1 DENOMINATO "CASE DI
COMUNITA' E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA" DELLA
MISSIONE 6 – COMPONENTE 1 DEL PNRR".**

In data 09/7/2026 ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Accordo Attuativo per l'armonizzazione dell'AIR della Medicina Generale della regione Molise del 16.01.2026 con l'ACN 26.06.2026 per l'attuazione dell'investimento 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona" (Missione 6 – Salute, Componente 1), di cui al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), così come previsto dalle modifiche e integrazioni apportate alla Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione europea dell'8 luglio 2021.

Sono presenti:

Per la Regione Molise:

Il Commissario ad Acta alla Sanità Avv. Marco Bonamico

Il Sub-Commissario ad Acta alla Sanità Dott. Ulisse Di Giacomo

Il Direttore Generale della Salute Dott.ssa Lolita Gallo

Il Direttore Sanitario ASReM

Dott. Carmine Lauriello

Il Dirigente Amministrativo SSVD Integrazione Ospedale Territorio

Dott.ssa Maria De Leo

Direttore del Distretto di Termoli

Dott.ssa Tiziana Scellini

Delegata per il Direttore di Distretto di Isernia

Dott.ssa Paola Arcaro

Per parte sindacale: _____

O.S. FIMMG dott. Cesare Mariotti _____

O.S. FMT dott. Ernesto La Vecchia _____

Premessa

A seguito dell'entrata in vigore del nuovo Accordo Collettivo Nazionale per i rapporti con i Medici di Medicina Generale per l'attuazione dell'investimento 1.1 "Case della Comunità e presa in carico della persona" (Missione 6 – Salute, Componente 1), di cui al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), così come previsto dalle modifiche e integrazioni apportate alla Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione europea dell'8 luglio 2021, stipulato allo scopo di garantire la realizzazione nazionale degli interventi previsti dall'investimento 1.1 denominato "Case della Comunità e presa in carico della persona", del 26.06.2026 (da qui ACN 26.06.2026) la Regione Molise ha provveduto di concerto con le OOSS firmatarie dell'ACN stesso, a recepirne i contenuti, integrando per le parti attinenti l'Accordo Integrativo Regionale di recepimento dell'ACN 04.04.2024 della Regione Molise entrato in vigore in data 16.01.2026 (AIR 16.01.2026) mediante il presente Accordo Attuativo di Armonizzazione.

Il presente Accordo costituisce pertanto un'integrazione dell'AIR 16.01.2026, volta ad armonizzare ed aggiornare i contenuti dello stesso con le disposizioni dell'ACN 26.06.2026, allo scopo di disciplinare le attività orarie dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria nelle Case di Comunità nonché nell'ambito delle altre strutture e degli altri modelli organizzativi previsti dal DM n.77 del 23 maggio 2022 (DM 77/2022), come riportati nell'Allegato n.1, in modo da fornire all'ASReM una piattaforma contrattuale funzionale alla migliore implementazione delle attività dei Medici di Famiglia nel nuovo servizio di Assistenza Territoriale regionale.

Art.1 – Case di Comunità: Modello Organizzativo e standard di presenza medica

La regione e le OOSS firmatarie del presente Accordo condividono l'obiettivo di valorizzare la presenza medica prevista per le Case di Comunità (CdC) dal DM 77/2022 come recepito dalla programmazione regionale attraverso le attività dei Medici di Medicina Generale, in declinazione dell'ACN ed in coerenza con le *“Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità”* approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 9 settembre 2025.

1. I Medici di Medicina Generale concorrono a garantire la presenza medica nelle CdC della Regione Molise attraverso:
 - a) gli Ambulatori Diurni di Medicina Generale di AFT (Ambulatori di AFT) di cui al successivo comma n.2;
 - b) il servizio di Continuità Assistenziale (servizio di CA), di cui al successivo comma n.3..

Il modello specifico all'entrata in vigore del presente Accordo è descritto nell'Allegato n.1, paragrafo n.1.

2. Presso ogni CdC Hub ed ogni CdC Spoke sede di AFT prevista dalla programmazione regionale il Distretto attiva un Ambulatorio Diurno di AFT in attuazione dell'Art.44 comma 2 ACN, ad integrazione dell'assistenza fiduciaria. L'Ambulatorio di AFT è operativo nei giorni feriali dalle 08:00 alle 20:00, secondo il fabbisogno di almeno 1 medico in turno per ogni AFT, come previsto dall'Art.31 comma 6 ACN.
3. Presso tutte le CdC della Regione Molise il Distretto organizza altresì il servizio di Continuità Assistenziale della CdC, operativo dalle ore 20:00 alle ore 08:00 nei giorni feriali e per tutte le 24 ore nei giorni prefestivi e festivi, secondo il fabbisogno minimo di almeno 1 medico in servizio per turno, fatto salvo quanto previsto per le sedi ove già è presente il doppio medico (Campobasso, Termoli, Isernia e Venafro) all'entrata in vigore del presente Accordo.
4. Gli Ambulatori di AFT e le sedi di Continuità Assistenziale (CA) già presenti nei comuni sedi delle CdC regionali sono ricollocati presso le strutture delle CdC. Il servizio di CA è altresì attivato nelle CdC dei comuni ove non già presente (Riccia e Frosolone), ed i Distretti dispongono eventuali modifiche agli ambiti territoriali dei rispettivi servizi all'attivazione delle nuove sedi e nei casi di vicariamento di cui al successivo comma 6. Le rimanenti sedi di CA presenti in regione Molise e non appartenenti alle CdC restano attive nelle more della riorganizzazione del servizio, come già determinato ai sensi dell'Art.23 dell'Accordo Decentrato Regionale del 2007.
5. E' facoltà dell'ASReM, previa autorizzazione della Regione, aumentare il fabbisogno minimo di medici per turno negli ambulatori diurni di AFT delle CdC o attivare ulteriori Ambulatori Diurni presso una AFT:
 - o relativamente a specifiche necessità assistenziali, anche dovute ai volumi o alle tipologie di accessi;
 - o per particolari progettualità legate a specifici AIR o AAA.
6. Per quanto concerne il servizio di Continuità Assistenziale delle Case di Comunità, è facoltà dei Distretti, previa autorizzazione della Direzione Strategica Aziendale, aumentare temporaneamente il numero di medici in servizio per turno secondo quanto previsto dall'Art.44 comma 4, lett.c) ACN. Tale opzione può essere adottata nei seguenti casi:
 - a) in caso di vicariamento di altra sede di CA;
 - b) per allargamento dell'ambito territoriale di competenza come descritto nel successivo Art.5 comma 14.

Nel caso a) non è applicata la maggiorazione economica di cui all'Art.32 comma 9 dell'AIR 16.01.2026.

Art.2 Tipologia e gestione del fabbisogno delle attività orarie della Medicina Generale nelle Case di Comunità

1. Il fabbisogno standard orario degli ambulatori diurni di AFT delle CdC è stabilito, in coerenza con quanto disposto dall'Art.31 comma n.6 ACN, per una attività pari a 12 ore al giorno dalle ore 08:00 alle 20:00 dei giorni feriali da erogarsi mediante 1 medico/turno.
2. Il monte ore totale di cui al comma precedente viene garantito e gestito in autonomia dalle AFT mediante le attività orarie dei Medici appartenenti al Ruolo Unico di Assistenza Primaria iscritti nell'elenco di scelta di riferimento, cui sono ricondotte in via prioritaria le tutte le funzioni assistenziali diurne e feriali, nonché, ove presenti, dal plus-orario dei medici di cui ai commi n.8 e n.9 dell'Art.3 del presente Accordo.
3. Il fabbisogno orario del servizio di Continuità Assistenziale (CA) regionale non rientra nel debito orario autogestito dalle AFT di cui al comma precedente. Il servizio di CA è gestito al livello Distrettuale, per quanto concerne la turnistica, attraverso l'UCAD, secondo quanto disposto dal successivo Art.4 ed in coerenza con quanto previsto dall'AIR 16.01.2026.
4. Eventuali ampliamenti delle attività orarie ai sensi del precedente Art.1 comma n.5 non rientrano nel fabbisogno orario standard delle AFT e non concorrono all'aumento del monte orario da garantire mediante il debito orario obbligatorio dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria delle AFT.
5. La gestione di qualsiasi attività oraria diurna e feriale correlata al DM 77 resta in capo al Ruolo Unico di Assistenza Primaria e garantito mediante l'autonomia organizzativa delle AFT attraverso il Referente, fatto salvo il servizio del 116/117, per i quali sarà individuato un coordinamento specifico nell'ambito di uno specifico disciplinare tecnico.

Art. 3 Massimali di compatibilità ore-scelte e tipologie di attività orarie

1. Sono stabiliti, in coerenza con l'Art.38 comma n.1 ACN, per i medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (RUAP) iscritti negli elenchi di scelta dell'ASReM incaricati ai sensi dell'Art.31 comma 1 ACN 04.04.2024 i seguenti massimali di compatibilità ore-scelte, espletabili con priorità assoluta nelle attività Diurne e Feriali, o comunque relative al DM 77 di cui all'Allegato n.1 del presente Accordo:
 - a) dal conferimento dell'incarico fino a 400 assistiti, 38 ore;
 - b) da 401 a 1.000 assistiti, 24 ore;
 - c) da 1.001 a 1.200 assistiti, 12 ore;
 - d) da 1.201 a 1.500 assistiti, 6 ore;

Eventuali ore aggiuntive prestate presso altri servizi ad attività oraria sono espletabili esclusivamente su base volontaria e fino ad un massimo di ulteriori n.6 ore/settimanali rispetto ad ogni scaglione.

2. Per i Medici del Ruolo Unico a ciclo di scelta degli AACCNN precedenti l'ACN 04.04.2024 è stabilito il medesimo massimale orario di cui al comma precedente. Per tali medici le attività orarie sono espletabili su base volontaria, come da Art.31 comma n.5 ACN, presso le CdC (Ambulatori Diurni di AFT o CA delle CdC), fatto salvo quanto previsto dall'Art.31 comma n.6 ACN. E' consentito espletare fino ad un massimo di ulteriori n.6 ore/settimanali rispetto ad ogni scaglione.

3. Ad integrazione degli Art. 38 commi n.1 e n.2 ACN, il superamento delle 1.500 scelte mediante l'acquisizione di scelte in deroga comporta, su richiesta del medico, l'estinzione del debito orario del Ruolo Unico, fatto salvo il fabbisogno residuo di cui all'Art.31 comma 6 ACN.

4. Per i medici con incarico Temporaneo (Convenzionati ed Iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale) è stabilito il massimale di compatibilità ore-scelte di cui all'Art.38 comma 9 ACN ed è consentito di espletare fino ad ulteriori 6 ore aggiuntive/settimanali, su base volontaria.

5. Le seguenti attività a ciclo orario diurno possono essere utilizzate per compensare il debito orario dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria:

- a) Attività nelle UCA;
- b) Attività negli Ospedali di Comunità;
- c) Attività 116/117;
- d) Attività di Continuità Assistenziale;
- e) Attività negli ASCOT;
- f) Attività oraria presso le Case Circondariali;
- g) Attività di CA turistica;
- h) Attività di 118 secondo quanto previsto dall'Art.68 del vigente AIR.

Le ore di cui alle lettere a), b), c) sono assegnate prioritariamente ai medici del Ruolo Unico di cui ai commi precedenti, ed utilizzabili a compensazione dell'eventuale debito orario, oppure essere acquisite come aggiuntive, anche in applicazione dell'Art.35 comma 15 dell'AIR 16.01.2026.

6. Il debito orario dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria di cui ai commi precedenti, oltre che dei medici in APP, è vincolato prioritariamente ad assicurare le attività orarie previste dalla programmazione regionale in declinazione del D.M. 77/2022 elencati nell'Allegato n.1 al presente Accordo. Per tali medici è possibile espletare attività oraria nel servizio di Continuità Assistenziale esclusivamente su base volontaria e secondo quanto determinato dal presente Accordo, fatta eccezione per i medici di cui ai commi successivi,

per i quali la quota oraria è già contrattualizzata specificamente per il servizio di Continuità Assistenziale ed a tale servizio ricondotta.

7. Per quanto concerne l'impegno settimanale del medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta titolare di doppio incarico ad attività oraria (titolarità di Ex-CA) sono recepiti i massimali di compatibilità di cui all'Art.38 comma 7 ACN:

- a) 24 ore settimanali (8 turni/mese), fino a 650 assistiti;
- b) 12 ore settimanali (4 turni/mese), da 651 fino a 1.120 assistiti.

Al superamento dei 1.120 assistiti l'ASReM comunica la cessazione della titolarità di CA a decorrere dal mese successivo, contestualmente alla proposta di completamento orario ovvero di passaggio al Ruolo Unico in attuazione dell'Art.31 comma 3 ACN. L'ASReM provvede ad adeguare i massimali orari dei medici di cui al presente comma entro 15 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo. E' tuttavia facoltà di tali medici, qualora non abbiano raggiunto i 1.000 assistiti alla data di entrata in vigore del presente Accordo, richiedere l'applicazione dell'articolo 3, comma 5-ter del D.L. 10 maggio 2023 n. 51, scegliendo di bloccare il massimale a 1000 pazienti e 24 ore.

8. Ai medici di cui alle lettere a) e b) di cui al comma precedente è consentito espletare un plus orario minimo pari a 3 ore settimanali nelle attività dell'ambulatorio diurno della AFT di riferimento fino ad un massimo di 6 ore settimanali, fatto salvo gli obblighi di cui all'Art.31 comma n.6 ACN.

9. Per i medici con incarico a tempo indeterminato del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività Oraria (Titolari di Ex-Continuità Assistenziale) senza concomitante incarico a ciclo di scelta è stabilito il massimale di incarico di 24 ore settimanali (2 turni/settimana) come previsto dall'Art.38 comma n.8 ACN, a conferma dell'Art.24 del contratto di incarico (Accordo Decentrato Regionale della Medicina Generale della Regione Molise del 2007). Tali medici possono optare per garantire il plus orario previsto dall'ACN di almeno 4 ore/settimanali presso l'ambulatorio Diurno di AFT di appartenenza. In alternativa è consentito di aumentare il massimale fino ad un ulteriore turno settimanale nel servizio di CA, con il terzo turno espletabile nel servizio di CA di una Casa di Comunità della AFT di appartenenza oppure nella sede di titolarità.

10. L'ASReM può assegnare incarichi di sostituzione ad attività oraria secondo il massimale di 24 ore/settimanali. In caso di medico in possesso del titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale, o iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, è consentito un plus orario di 12 ore settimanali.

11. I turni ceduti ai sensi del successivo Art.5 comma 10 non costituiscono incarico da parte dell'ASReM e pertanto non hanno impatto sul massimale orario assegnato dall'ASReM in caso di incarico orario concomitante.

12. Per carenze di attività oraria inferiore alle 24 ore settimanali presso un servizio di cui all'Allegato n.1 del presente Accordo, si applica quanto previsto dall'Art.35 comma 15 dell'AIR. Tali turni, in analogia al monte ore di cui all'Art.31 comma 6 ACN, non rientrano nel massimale. Per il completamento dei turni nelle attività di cui all'Allegato n.1 al presente Accordo, esaurite tutte le possibilità di reclutamento anche dalla graduatoria ex-Art.19

comma n.6 ACN, il Direttore di Distretto può autorizzare deroghe ai massimali in caso di medici disponibili.

Art. 4 Aree Interne e Disagiate

Dato atto che la distribuzione territoriale della popolazione della regione Molise, nonché la dinamica demografica ed epidemiologica in atto, necessitano di implementare strategie organizzative utili a favorire e massimizzare la presenza del medico di fiducia nelle fasce orarie diurne e feriali nei territori e nei comuni delle aree interne, o comunque distanti dalle Case di Comunità, la regione e le OOSS firmatarie del presente accordo condividono quanto segue:

1. Possono richiedere la conversione, ovvero la trasformazione dell'orario da espletare all'interno delle strutture riconducibili al DM77 in ore da espletare all'interno degli orari di AFT ovvero all'interno degli studi medici, del debito orario del Ruolo Unico (Art.38 comma 1 ACN, Art.31 comma 6 ACN) i medici titolari di almeno 800 scelte (comprese le scelte in deroga) e con i seguenti requisiti:

- 3 o più studi professionali situati presso comuni non sede di una CdC;
- 2 studi professionali situati presso 2 comuni dalla popolazione maggiore di 600 abitanti assistibili, nessuno dei quali sede di una CdC;
- dotati di una distribuzione degli assistiti in un comune o in un gruppo di comuni tali per cui l'obbligo di presenza nella CdC andrebbe a compromettere la continuità dell'assistenza primaria garantita dall'attività fiduciaria nella fascia oraria diurna e feriale.

2. La richiesta di conversione del debito orario deve essere valutata dai medici della AFT di appartenenza mediante una specifica riunione, successivamente valutata dall'UCAD distrettuale, e l'eventuale approvazione deve essere ratificata dal Comitato Aziendale. L'intero processo di cui al presente comma deve essere concluso entro e non oltre 45 giorni dalla richiesta del medico.

3. In caso di approvazione, il medico di cui al comma precedente deve aumentare l'orario di apertura dello studio o, in caso di medico con più studi professionali, degli studi, in misura proporzionale debito orario teorico di AFT calcolato in base all'Art.38 comma 1 ACN, e comunque in misura non inferiore a 6 ore settimanali, eventualmente suddivisibili tra più studi. In caso di medico massimalista, l'aumento orario deve essere pari ad almeno 3 ore settimanali.

4. Non è possibile, di norma, richiedere la conversione del debito orario di cui al presente comma per i medici titolari, o comunque prevalentemente attivi con lo studio principale presso i comuni sede delle Case di Comunità della Regione Molise o presso comuni che, sulla base della valutazione discrezionale del Comitato Aziendale, siano giudicati sufficientemente accessibili alla CdC di riferimento.

5. In caso di approvazione della conversione del debito orario, in caso di attivazione del residuo orario di cui all'Art.31 comma 6, nella fase della redazione del prospetto di cui al successivo Art.5 comma 2, il monte ore residuo viene redistribuito tra i restanti medici della AFT.

6. Il Referente di AFT, acquisito formale mandato da parte dei medici di riferimento, può richiedere al Distretto di assegnare specifici incarichi di sostituzione relativi agli ambulatori Diurni di AFT allo scopo di garantire in tal modo il fabbisogno orario totale o parziale di tale attività mediante i medici di cui alla graduatoria ex-Art.19 comma 6 ACN.

Art. 5 Disciplina dell'assegnazione delle attività orarie

1. La programmazione delle attività orarie del Distretto è effettuata dall'UCAD, il quale determina i fabbisogni delle varie attività ed aggiorna i massimali di incarico orario per i medici a ciclo di scelta, provvedendo ad adeguarli dandone comunicazione ai medici, in attuazione dell'Art.38 comma n.1 e comma n.7 ACN, con un preavviso di almeno 30 giorni.

2. I Referenti di AFT predispongono il prospetto dei turni degli Ambulatori di AFT e delle altre attività Diurne e Feriali interpellando in prima istanza i medici appartenenti alla AFT di riferimento secondo l'ordine di cui al successivo comma n.3. Il Referente recepisce eventuali preferenze, ed ha facoltà di proporre al Distretto quanto previsto dal comma n.6 del precedente Art.4.

3. Nella stesura del prospetto il Referente provvede ad interpellare i medici della AFT seguendo il seguente ordine di preferenze per quanto concerne le assegnazioni di tutte le attività orarie:

- a) Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria dell'Art.38 comma 1 ACN 04.04.2024, ordinati per anzianità di incarico nel Ruolo Unico presso l'ASReM;
- b) Medici titolari di ex-CA, con e senza doppio incarico nell'Assistenza Primaria, ordinati per anzianità di titolarità di ex-CA, esclusivamente secondo il plus orario diurno stabilito dall'Art.3 commi n.8 e n.9 del presente Accordo;
- c) Medici di cui all'Art.31 comma 5 ACN della AFT, interpellati per anzianità di incarico a ciclo di scelta presso l'ASReM, cui viene richiesta la disponibilità ad espletare, su base volontaria, ore aggiuntive.
- d) Medici del Ruolo Unico di altre AFT del Distretto (a tempo indeterminato o temporaneo) disponibili a svolgere attività oraria presso AFT diverse da quella di appartenenza.

Per i casi di medici titolari in stato di gravidanza e per i genitori fino al compimento del terzo anno di età del bambino che ne facciano richiesta, correlata da documentazione, è data la precedenza nella scelta della tipologia di attività orarie.

4. Successivamente, in caso di carenza residua presso l'Ambulatorio Diurno di AFT, il referente di AFT ripartisce il fabbisogno residuo tra tutti i medici a ciclo di scelta della AFT come previsto dall'Art.31 comma n.6 ACN, fatto salvo i casi di cui all'Art.4 comma n.5 del presente Accordo. Nella distribuzione del monte ore residuo i medici hanno facoltà di comunicare al Referente le proprie preferenze rispetto all'assegnazione dei turni, che saranno valutate, di norma, secondo l'anzianità di titolarità a ciclo di scelta presso l'ASReM, rispettando sempre il principio dell'equità distributiva rispetto alle giornate di impegno. Il fabbisogno residuo viene ripartito secondo un minimale di n.3 ore/medico e fino ad un massimale di n.6 ore/medico.

5. Qualora residuino, distribuite a tutti i medici di cui al comma precedente le 6 ore previste dall'Art.31 comma n.6 ACN, ulteriore carenza oraria, in assenza di disponibilità da parte dei medici a garantire il completamento del fabbisogno in deroga ai massimali, il Referente di AFT ne dà comunicazione al Distretto, che provvede ad attingere alla graduatoria ex-Art.19 comma n.6 ACN. In assenza di personale disponibile, le AFT possono, in caso di disponibilità dei medici di riferimento, mettere a disposizione per le fasce orarie scoperte uno o più studi professionali situati all'interno del comune sede della CdC, a vicariamento delle funzioni dell'Ambulatorio Diurno temporaneamente scoperto. Tali ore vengono remunerate al pari della quota già prevista per le CdC.
6. Il prospetto potrà prevedere turni da un minimo di 3 ore ad un massimo di un turno continuativo di 12 ore. Non è prevista, né remunerata, la reperibilità per le attività degli ambulatori diurni di AFT, delle UCA, degli OdC.
7. In applicazione dell'Art.35 comma n.6 ACN, l'espletamento del debito orario in ambulatorio Diurno di AFT della CdC può costituire motivo di deroga all'obbligo di apertura dello studio professionale. E' in ogni caso giustificato il cambio degli orari di apertura studio allo scopo di espletare il turno in ambulatorio diurno di AFT della CdC.
8. In caso di eventuali ampliamenti delle attività orarie diurne e feriali di AFT oltre il fabbisogno standard delle CdC stabilito dall'Art.2 comma n.1 del presente Accordo, per far fronte a tale volume di ore il Referente di AFT attinge direttamente alla graduatoria ex-Art.19 comma n.6 ACN.
9. Successivamente alla chiusura del prospetto, i medici della AFT possono concordare fra loro una differente articolazione delle ore, purché venga garantita la continuità dei servizi. E' possibile scambiare o cedere turni ad un altro medico della AFT inserito nel prospetto, dandone comunicazione al Referente.
10. In caso di improvvisa impossibilità a svolgere il proprio turno, a tutela della continuità dei servizi, il medico assegnatario ha la possibilità farsi sostituire da un medico che si renda disponibile reperito in autonomia, in analogia a quanto previsto dall'Art.36 comma n.1 ACN per le sostituzioni brevi a ciclo di scelta. Il medico individuato non deve trovarsi in condizioni di incompatibilità rispetto all'ACN e deve essere in possesso dei requisiti utili all'iscrizione nella graduatoria ex-Art.19 comma n.6 ACN.
11. La sostituzione non programmata di cui al comma precedente non costituisce incarico aziendale e non ha impatto sui massimali in caso di concomitante incarico a ciclo orario del medico che sostituisce. Il medico titolare che cede il turno è tenuto a dare comunicazione al Referente di AFT.
12. Il Referente di AFT non è responsabile della gestione successiva dei turni a seguito della predisposizione e dell'approvazione del prospetto da parte dell'UCAD ovvero del Distretto. Il Referente ha il compito di rendicontare le attività orarie.
13. Il servizio di Continuità Assistenziale regionale, nelle more della riorganizzazione già prevista dall'Art.23 dell'Accordo Regionale del 2007, mantiene l'infrastruttura già presente in regione, integrando le sedi già attive con il servizio di Continuità Assistenziale delle 13 CdC. L'UCAD organizza la turnistica del servizio nominando, se ritenuto opportuno, tra i propri membri, un coordinatore specifico per il servizio, e provvede ad assegnare i turni ai

Medici già titolari di ex-CA presso la sede di titolarità, nel rispetto dei massimali di cui al precedente Art.3 a seconda della coesistenza o meno del doppio incarico a ciclo di scelta.

14. In caso di carenza residua nella CA, l'ASReM provvede ad assegnare incarichi di sostituzione secondo l'Art.3 comma n.10 del presente Accordo, proponendo l'incarico ai medici di cui alla graduatoria ex-Art.19 comma n.6 ACN.

15. L'attività di Continuità Assistenziale non rientra nel debito orario obbligatorio del Ruolo Unico di Assistenza Primaria. Allo scopo di massimizzare la copertura del servizio, su base volontaria, i medici del Ruolo Unico dell'ACN 04.04.2024 possono espletare parte del proprio monte orario nel servizio di CA, senza eccedere i massimali o comunque, in caso di medico privo di debito orario, secondo il massimale di 6 ore/aggiuntivo di cui al precedente Art.3. Tale opzione è valida anche per i medici del Ruolo Unico a ciclo di scelta pre-ACN 04.04.2024.

16. Per quanto concerne i turni diurni del servizio di Continuità Assistenziale, per consentire maggior capacità di reclutamento valorizzando la flessibilità oraria, oltre ai turni da n.12 ore è possibile per i Distretti prevedere turni da n.6 ore.

17. Nel caso in cui, raggiunti i limiti dei massimali di cui al presente Accordo ed incaricati altresì tutti i medici disponibili dalla graduatoria ex-Art.19 comma n.6 ACN, a seguito della predisposizione dei turni di Continuità Assistenziale, siano presenti turni scoperti, è facoltà del Distretto mettere in atto una delle seguenti strategie di compensazione:

- a) predisporre il vicariamento dell'Ambito Territoriale della sede di CA scoperta attraverso la riassegnazione dell'intero ambito scoperto ad una singola sede di CA, ed in tal caso sono attivate le disposizioni di cui all'Art.32 commi 8 e 9 AIR.
- b) attivare, in caso di medici disponibili, il potenziamento temporaneo dell'organico della sede di CA vicariante per tutto il turno o fino alle 00:00 (Cfr. Art.44 comma 4, lett. c ACN). In tal caso non si applicano le maggiorazioni di cui al richiamato Art.32 commi 8 e 9.

Art.6 Compiti del Medico dell'Ambulatorio Diurno della CdC

1. L'Art. 44 comma 5 ACN stabilisce che la riorganizzazione dei servizi ad attività oraria dei Medici del Ruolo Unico deve tener conto delle necessità assistenziali fissate dalla programmazione regionale. In tal senso la Regione Molise qualifica le prestazioni assistenziali non differibili di cui all'Art. 43 comma n.7 lett.a) ACN come quelle condizioni morbose a bassa complessità in cui non sussistano segni di pericolo di vita e che non siano sospette di patologie tempo dipendenti, ove non siano in atto alterazioni gravi delle funzioni respiratoria, cardiocircolatoria, nervosa, già dettagliate nell'Allegato n.1, Articolo 6, dell'AIR 16.01.2026.
2. In coerenza con quanto previsto dalle *“Linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle Case della Comunità”* approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 9 settembre

2025, sono criteri di esclusione assoluta di appropriatezza di accesso ai servizi a ciclo orario del Ruolo Unico di Assistenza Primaria e della Continuità Assistenziale, a titolo di esempio:

- Dolore toracico;
- Dispnea acuta;
- Deficit neurologico acuto;
- Cefalea intensa e inusuale;
- Trauma;
- Ferite che necessitino di punti di sutura;
- Patologie Psichiatriche acute o scompensate;
- Sincope/perdita di conoscenza;
- Addome Acuto;
- Urgenza Ostetrica o Ginecologica.

Nel caso in cui si presentino pazienti con problematiche non rientranti nei criteri di accesso, il medico dell'Ambulatorio Diurno, informato il paziente, lo riconduce nei percorsi appropriati, ovvero, in caso di necessità, attiva direttamente il servizio di emergenza urgenza – 118 come previsto dall'Art.44 comma 7 lett.a) ACN.

3. I medici incaricati presso gli ambulatori Diurni di MG di AFT assolvono alle funzioni previste dal presente Accordo secondo la seguente declinazione minima regionale:
 - a) Attività ambulatoriale aperta al pubblico dalle 08:00 alle 20:00 dei giorni feriali;
 - b) Attività domiciliare, sulla base delle disposizioni del Distretto;
 - c) Attività prescrittiva per terapie farmacologiche non differibili;
 - d) Attività in forma di Telemedicina, sulla base delle progettualità aziendali;
 - e) Eventuali ulteriori progettualità relative a specifici Accordi.

4. Le prestazioni agli utenti residenti fuori dalla regione Molise o fuori dalla AFT sono prestate secondo quanto disposto dall'Art.44 del vigente Accordo Integrativo Regionale 16.01.2026.

5. L'accesso diretto al servizio per le visite ambulatoriali da parte dell'utenza della Casa di Comunità di riferimento è consentita liberamente, o su indicazione del MMG, della COT o del servizio 116117 secondo i canali ed i protocolli di attivazione individuati a livello Distrettuale.

6. Le visite domiciliari sono in ogni caso richieste:
 - Dal MMG a rapporto fiduciario del paziente;
 - Dalla COT;
 - Dal 116/117.

I Distretti con proprio provvedimento possono autorizzare le visite domiciliari, individuando l'ambito territoriale di riferimento per ogni CdC, tale per cui non si configuri il rischio di una interruzione significativa della presenza medica ambulatoriale a causa dell'eccessiva distanza di percorrenza;

7. Non è prevista né consentita in alcun caso l'attivazione diretta del servizio degli Ambulatori Diurni di AFT a mezzo telefonico da parte dell'utenza o da parte della centrale 118, ed i medici non sono tenuti a possedere né acquisire competenze proprie dei servizi di emergenza-urgenza.

8. La regione e le OOSS firmatarie del presente Accordo condividono la necessità di supportare i servizi degli ambulatori diurni e di Continuità Assistenziale mediante personale infermieristico specificamente dedicato al triage ed alla registrazione degli accessi. Il Distretto predisporrà un report trimestrale degli accessi senza invio dell'assistito da condividere nelle sedi UCAD con i referenti di AFT al fine di audit.

Art.7 Ospedali di Comunità

1. Considerata la coesistenza degli Ospedali di Comunità (OdC) della Regione Molise presso le medesime strutture sede delle Case di Comunità, nonché di ulteriori strutture sanitarie di degenza assistenziale a bassa complessità clinica (es.RSA), la Regione e le OOSS condividono l'opportunità di disciplinare gli standard di presenza medica e le attività assistenziali dei Medici di Medicina Generale negli OdC allo scopo di garantire la piena medicalizzazione ed elevare il livello qualitativo di tali presidi nell'ambito del servizio di Cure Territoriali regionali.

2. Il DM 77/2022 stabilisce un fabbisogno orario diurno e feriale di presenza medica negli OdC (riferito ai 20 posti letto previsti) pari a 4,5 ore al giorno per 6 giorni la settimana, con il completamento notturno, prefestivo e festivo garantito dalla CA.

3. La regione Molise persegue l'obiettivo di potenziare il servizio garantendo la copertura medica attraverso i Medici di Medicina Generale attivi presso gli OdC nella fascia oraria 08:00 - 20:00 dei giorni feriali in analogia a quanto previsto dagli ambulatori Diurni di AFT.

4. I Medici di Medicina Generale partecipano dunque alle attività continuative dell'OdC attraverso:

- a) Gli accessi programmati ai propri assistiti ricoverati da parte dei Medici a rapporto fiduciario, responsabili del Piano Assistenziale;
- b) Le attività di supporto e pronta disponibilità medica diurna e feriale all'ODC, da normare al livello Distrettuale, anche con riferimento allo sviluppo dei percorsi di integrazione ed arruolamento integrati AFT/CdC-OdC-COT-UCA ed all'empowerment del paziente e dei caregiver familiari, attraverso l'addestramento alla gestione delle nuove condizioni cliniche e al riconoscimento precoce dei sintomi di instabilità in vista del rientro al domicilio.
- c) Le prestazioni assistenziali non differibili notturne, prefestive e festive, garantite dai Medici di CA, come previsto dal DM 77.

5. Il monte orario di cui al comma 3 del presente articolo è relativo alla lettera b) del comma precedente, ed è ricondotto, di norma, ai medici titolari della AFT cui è situato l'OdC.

6. Il monte orario di cui al precedente comma n.2 è assegnato dal Referente con priorità assoluta ai medici a ciclo di scelta della AFT che hanno optato per posizionare lo studio professionale presso la CdC ove sia situato l'OdC. Per tali medici, l'espletamento di tale monte ore costituisce, su base volontaria, una attività oraria totalmente o parzialmente in deroga ai massimali, oppure un motivo di compensazione totale o parziale del debito orario del Ruolo Unico, e viene ripartito mediante accordo interno tra i medici secondo il principio dell'equità distributiva.

7. In caso di ore residue presso l'OdC, queste vengono introdotte nel fabbisogno orario residuo Distrettuale ed assegnate secondo i criteri del precedente Art.5.

8. In caso di medici organizzati in Spoke di AFT (Ex.M.Gruppo) in una struttura situata presso l'OdC, i MMG appartenenti allo Spoke stesso, previa autorizzazione del Comitato Aziendale, possono nominare un Referente Organizzativo il quale supporterà le attività del Coordinatore Infermieristico negli obiettivi di integrazione di cui al precedente comma 3, lett b. In tale eventualità, l'UCAD provvederà a disciplinare specifiche progettualità e percorsi. Al MMG Referente Organizzativo sono riconosciute 3 ore/settimanali di attività specifica, detraibile, su base volontaria, dal massimale orario.

9. Per i casi di cui al punto precedente, qualora lo Spoke di AFT riesca a garantire, mediante il coordinamento degli orari di apertura degli studi afferenti allo Spoke la copertura medica h12 diurna e feriale, ai medici appartenenti allo Spoke è corrisposta una indennità specifica per la copertura continuativa dell'OdC pari a 5,5 Euro/anno/assistito.

10. Nel caso in cui venga garantita la copertura h12 di cui al precedente comma, il fabbisogno di attività oraria dell'OdC di riferimento non viene calcolato nel prospetto distrettuale.

Art.8 Unità di Continuità Assistenziale UCA

1. Il fabbisogno orario delle UCA è stabilito in n.12 ore/giorno, nei giorni feriali/Distretto. Il Distretto ha facoltà di modulare in autonomia gli orari di attività ed il monte orario totale ovvero il numero di medici in servizio per turno a seconda delle necessità e della specifica esperienza o formazione dei medici in relazione alle funzioni individuate ai sensi del comma successivo.
2. Le funzioni delle UCA sono determinate al livello Distrettuale, e possono essere ricondotte alle funzioni del paragrafo 7 del DM 77/2022:
 - a) Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
 - b) Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
 - c) Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
 - d) Programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni

domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti “fragili” (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);

- e) Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc.

a discrezione del Distretto, le UCA dell'ASReM possono essere adibite ad ulteriori attività sanitarie a supporto del Distretto, ivi comprese:

- partecipazione alle attività delle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) e supporto alla compilazione delle schede SVAMA/SVAMDi;
- supporto ai servizi distrettuali di Cure Domiciliari;
- attestazione dello stato di necessità per presidi protesici e ausili;
- supporto alle procedure per il rilascio e l'attestazione di esenzioni per patologia, secondo criteri definiti dall'ASReM in coerenza con la normativa nazionale e regionale;
- presa in carico sanitaria e supporto assistenziale alla popolazione migrante;
- ulteriori funzioni riconducibili alla Medicina dei Servizi e alle esigenze operative dei Distretti.

3. Per le attività generiche di cui all'Art.7 del DM 77/2022, non sono richiesti particolari requisiti formativi o abilitazioni da parte del Distretto e le specifiche attività sono normate al livello Distrettuale con provvedimenti dell'UCAD. Per le altre attività, è facoltà del Distretto stesso stabilire i requisiti ed i criteri di selezione prioritaria dei medici ad integrazione di quanto stabilito nell'Art.5 del presente Accordo. Tale disciplina dovrà essere approvata dal Comitato Aziendale.
4. Tutte le procedure operative ed i protocolli delle UCA sono stabilite dall'UCAD, fatta salva la possibilità dell'ASReM di formulare regolamenti-quadro, da approvare in sede di Comitato Aziendale.
5. L'ASReM, ove necessario, provvede ad assicurare i medici che svolgono attività oraria del ruolo unico di assistenza primaria contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi del presente articolo.

Art.9 Centrale Operativa di Continuità dell'Assistenza Primaria (COCAP)

1. La regione Molise attiva entro il 2026, a supporto della CO 116117, un Terminale Territoriale mediante l'impiego dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, a cui l'operatore laico del 116117 potrà deviare la chiamata.

2. Il Terminale è individuato nella Centrale Operativa di Continuità dell'Assistenza Primaria (COCAP), servizio garantito dai Medici di Medicina Generale del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo orario, i quali saranno in grado di fornire le seguenti prestazioni:
 - a) Consulenza medica telefonica;
 - b) Televisita;
 - c) Teleconsulto/teleconsulenza sanitaria;
 - d) Attivazione della visita medica domiciliare da parte dell'ambulatorio diurno di AFT, secondo le disposizioni Distrettuali;
 - e) Attivazione della prestazione infermieristica domiciliare;
 - f) Indirizzo dell'utente, sulla base del sospetto clinico, al servizio maggiormente appropriato ovvero alla Casa di Comunità o al Pronto Soccorso.
3. La COCAP è interconnessa con le Centrali Operative Territoriali (COT) della regione Molise, con le Case di Comunità e le AFT, e con tutti gli altri servizi del Servizio Sanitario Regionale (SSR);
4. Il fabbisogno orario, i criteri di individuazione dei medici, i requisiti formativi ed il modello organizzativo specifico saranno disciplinati dal Comitato Regionale mediante l'approvazione di uno specifico disciplinare tecnico, secondo i principi di cui al successivo Allegato n.1.

Art.10 Trattamento Economico

1. Il Trattamento economico per le attività orarie dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria della Regione Molise è determinato, fatti salvi gli incrementi derivanti da successivi ACN:

- a) Compenso orario base di cui all'Art.47 comma 3, lett. a) + b), definito a livello nazionale;
 - b) Maggiorazione di cui all'Art. 47 , comma 3, lett.c per ogni ora di servizio espletata nelle attività presso le strutture ed i modelli organizzativi previsti dal D.M. 77/2022 di cui all'Allegato n.1 al presente Accordo;
 - c) Maggiorazione ulteriore di cui all'Art.47 comma 3 lett.D ACN esclusivamente per le attività orarie diurne e feriali degli Ambulatori Diurni di AFT;
 - d) Indennità ex-Art. 47 comma 8 ACN, per l'utilizzo mezzo proprio pari ad Euro 1,70/Ora, in caso di attività oraria che contempli le visite domiciliari in assenza della fornitura, da parte dell'ASReM, di un auto di servizio.
2. La reperibilità è prevista esclusivamente per il servizio di Continuità Assistenziale ed è rideterminata in Euro 24 per un turno da 12 ore ed Euro 12 per un turno da 6 ore, nel caso il Distretto opti per predisporre tale frazionamento dei turni stessi.

Art.11 Ulteriori Disposizioni

1. In caso di ricollocamento ai sensi dell'Art.48 dell'AIR, il ricollocamento è previsto di norma presso la sede di AFT di appartenenza ovvero presso la CdC.
2. Per i comuni dalla popolazione inferiore al 50% del RO è stabilito il fabbisogno di attività di studio minimo regionale pari ad almeno 2 fasce orarie settimanali, su almeno 2 giorni diversi.
3. Il Distretto è responsabile della valutazione ultima dell'assetto assistenziale del territorio di competenza, cui provvede periodicamente, a cadenza almeno trimestrale e comunque prima dell'individuazione delle carenze, o a seguito delle cessazioni degli incarichi o nei casi di medici trattenuti in servizio oltre il settantesimo anno di età. Allo scopo di migliorare ed efficientare la propria copertura assistenziale, il Distretto, allo scopo migliorare l'appropriatezza dei servizi di Assistenza Primaria, ha facoltà di proporre ad un medico già titolare presso una località, l'allargamento della Zona Territoriale di titolarità stessa ad una località limitrofa. In caso di accettazione, il Distretto rivaluta l'assetto assistenziale dell'ambito, eventualmente riconsiderando le posizioni di eventuali medici già trattenuti in servizio oltre il settantesimo anno di età.
4. I medici già titolari di CA possono richiedere in ogni momento lo spostamento della titolarità presso un'altra sede di CA situata nella medesima AFT.
5. Entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BURM del presente Accordo sono avviate le trattative per il rinnovo e l'aggiornamento dell'AIR 16.01.2026 allo scopo di normare: i flussi informativi, la piattaforma informatica, il FSE, il Patient Summary e gli obblighi correlati, le prestazioni aggiuntive, gli obblighi inerenti il PAI, la parte variabile del compenso.
6. Entro il termine del mese di settembre 2026 la Struttura Commissariale/Regione trasmette all'ASReM le linee di indirizzo per l'istituzione del Dipartimento di cui alla norma finale n.10 dell'AIR 16.01.2026. Successivamente l'ASReM deve istituire il Dipartimento in coerenza con le disposizioni regionali entro e non oltre il mese di Novembre 2026.
7. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo l'ASReM aggiorna gli elenchi degli aventi diritto alle pregresse indennità di Medicina di Rete, di Gruppo, di Personale di Studio e di Personale Infermieristico, adeguando altresì le coperture percentuali a quanto disposto dall'AIR 16.01.2026.
8. Allo scopo di garantire il massimo reclutamento possibile di medici disponibili nei servizi a ciclo orario regionali, la graduatoria aziendale per incarichi a tempo determinato e di sostituzione di cui all'Art.19 comma 6 ACN valida per l'anno 2026 è integrata attraverso eventuali domande di inserimento che pervengano fuori termine.
9. Per quanto concerne l'attribuzione della quota capitaria del fondo di ponderazione qualitativa derivante dagli assegni individuali non riassorbibili dei medici cessati nel rapporto convenzionale, di cui all'Art.47, Comma n.2, Lettera A, v), è rivalutata annualmente e, a partire dall'entrata in vigore del presente Accordo, è liquidata mensilmente in dodicesimi. La liquidazione delle quote derivate dagli anni precedenti avverrà con le stesse modalità già utilizzate per la ripartizione del fondo stesso per gli anni 2016 e 2017.

Pertanto, per quanto riguarda i medici in attività nell'anno di riferimento, la ripartizione sarà proporzionale al numero di assistiti in carico al 31 dicembre di ciascun anno.

10. I medici delle AFT possono sperimentare, su base volontaria, modalità di integrazione con le farmacie territoriali allo scopo di implementare e sviluppare soluzioni di Telemedicina. I protocolli attuativi dovranno essere approvati in sede di Comitato Aziendale. La progettualità, una volta definita, sarà approvata mediante specifico Accordo Regionale congiunto con la partecipazione di Federfarma.

NORME FINALI

- 1) Ai Medici che abbiano prodotto domanda di spostamento ai sensi della Norma Transitoria n.1, non in possesso dei requisiti dei 2 anni di anzianità di servizio presso l'ASReM, è approvato lo spostamento presso la AFT indicata con formalizzazione dalla data di raggiungimento del 2 anno di convenzione, calcolato a partire dalla data di accettazione dell'incarico.
- 2) Il presente Accordo integra e, limitatamente alle attività specificamente oggetto dell'Articolato, modifica l'AIR 16.01.2026.

ALLEGATO n.1: STRUTTURE E MODELLI ORGANIZZATIVI PREVISTI DAL DM n.77/2022 DELLA REGIONE MOLISE ALL'ENTRATA IN VIGORE DEL PRESENTE ACCORDO.

1. MODELLI ORGANIZZATIVI DELLE CASE DI COMUNITA' (STANDARD REGIONALE) DELLA REGIONE MOLISE

Le CdC della regione Molise sono elencate nel paragrafo n.3 dell'Allegato n.1 al DCA n.161 del 16.10.2025, di seguito riportate. La presenza medica standard descritta in tabella è aggiornata secondo gli standard previsti dal presente Accordo in coerenza con l'ACN 26.06.2026.

Casa di Comunità	AFT afferenti (n.Amb.AFT)	Continuità Assistenziale	Presenza Medica
Campobasso	2 AFT (CB1 e CB2)	2 Medici/Turno	H24 7/7
Bojano	1 AFT (Bojano)	1 Medico/Turno	H24 7/7

Riccia	1 AFT (Riccia)	1 Medico/Turno	H24 7/7
Trivento	1 AFT (Trivento)	1 Medico/Turno	H24 7/7
Termoli	2 AFT (TE1 e TE2)	2 Medici/Turno	H24 7/7
Larino	1 AFT (Larino)	1 Medico/Turno	H24 7/7
Montenero di Bisaccia	1 AFT (Montenero di Bisaccia)	1 Medico/Turno	H24 7/7
Santa Croce di Magliano	Ricompresa in AFT Larino	1 Medico/Turno	H12 feriale H 24 prefestivi e festivi
Castelmauro	Ricompresa in AFT Montenero	1 Medico/Turno	H12 feriale H 24 prefestivi e festivi
Isernia	1 AFT (Isernia)	2 Medici/Turno	H24 7/7
Venafro	1 AFT (Venafro)	2 Medici/Turno	H24 7/7
Agnone	1 AFT (Agnone)	1 Medico/Turno	H24 7/7
Frosolone	Ricompresa in AFT Agnone	1 Medico/Turno	H12 feriale H 24 prefestivi e festivi
Totale 13 CdC	Totale 12 AFT/amb.Diurni Totale 12 medici/turno	Totale 17 medici/turno	

Tutte le CdC sede di AFT garantiscono la presenza medica h24 per 7 giorni la settimana mediante il seguente schema (settimana - modello priva di prefestivi e festivi infrasettimanali):

Fascia oraria	LUN	MART	MER	GIO	VEN	SAB	DOM
08:00 - 20:00	Amb. AFT	Amb. AFT	Amb. AFT	Amb. AFT	Amb. AFT	CA	CA
20:00 - 08:00	CA	CA	CA	CA	CA	CA	CA

Amb.AFT: Ambulatorio Diurno di Medicina Generale di AFT; CA: Continuità Assistenziale.

La regione e le OOSS firmatarie del presente accordo condividono l'obiettivo di aumentare la copertura h24 in tutte le CdC.

In tal senso, fino al 31.12.2026, i Distretti dell'ASReM possono attivare Ambulatori Diurni di AFT anche presso le CdC Spoke (Santa Croce di Magliano, Castelmauro, Frosolone.). Il monte ore di tali servizi rientra nelle disposizioni di cui all'Art.1 comma n.5 del presente Accordo e non concorre al debito orario standard delle AFT di riferimento.

Nelle CdC non sede di AFT è attivato il servizio di CA dalle ore 20:00 alle ore 08:00 dei giorni feriali e per tutte le 24 ore nei giorni prefestivi e festivi.

Nelle more del completamento e della consegna delle strutture, le attività degli Ambulatori Diurni di AFT e della Continuità Assistenziale situati presso i comuni sede delle CdC in elenco sono attivati funzionalmente e considerati pienamente appartenenti alle stesse.

2. OSPEDALI DI COMUNITA'

Gli Ospedali di Comunità (OdC) costituiscono, ai sensi del D.M. 23 maggio 2022, n.77 e nell'ambito dell'Investimento 1.3 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture" della Missione 6 Componente 1 del PNRR, strutture sanitarie territoriali di ricovero a bassa intensità clinica, con funzione intermedia tra l'assistenza domiciliare ed il ricovero ospedaliero per acuti.

La Regione Molise persegue attraverso gli OdC l'obiettivo di prevenire i ricoveri ospedalieri impropri, favorire le dimissioni protette e garantire la continuità delle cure per i pazienti che, pur non necessitando di un livello di assistenza ospedaliera per acuti, richiedono una sorveglianza sanitaria ed infermieristica non erogabile a domicilio.

I Medici di Medicina Generale del Ruolo Unico di Assistenza Primaria concorrono, secondo gli standard di cui al presente Accordo, alla valorizzazione di tali presidi sanitari con l'obiettivo di garantire una presenza medica h24 oer 7 giorni la settimana , in stretta integrazione con l'équipe infermieristica e con il servizio di Continuità Assistenziale, a garanzia della presa in carico continuativa del paziente lungo l'intero percorso di cura.

L'OdC della regione Molise rappresenta un punto privilegiato di coordinamento tra le attività della Centrale Operativa Territoriale del Distretto, le attività delle AFT delle Case di Comunità, il sistema ospedaliero.

I Medici di Medicina Generale sono parte attiva dello sviluppo dei percorsi assistenziali e delle transizioni tra i diversi setting, allo scopo di inserire il paziente in un ciclo coordinato diagnostico-terapeutico-riabilitativo.

3. UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Le Unità di Continuità Assistenziale (UCA), istituite ai sensi dell'Art.7 del D.M. 77/2022 ed sono dedicate alla presa in carico di bisogni assistenziali complessi in contesti extraospedalieri, con funzioni di supporto alle dimissioni difficili, all'Assistenza Domiciliare in situazioni di instabilità clinica, alla gestione dei focolai epidemici ed ai programmi di prevenzione territoriale e scolastica.

In coerenza con lo standard nazionale di 1 UCA, composta da 1 medico ed 1 infermiere ogni 100.000 abitanti, la Regione Molise ha istituito, in prima istanza, attraverso il del DCA n.76 del 24.03.2025 , n.3 UCA, una per ciascun Distretto Sanitario dell'ASReM, composte da almeno un medico ed un infermiere per turno, con possibilità di integrazione con ulteriori figure sanitarie.

Le attività UCA sono considerate appartenenti alle CdC del Distretto il quale disciplina gli orari e le attività specifiche sulle base delle necessità individuate dalla Direzione Distrettuale, la quale ha facoltà di utilizzare le UCA su vari tipi di funzioni di supporto alle attività sanitarie ed assistenziali del Distretto stesso, anche di tipo amministrativo.

Tale determinazione, condivisa con le OOSS, deriva anche alla luce dell'esperienza maturata attraverso le USCA, istituite dall'articolo 8 del Decreto Legge 14/2020 del 9 marzo 2020 secondo lo standard di 1 Medico USCA ogni 50.000 abitanti; la regione Molise, dato atto che la distribuzione della popolazione residente tra 136 comuni, quasi la totalità dei quali in aree interne, determinava un tempo di visita tra preparazione, spostamento e rientro a volte superiore alle 4 ore, con l'impossibilità di esaudire tutte le richieste, ha implementato tali funzioni aggiuntive allo scopo di massimizzare l'efficienza di tale nuovo modello organizzativo.

4. NUMERO UNICO EUROPEO 116117

Attraverso specifico atto la Regione provvede ad istituire il NUE 116117 attraverso l'attivazione della Centrale Operativa 116117, supportata dalla Centrale Operativa di Continuità dell'Assistenza Primaria, un terminale medicalizzato attivo h24 per 7 giorni la settimana per le richieste di assistenza medica non urgente da parte del NUE 116117 integrato con la rete delle Case di Comunità, delle COT e delle AFT dei Medici di Medicina Generale.

Il DM n.77/2022 prevede, riguardo il 116117 (Cfr. Art.9) che:

1) Le regioni attivano un servizio telefonico gratuito alla popolazione disponibile 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in grado di "facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna Regione";

2) Tale servizio, identificato nella Centrale Operativa 116117 (CO 116117), raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni, e non prevede un servizio sanitario o medico erogato direttamente: l'operatore, laico, è formato per utilizzare un algoritmo decisionale informatico digitale, il quale ha la funzione di smistare in modo appropriato i flussi di chiamate in entrata;

3) La CO 116117, ricevuta la chiamata, in caso di bisogno di tipo medico, ha 2 possibilità:

– Trasmettere la richiesta alla Centrale Operativa 118 (CO 118) o al 112 le richieste realmente meritevoli di interventi urgenti e/o di emergenze mediche;

– Trasmettere la richiesta per interventi assistenziali o cure mediche non urgenti ad un servizio individuato da ciascuna regione ("Terminale Territoriale").

La regione Molise attiva, a supporto della CO 116117, un Terminale Territoriale medico a cui l'operatore laico del 116117 potrà deviare la chiamata. Il Terminale è individuato nella Centrale Operativa di Continuità dell'Assistenza Primaria (COCAP), servizio garantito dai Medici di Medicina Generale del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo orario, i quali saranno in grado di fornire le seguenti prestazioni:

1) Consulenza medica telefonica;

- 2) Televisita;
- 3) Teleconsulto/teleconsulenza sanitaria;
- 4) Attivazione della visita medica domiciliare;
- 5) Attivazione della prestazione infermieristica domiciliare;
- 6) Indirizzo dell'utente, sulla base del sospetto clinico, al servizio maggiormente appropriato ovvero alla Casa di Comunità o al Pronto Soccorso.

La COCAP sarà gradualmente implementata e potenziata fino a diventare un riferimento sempre più centrale per l'utenza, ed integrata in tutti i servizi dell'Assistenza Territoriale allo scopo di garantire una pronta risposta h24 7/7.